

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA**  
**DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE**  
**Dottorato di Ricerca in**  
**Sociologia Applicata e Metodologia della Ricerca Sociale**



**L'OBESITÀ E L'ESPERIENZA DEL CORPO**  
**NELL'ERA DELL'OPULENZA**  
**INCORPORAZIONE, STIGMA E IDENTITÀ**

Tesi di:  
Loris MAZZAGATTI

Relatore:  
prof.ssa Roberta SASSATELLI  
Correlatore:  
prof.ssa Carmen LECCARDI

**Anno Accademico 2013/2014**



# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	5
<b>1. L'obesità nelle società contemporanee</b>	»	12
<b>1. Definendo l'obesità</b>	»	12
<b>2. Le ragioni della crescita globale</b>	»	20
<b>3. Le dimensioni del fenomeno</b>	»	28
<b>4. L'obesità in Italia</b>	»	33
<b>5. L'obesità e lo status socioeconomico</b>	»	39
<b>6. Conclusioni</b>	»	44
<b>2. La stigmatizzazione dell'obesità</b>	»	45
<b>1. Il pregiudizio e la discriminazione degli obesi</b>	»	45
<b>2. La condanna dei bambini</b>	»	48
<b>3. Lo svantaggio nel mercato del lavoro</b>	»	50
<b>4. L'ostacolo nella formazione</b>	»	52
<b>5. L'avversione del personale sanitario</b>	»	55
<b>6. Il rifiuto nelle relazioni interpersonali</b>	»	57
<b>7. La rappresentazione sfavorevole dei media</b>	»	61
<b>8. Conclusioni</b>	»	64

<b>3. La fat identity</b>	»	66
<b>1. L'interazione sociale e l'identità del sé</b>	»	66
<b>2. L'internalizzazione dello stigma</b>	»	72
<b>3. Le strategie di coping</b>	»	78
<b>4. Conclusioni</b>	»	89
<b>4. Il corpo e l'identità</b>	»	91
<b>1. Il corpo nella società contemporanea</b>	»	91
<b>2. Una digressione sul passato</b>	»	95
<b>3. Il progetto dell'identità</b>	»	99
<b>4. La certezza del corpo</b>	»	106
<b>5. Conclusioni</b>	»	114
<b>5. Il corpo e la cultura</b>	»	116
<b>1. L'incorporazione dell'esperienza</b>	»	116
<b>2. Il corpo e la cultura del consumo</b>	»	124
<b>3. Le sindromi culturali</b>	»	134
<b>4. Conclusioni</b>	»	146
<b>6. La ricerca</b>	»	149
<b>1. La premessa</b>	»	149
<b>2. L'intervista</b>	»	150
<b>3. Gli intervistati</b>	»	153
<b>4. Qualche precisazione</b>	»	158

<b>7. L'esperienza dell'obesità nei ricordi giovanili</b>	»	161
<b>1. Il valore del corpo</b>	»	161
<b>2. Una carriera precoce</b>	»	163
<b>3. Turning point</b>	»	170
<b>4. Il momento verità</b>	»	178
<b>5. Conclusioni</b>	»	188
<b>8. La condanna dell'obesità nella vita adulta</b>	»	190
<b>1. I familiari e gli amici</b>	»	190
<b>2. I medici, i colleghi e gli addetti alle vendite</b>	»	206
<b>3. Gli estranei e i bambini</b>	»	214
<b>4. Un corpo che allontana</b>	»	222
<b>5. Conclusioni</b>	»	232
<b>9. Il peso del corpo</b>	»	234
<b>1. Il vissuto corporeo</b>	»	234
<b>2. L'insoddisfazione estetica</b>	»	235
<b>3. La ricerca di abiti e i modelli ideali</b>	»	243
<b>4. L'inefficienza organica</b>	»	257
<b>5. L'incompatibilità spaziale</b>	»	271
<b>6. Conclusioni</b>	»	277
<b>10. Oltre il corpo</b>	»	279
<b>1. Il paradosso dell'obesità</b>	»	279
<b>2. Le strategie d'evitamento</b>	»	287
<b>3. Gli usi e gli abusi di cibo</b>	»	296
<b>4. Conclusioni</b>	»	312

<b>Conclusioni</b>	»	314
<b>Traccia d'intervista</b>	»	319
<b>Riferimenti bibliografici</b>	»	322

## Introduzione

L'immaginario culturale contemporaneo è saturo di corpi. Dai giornali a internet, passando per la televisione, il cinema e le pubblicità nell'arredo urbano, le immagini di corpi paiono dominare incontrastate l'attuale scenario mediatico. È però opportuno precisare che non si tratta già solo di corpi, ovvero di corpi ordinari, colti nella loro variabilità tanto morfologica quanto anagrafica. I corpi che hanno colonizzato il panorama culturale odierno sono corpi seminudi, eternamente giovani e dalle forme talmente perfette da sembrare irreali, al limite non umani. Dalla loro testa ai loro piedi nulla è lasciato al caso. Minuziosamente levigati in alcune parti e opportunamente aggettanti in altre, tali corpi esibiscono un'anatomia così attentamente studiata e cesellata nei minimi particolari da apparire invero soprannaturali, alieni nella loro completa e assoluta corrispondenza a un modello ideale.

Gli artisti contemporanei cui si devono tali *capolavori in carne e ossa* sono i nutrizionisti, i personal trainer e i chirurghi estetici, i quali, grazie al sapiente uso dei loro strumenti del mestiere, riescono a trasmutare ciò che prima pareva perlopiù un dato ascripto e inalterabile in un'entità largamente modellabile, trasformabile, adeguabile e dunque perfezionabile. Molti dei limiti che un tempo impedivano il cambiamento fisico sono stati, infatti, abbattuti. Al presente, anche le caratteristiche somatiche proprie delle diverse etnie sono divenute correggibili, come sanno bene le numerosissime modelle asiatiche che si sottopongono agli interventi chirurgici di allungamento degli arti inferiori e di blefaroplastica, così da avere statura e occhi conformi ai cogenti standard occidentali. Peraltro a essere assiduamente esibiti nella loro impeccabilità non sono solo i corpi femminili. Anche i corpi maschili, tradizionalmente meno adusi, sono oggi di frequente offerti allo sguardo altrui. Forgiati, scolpiti e rifiniti così da incarnare un modello di bellezza virile performante, essi sono sempre più

spesso utilizzati per incuriosire, intrattenere, solleticare e persino sedurre un vasto pubblico.

Un tale uso del corpo maschile appare al momento del tutto evidente al cinema. A titolo esemplificativo si può pensare alla lunga serie di lungometraggi incentrati sui supereroi. Nelle ultime decadi tali prodotti sono diventati estremamente popolari oltre che trasversali. Non più dedicati prettamente ai più giovani, essi sono stati altresì pensati per un pubblico adulto, avente familiarizzato in passato con tali personaggi grazie ai fumetti. Sembra però opportuno rilevare in questa sede come in tali film s'indugi sovente sui denudati corpi dei protagonisti maschili. Corpi che, va da sé, conservano ben poco di ordinario, essendo, nei fatti, accuratamente costruiti e ricostruiti *ad hoc* per le esigenze sceniche<sup>1</sup>. A riguardo, può essere ricordato come recentemente abbia generato una forte e perdurante eco nel pubblico e nei media la trasformazione fisica sfoggiata dall'attore Chris Hemsworth in *Thor*, un film basato sul personaggio dei fumetti della *Marvel Comics* e a sua volta ispirato alla celebre e omonima divinità della mitologia norrena<sup>2</sup>. Il biondo attore australiano al fine di calarsi nei panni del supereroe ha, infatti, incrementato in modo sbalorditivo e in un tempo record – pare solo sei mesi – la massa muscolare presente sul suo corpo, abbandonando così la sua precedente immagine di ragazzo snello e longilineo per trasformarsi in una vera e propria montagna di muscoli. Alto poco più di un metro e novanta centimetri, all'epoca delle riprese il suo peso era di poco inferiore al quintale. Incalzato dalle domande dei giornalisti sulla sua stupefacente e repentina metamorfosi, Hemsworth dichiarava di sottoporsi, al fine di mantenere una tale ed esplosiva forma fisica, a un quotidiano e rigoroso *workout* con i pesi nonché di osservare una severa dieta a base di soli alimenti iperproteici. Nondimeno, non può essere sottaciuto come la straordinaria possanza del corpo di Hemsworth venisse a essere accresciuta dall'accostamento con l'esile corpo della sua partner femminile, nel film l'astrofisica Jane Foster, interpretata nella realtà da Natalie Portman. L'attrice israeliana mostrava peraltro in *Thor* una

---

<sup>1</sup> I corpi dei protagonisti dei film di recente produzione che narrano storie di supereroi mostrano una marcata differenza rispetto ai corpi degli interpreti di analoghe pellicole risalenti al passato. Si pensi al *Batman* del 1989, interpretato da Michael Keaton e diretto da Tim Burton, o al *Superman* del 1978, impersonato da Christopher Reeve e diretto da Richard Donner. In tali film i protagonisti maschili esibivano dei corpi sicuramente atletici ma altresì innegabilmente lontani dagli standard corporei ipertrofici ostentati nelle più attuali pellicole dello stesso genere cinematografico.

<sup>2</sup> *Thor* è un film diretto da Kenneth Branagh. Prodotto dai *Marvel Studios*, è stato distribuito dalla *Paramount Pictures* nelle sale cinematografiche di tutto il mondo tra aprile e maggio 2011, ottenendo un ottimo riscontro di pubblico.

magrezza ancor più accentuata rispetto al suo solito, eredità di un cospicuo dimagrimento conseguito per impersonare in un'altra pellicola il ruolo di un'eterea e filiforme ballerina<sup>3</sup>. In altre parole, si può quindi scorgere con facilità nel cinema e, più in particolare, in un prodotto cinematografico come *Thor* l'espressione di uno specifico orientamento al corpo. Un *ethos* in cui il dato corporeo figura come il frutto di un deliberato e incondizionato atto di auto-concepimento a fini autorappresentativi.

Tuttavia, non è solo l'immaginario culturale a essere permeato e attraversato da una tale concezione. Lo scenario mediatico si potrebbe dire metta solo in scena in forma maggiormente esasperata o forse semplicemente più visibile una posizione ideologica di per sé già diffusa nella società più vasta e che, nei fatti, riconosce nel corpo un manufatto funzionale, una materia biologica non solo malleabile ma anche bisognosa di essere modellata per meglio adattarsi e conformarsi alle esigenze simboliche dell'individuo. Le pratiche di decorazione, di estetizzazione, di modellamento e di correzione del corpo, intraprese oggi da sempre più persone e con sempre maggiore frequenza, attesterebbero dunque il profondo radicamento di un tale modo di guardare al dato fisico all'interno della società contemporanea<sup>4</sup>.

Di là dalle statistiche sulla crescente diffusione di tali pratiche, la sociologia ci ha peraltro edotto circa il fatto che in un corpo sempre più da progettare, da plasmare, da monitorare e da preservare sia in gioco la stessa identità dell'attore sociale tardo-moderno. Autorevoli sociologi sostengono, più precisamente, come nella nostra epoca il corpo venga a essere mobilitato dai singoli soggetti allo scopo di costruire e comunicare, tanto a loro stessi quanto agli altri, le loro personali opzioni identitarie<sup>5</sup>. Scegliere in che modo presentarsi, con cosa nutrirsi, se fare o meno esercizio fisico e con quali rimedi mantenersi sani e attraenti sono decisioni che, informando direttamente il corpo, illustrano un peculiare progetto biografico. Sempre

---

<sup>3</sup> Il film cui si allude è, più precisamente, *Black Swan*. Diretta da Darren Aronofsky e coprodotta da *Cross Creek Pictures*, *Phoenix Pictures* e *Protozoa Pictures*, la pellicola è stata distribuita nelle sale cinematografiche dalla *Twentieth Century Fox* tra dicembre 2010 e maggio 2011.

<sup>4</sup> Si pensi a titolo esemplificativo alla cosmesi, ai tatuaggi e ai piercing, alla fitness, alle diete, agli integratori alimentari, alla medicina estetica e *anti-aging* e alla chirurgia plastica e ricostruttiva. Di recente, il ricorso a tali pratiche è divenuto pressoché facilmente rilevabile in entrambi i sessi, a ogni età (a partire dalla prima adolescenza) e a diversi livelli della scala sociale.

<sup>5</sup> Al netto delle loro differenze si fa qui riferimento al pensiero di Zygmunt Bauman (1999), Ulrich Beck (2000) e Anthony Giddens (1997).

più al presente il sé dell'individuo viene quindi a essere cristallizzato nel suo corpo e a essere veicolato sfruttando il suo potenziale simbolico.

Eppure, allontanandosi dalla riflessione sociologica e tornando alle statistiche, si può inoltre costatare in relazione al corpo che nella società contemporanea trovino posto non solo un'accresciuta rilevanza accordata al dato fisico e un inedito interesse riscosso dalle sempre più numerose pratiche che lo informano. Unitamente a ciò, l'attuale contesto sociale ha registrato altresì il rapido aumento del numero di soggetti in condizione di obesità. Sovente si è riferito circa la repentina propagazione del fenomeno in tutto il mondo nei termini di una vera e propria epidemia globale (WHO, 2000). Peraltro, proprio il ritmo di crescita esibito tenderebbe a fare escludere l'ipotesi che l'odierna diffusione dell'obesità sia perlopiù imputabile a un fattore genetico, facendo invece propendere per una maggiore importanza dei fattori ambientali e comportamentali. Di là dalle cause del suo aumento, è però opportuno precisare come nelle ultime tre decadi la popolazione adulta mondiale in stato di obesità sia, di fatto, raddoppiata. In termini assoluti si stimano oggi globalmente oltre 200 milioni di uomini obesi e quasi 300 milioni di donne obese sopra i vent'anni di età (WHO, 2012).

Tra le singole Nazioni che più hanno contribuito a un tale incremento, gli Stati Uniti occupano sicuramente un posto di primordine, tant'è che il caso nordamericano ha assunto un valore paradigmatico nel dibattito pubblico e scientifico sviluppatosi sul fenomeno. Negli Stati Uniti le ultime indagini attesterebbero l'obesità riguardare il 36 per cento della popolazione adulta (Odgen *et al.*, 2012) e il 16 per cento di quella infantile e adolescenziale (NCHS, 2012). Per quanto ancora lontane dalle concentrazioni rilevate oltreoceano, anche le prevalenze dell'obesità in Italia sembrano tutt'altro che trascurabili. L'obesità nel nostro Paese interesserebbe invero oltre il 10 per cento degli adulti (ISTAT, 2012). Tuttavia, a destare le maggiori preoccupazioni in Italia è soprattutto la quota di obesi accertata tra i bambini. Essa sarebbe, infatti, pari al 12 per cento (MLSPS, 2008). Un dato tra i più elevanti d'Europa e in grado d'aggravare notevolmente la prospettiva per la futura estensione del fenomeno nel nostro Paese, in quanto il manifestarsi dell'obesità in età infantile è un ottimo predittore della sua presenza in età adulta.

Tornando all'accresciuta rilevanza del corpo, va però chiarito come l'attuale epidemia di obesità contraddica, nei fatti, le attese a essa conseguenti. Non può essere appunto trascurata l'incongruenza, almeno sul piano logico, implicata nell'affermare che la società contemporanea sia allo stesso tempo percorsa dall'aumento del valore simbolico del dato fisico e

dall'incremento del numero d'individui in grave eccesso ponderale. All'interno dell'odierno contesto sociale l'obesità è, infatti, uno stato corporeo disapprovato e sanzionato dal punto di vista della morale, dell'estetica e del benessere, tanto individuale quanto collettivo, e come tale essa diviene altresì motivo di frequenti condanne e altrettante assidue discriminazioni, alcune delle quali comportanti persino una perdita in termini di status. In conseguenza del suo indubbio portato stigmatizzante l'obesità non pare dunque essere una condizione fisica funzionale a illustrare un'identità positiva e coerente e un percorso biografico coeso e riuscito. In un certo senso si potrebbe asserire che in seno alla società contemporanea l'obesità riproduca invero l'antonimo di un'adeguata gestione del corpo a fini espressivi e identitari.

Quest'ultima constatazione apre pertanto all'opportunità d'interrogarsi sulle precise modalità con cui i soggetti obesi vivono attualmente tale dotazione corporea in riferimento al loro sé. Proprio il desiderio di studiare la sopracitata contraddizione e comprendere come si coniughi e s'intrecci nella pratica l'odierno rilievo assunto dal dato corporeo nella costruzione e nell'espressione dell'identità con la sperimentazione di un corpo obeso e quindi stigmatizzato ha stimolato il lavoro presentato in queste pagine. L'intento fondativo dell'indagine è stato, infatti, quello di capire se all'individuo obeso fosse concessa – o fosse dallo stesso rivendicata – la possibilità di elaborare e di aggirare in un qualche modo il portato sociale negativo implicato dal suo stato fisico. In altre parole, si è cercato di studiare come il corpo obeso s'inserisca, ovvero come esso sia esperito e anche adoperato dalla persona che lo sperimenta, nel processo di rappresentazione del suo sé. Ottemperare a un tale proposito ha richiesto in via preliminare l'approfondimento della letteratura sociologica concernente la relazione tra il corpo e l'identità nel contesto sociale tardo-moderno nonché un attento esame dei contributi teorici ed empirici riguardanti il fenomeno della stigmatizzazione sociale dell'obesità. Oltre ciò, sempre allo scopo di rispondere al sopracitato interrogativo, ci si è poi persuasi della necessità di attingere direttamente alle esperienze e alle testimonianze di un gruppo di soggetti obesi, effettuando delle interviste discorsive focalizzate sul loro vissuto d'obesità.

Venendo dunque a presentare con maggior precisione i contenuti dell'elaborato qui introdotto, può essere innanzitutto annunciato che all'interno del capitolo 1 è stato definito cosa s'intende con il termine obesità, cosa tale condizione implica dal punto di vista della salute e come si determina attualmente un tale stato corporeo. Sono poi state discusse le cause che hanno verosimilmente portato alla recente e repentina espansione

del fenomeno. Oltre ciò, ha trovato altresì spazio la presentazione dei dati sulla prevalenza dell'obesità nella popolazione adulta e infantile dei principali Paesi occidentali, concentrandosi, in particolare, sull'evoluzione e sulla caratterizzazione sociodemografica dell'obesità in Italia. Infine, ci si è addentrati nell'analisi della relazione rilevata a livello statistico tra l'obesità e lo status socioeconomico.

Il capitolo 2 è stato invece dedicato alla discussione dei risultati delle numerose ricerche condotte in merito al fenomeno della stigmatizzazione dell'obesità. Ci si è quindi concentrati dapprima sugli studi sperimentali effettuati sui bambini circa la presenza di un precoce atteggiamento pregiudizievole nei riguardi dei soggetti obesi. La disamina è poi continuata prendendo in considerazione la stigmatizzazione dell'obesità tra le persone adulte, focalizzandosi, più precisamente, sulle evidenze emerse riguardo alla discriminazione di tali individui all'interno del mercato del lavoro nonché entro le scuole e gli enti formativi. In aggiunta a ciò, sono stati approfonditi i risultati delle indagini sugli atteggiamenti pregiudizievoli e i comportamenti discriminatori ai danni delle persone obese riscontrati altresì tra il personale sanitario e tra i familiari, gli amici e i partner. Infine, sono state esaminate le conclusioni delle analisi sulla rappresentazione stereotipata e pregiudizievole delle persone obese all'interno dei media.

Il capitolo 3 è stato invece rivolto essenzialmente allo studio delle conseguenze che la stigmatizzazione dell'obesità imprime sul concetto di sé. Sono state dunque considerate le ricerche di orientamento interazionista al fine d'illustrare gli effetti esercitati sull'identità dell'individuo obeso dalla sua condanna e dalla sua marginalizzazione sociale. Tuttavia, oltre agli esiti del processo d'interiorizzazione dello stigma, sono stati altresì approfonditi i tentativi di una sua esternalizzazione. In aggiunta a quanto precisato, ha trovato, infatti, spazio anche la disamina delle evidenze empiriche sulle strategie di *coping*, vale a dire le risposte elaborate dal soggetto obeso allo scopo di gestire, tanto in se stesso quanto nel corso delle interazioni con gli altri, la sua *fat identity*.

Diversamente, il capitolo 4 e il capitolo 5 sono stati entrambi destinati a passare in rassegna i principali contributi teorici presenti nella letteratura sociologica e concernenti il corpo. Nel capitolo 4 si è innanzitutto introdotto il tema dell'identità individuale come problema eminentemente tardo-moderno, per poi continuare affrontando l'annessa questione dell'incremento di rilevanza del corpo ai fini identitari. Nel capitolo 5 si è invece approfondito il ruolo assolto dal corpo nel processo d'incorporazione della conoscenza, mostrando come in esso l'elemento corporeo venga a essere altresì informato dalla stessa realtà materiale e

sociale di cui si appropria. Nello stesso capitolo ci si è inoltre concentrati sui cambiamenti occorsi nella concezione del corpo in concomitanza con l'affermarsi della cultura del consumo, non senza trascurare i fenomeni patologici che hanno riconosciuto proprio nel corpo la sede privilegiata per la loro specifica espressione sintomatologica e che la stessa cultura del consumo con le sue ingenite contraddizioni e incoerenze pare aver contribuito a diffondere.

Il capitolo 6 sancisce invece il passaggio all'indagine empirica condotta da chi scrive. Nelle sue pagine è stato, infatti, illustrato il disegno della ricerca, discutendo anche le ragioni che hanno guidato, da un lato, all'adozione dell'intervista discorsiva quale strumento di rilevazione e, dall'altro, alla messa a punto di un composito piano di reclutamento dei soggetti obesi da sottoporre alla stessa. Nel medesimo capitolo sono state poi fornite ulteriori informazioni in merito alle caratteristiche esibite dai membri del gruppo effettivamente studiato nonché sulle procedure cui ci si è attenuti nell'esame del materiale informativo raccolto.

Il capitolo 7, muovendosi tra i ricordi giovanili degli interpellati, è stato in primo luogo indirizzato all'analisi degli effetti che una precoce stigmatizzazione dell'obesità ha esercitato sullo sviluppo dell'identità di tali individui. Nello stesso capitolo ci si è poi occupati di quelle situazioni risultate determinanti, durante l'infanzia e l'adolescenza, nel costituire all'interno della coscienza degli intervistati la consapevolezza del portato sociale negativo del corpo obeso. Similmente anche il capitolo 8 ha continuato a occuparsi della stigmatizzazione sociale dell'obesità, sebbene sia stato incentrato sul presente vissuto dai soggetti interpellati. Seguendo le testimonianze raccolte si è così avuto modo d'illustrare le frequenti esperienze di critica, di condanna e di discriminazione cui l'adulto obeso è soggetto a causa dell'esibito stato di eccesso ponderale, non senza concentrarsi nel corso della disamina sulle conseguenze che tale vissuto ha comportato sul suo modo di relazionarsi con gli altri.

Infine, il capitolo 9 e il capitolo 10 sono stati entrambi dedicati all'analisi del peculiare vissuto corporeo esperito dagli individui interpellati. Nel capitolo 9 si sono pertanto esaminate l'insoddisfazione estetica, la compromissione dell'efficienza organica e l'incompatibilità con lo spazio fisico. Nel capitolo 10 sono stati invece studiati quegli atteggiamenti e quei comportamenti, alcuni dei quali concernenti e informanti anche la condotta alimentare, impiegati dai soggetti obesi per prendere le distanze dal loro corpo e occultare così all'interno del loro vissuto quotidiano la consapevolezza del loro stato di obesità.

# L'obesità nelle società contemporanee

## 1. Definendo l'obesità

Il termine obesità identifica una condizione corporea caratterizzata da un eccesso di massa grassa pregiudicante la salute dell'organismo. La sovrabbondanza di adipe è un fattore, di per sé, favorente l'insorgenza di numerose patologie e quindi in grado di limitare anche sensibilmente la qualità e l'aspettativa di vita dei soggetti interessati. Tra i disturbi che è possibile ricondurre con certezza all'obesità vi sono il diabete mellito non insulino-dipendente, le dislipidemie, l'ipertensione arteriosa, le cardiopatie, le sindromi vascolari acute, le malattie del fegato e delle vie biliari, i problemi respiratori, le osteoartrosi e, limitatamente ai casi femminili, la sindrome dell'ovaio policistico. Oltre ciò, può dirsi con sicurezza favorito dallo stato di obesità anche lo sviluppo di diverse forme di cancro. Si ricordano, in particolare, i tumori dell'esofago, della colecisti, del colon-retto nonché quelli dell'utero, delle ovaie e della mammella nella donna e quello della prostata nell'uomo.

L'esistenza di un legame tra l'eccesso di adipe e l'aumentato rischio di morbilità e di mortalità è però – contrariamente a quanto potrebbe sembrare – tutt'altro che un'evidenza scientifica recente. Si può affermare, infatti, che lo stato di cattiva salute sia stato un aspetto costitutivo e intrinseco alla nascita e allo sviluppo dello stesso concetto di obesità. Le fonti storiche testimoniano chiaramente come l'eccessiva pinguedine fosse posta in relazione a uno stato di salute precario e a una morte precoce già dall'antichità (Bray, 2009). I Greci furono probabilmente i primi a intuire una tale associazione. Tra il V e il IV secolo a.C., Ippocrate, osservando come gli individui grassi avessero una vita più breve e fossero più frequentemente esposti al rischio una morte improvvisa rispetto ai soggetti magri, sosteneva nel suo *Corpus hippocraticum* che l'obesità fosse da

considerarsi come una malattia in sé, oltre che presagio di altri disturbi, e raccomandava, a quanti ne soffrissero, un'alimentazione moderata e la pratica di esercizio fisico. Nel caso specifico delle donne, lo stesso Ippocrate e altri fisici a lui contemporanei notavano altresì come l'eccessiva pinguedine conducesse sovente a un mestruo irregolare e all'infertilità (Haslam, 2007; Bray, 2009). Tuttavia anche l'ayurveda, ovvero la medicina tradizione indiana, intese precocemente l'esistenza di un nesso tra l'obesità e la manifestazione di alcune affezioni. In particolare, i medici indiani Sushruta e Charaka, vissuti tra il IV e il III secolo a.C., annotavano nei loro scritti come il gusto dolce assunto talvolta dalle urine, chiaro sintomo dell'insorgenza del diabete mellito, si rilevasse più frequentemente tra i soggetti grassi (Bray, 2009).

Anche nell'antica Roma era un fatto noto come l'eccessiva corpulenza potesse comportare una maggior morbilità e una precoce mortalità. Il termine *obeso* deriva proprio dalla lingua latina e, più specificamente, dall'unione di *ob* con *esus*, participio passato del verbo *edere*. *Obesus* è letteralmente *colui che ha mangiato*. Tuttavia, nel significato latino tale termine assume anche il significato di *consunto*, ovvero *logorato*, *sfinito* e *infermo nel fisico*. Il senso del duplice rimando dell'etimo è altresì testimoniato nel celebre proverbio latino "*plures gula quam gladius homines necat*" ma anche nel *De medicina*, scritto nel I secolo da Aulo Cornelio Celso; in esso, di fatto, l'autore asseriva: "*Obesi plerumque acutis morbis et difficultate spirandi strangulantur*". Inoltre, pare che si debba a Galeno, vissuto a Roma tra il II e il III secolo, la prima quanto approssimativa distinzione tra una forma di obesità moderata, da ritenersi una variante normale della salute, e una forma di obesità immoderata o estrema, da iscriversi invece entro le condizioni morbose (Bray, 2009).

Secoli dopo anche le fonti medioevali, specialmente arabe, documenteranno come fosse imputato all'eccessiva grassezza l'aumentato rischio di specifiche affezioni e d'improvvisi decessi. Tra il IX e il X secolo, Mohamed Ibn Zakaria al-Razi nella sua *Enciclopedia della medicina* illustrava alcuni casi di grave obesità trattati mediante dieta, esercizio fisico, rimedi officinali, massaggi, idroterapia e altre regole di vita. Il medico persiano Ibn Sina – più noto in Occidente come Avicenna – nel suo *Canone della medicina*, scritto nei primi decenni dell'XI secolo, identificava anch'egli nell'obesità la causa di morte improvvisa e di numerosi disturbi, tra cui problemi respiratori, cardiovascolari, riproduttivi e la già menzionata glicosuria, ovvero l'elevata concentrazione di zuccheri nelle urine a seguito dell'insorgenza della malattia diabetica (Bray, 2009). Stupiscono poi le conoscenze di Ibn al-Nefis, vissuto nel XIII secolo, il

quale informava nel suo *Compendio di medicina* come la corpulenza eccessiva comportasse, oltre alla limitazione delle capacità motorie e ai disturbi della respirazione, il rischio della rottura fatale dei vasi sanguigni nel cervello e nel cuore. Nell'ambito poi delle tradizioni mediche orientali, anche il tibetano Sangye Gyatso, vissuto nel XVII secolo, nel suo *The Blue Beryl* ravvisava nello stato di obesità il motivo di una vita breve e sofferta ed esortava quindi chi ne fosse interessato a cibarsi della gola, dei peli e delle carni di lupo e a sottoporsi a vigorosi massaggi praticati con l'ausilio di farina di piselli (Bray, 2009).

Tuttavia fu solo in Europa, intorno al volgere del XVI, che le conoscenze sulle complicanze indotte dallo stato di obesità incominciarono ad affinarsi, sospinte da una medicina che, liberandosi delle suggestioni del passato, tentava di avvicinarsi all'ideale di una scienza rigorosamente basata sulle evidenze. Nel XVI secolo venne, infatti, eseguita da Nicholas Bonetus la prima dissezione anatomica di un corpo obeso (Bosello e Cuzzolaro, 2013). Per tutto il secolo seguente si ripeterono tali necroscopie, al duplice fine di indagare la dislocazione del grasso all'interno del corpo umano e di capire l'eziologia di molti disturbi associati alla sua eccedenza (Bray, 2009). Nel XIX secolo, furono poi compiute le prime osservazioni di tessuto adiposo al microscopio, permettendo quindi di capire la struttura interna e il processo di accrescimento di quelle cellule che inizialmente furono chiamate vescicole di grasso e successivamente presero il nome di *adipociti*.

Da una prospettiva sociologica è altresì interessante notare come lo stesso periodo storico vede l'inizio della diffusione di una letteratura pubblicistica sulla condizione dell'obesità e sui regimi dimagranti. In molti di questi contributi – allo stesso modo di quanto rilevato nei secoli precedenti e in ossequio all'esaltazione dell'ideale di vita ascetico proprio della morale cristiana e protestante – l'eccessiva corpulenza era ancora considerata la manifestazione fisica della ripetuta e smodata indulgenza alla tentazione dei piaceri mondani e alla seduzione delle passioni carnali e dell'ozio e dunque si guardava alla disciplina dietetica come all'unico e necessario rimedio per tale forma di amoralità, la quale caratterizzava prevalentemente i costumi delle classi sociali più agiate (Turner, 2008). Di là da ciò, nell'alveo di questa specifica e nutrita produzione letteraria, merita di essere ricordato l'opuscolo *Letter on Corpulence, Addressed to the Public* (1869) del carpentiere William Banting, che – sebbene in un primo tempo stampato a spese dello stesso scrittore – riscosse grande successo. Tale pamphlet, il quale vide numerose ristampe in lingua inglese nonché la traduzione anche in lingua francese e in lingua tedesca, fu scritto

dall'autore con la doppia finalità di comunicare al grande pubblico la sua stessa e fortunata esperienza di lotta all'obesità, vinta per mezzo di una dieta povera di carboidrati prescritta dal medico William Harvey, e di denunciare la negligenza con cui i medici e la gente comune valutavano abitualmente tale condizione fisica e i disturbi a essa collegati.

Lasciando la produzione letteraria popolare e ritornando alla storia della medicina, si può, inoltre, affermare come tra il XVIII e il XIX secolo vennero avanzate le prime ipotesi propriamente scientifiche e condotti i primi studi clinici sui modi in cui l'eccessiva pinguetudine arrecava danno all'organismo, gettando così le fondamenta di quel progresso che le scienze mediche e biologiche registrarono nel corso del XX secolo nella comprensione e nella cura dell'obesità e delle sue complicanze. In particolare, l'isolamento della *leptina*, che confermò come il tessuto adiposo non fosse solo uno stock inerte di riserve energetiche bensì un organo attivo nonché produttore di sostanze chimiche captate dal cervello, fu una tappa e un traguardo importante per la ricerca medica sul fenomeno<sup>1</sup>.

A dispetto dell'avanzare delle conoscenze mediche e biologiche e dell'accumularsi di prove scientifiche sui danni arrecati dall'obesità, solo a partire dagli anni quaranta del XX secolo furono condotti i primi studi epidemiologici sul fenomeno e fu indagato con precisione dalla statistica l'aumento delle probabilità di morbilità e di mortalità a seconda dell'eccesso di peso su un vasto aggregato d'individui. Nei fatti, ciò si realizzò grazie a Louis Israel Dublin, statistico di origine lituana, che avviò negli Stati Uniti una serie d'indagini di tipo longitudinale per conto della *Metropolitan Life Insurance Company* (MetLife), l'organizzazione che riuniva le ventisei maggiori compagnie assicurative nordamericane e di cui lo stesso Dublin era vicepresidente<sup>2</sup>. Più precisamente, tali studi, che interessarono per oltre un venticinquennio quattro milioni di soggetti tra i quindici e i sessantanove anni, permisero di identificare l'esistenza di una precisa relazione tra il peso in rapporto all'altezza, le condizioni di salute e le aspettative di vita. Come riportò il *Build and Blood Pressure Study* (1959), i valori più alti di peso in rapporto all'altezza si rivelarono

---

<sup>1</sup> La scoperta della *leptina*, avvenuta nel 1994, indusse i biologi e i medici all'utilizzo del termine *organo adiposo* piuttosto che *tessuto adiposo*. Più in dettaglio, il grasso sarebbe un organo endocrino e dunque – come la tiroide e l'ipofisi – produttore di ormoni, vale a dire di messaggeri chimici attivi a distanza dal loro punto di origine (Bosello e Cuzzolaro, 2013).

<sup>2</sup> Si segnala come, in realtà, i primi studi attuariali fossero già disponibili dai primi anni del XX secolo. Sebbene compiuti su campioni numericamente limitati e omogenei nelle caratteristiche sociodemografiche, anch'essi rilevarono come l'eccesso di peso fosse associato a un'aspettativa di vita più breve (Bray, 2009).

sistematicamente associati alle condizioni di salute più precarie e alle aspettative di vita più brevi. Al contrario, lo stato di salute migliore e le aspettative di vita più lunghe si mostrarono correlati a un range di valori di peso in rapporto l'altezza più bassi. Per tale ragione quest'arco ponderale prese il nome d'*intervallo di peso ideale*. Al contempo, le condizioni fisiche che superavano del 20 per cento o più il valore medio del campo di variabilità del peso ideale e che, come sopra riportato, si accompagnavano alle condizioni di salute e di vita più sfavorevoli, furono qualificate come *sovrappeso*. L'esistenza di un'associazione tra lo stato di eccesso ponderale e un aumentato rischio per la salute trovava così conferma per la prima volta in uno studio epidemiologico condotto su un vasto campione d'individui. Altresì, fecero la loro prima apparizione sulla scena sanitaria – nella loro veste precisamente quantificata e tendenzialmente prescrittiva – i concetti di peso ideale e di sovrappeso.

Sulla scorta di queste iniziali evidenze statistiche, nel ventennio seguente furono effettuate ulteriori analisi su campioni appartenenti a differenti popolazioni. Nel merito si ricordano il *Framingham Hearth Study*, il *Nurses Health Studies*, il *Norwegian Experience* e il *Prospective Studies Collaboration* (citati in Bosello e Cuzzolaro, 2013). I risultati si mostrarono concordi nel riconoscere che la relazione tra il rischio di mortalità e il peso in rapporto al quadrato dell'altezza o indice di Quetelet ( $P/A^2$ ), ridefinito in tale periodo *Body Mass Index (BMI)*<sup>3</sup>, assumesse più precisamente una forma a U. Nel dettaglio, la probabilità di mortalità si rivelò minima tra quei soggetti che presentavano un BMI compreso tra 18 e 25. Diversamente, tra coloro che avevano un BMI maggiore di 25 il rischio di mortalità incominciava a crescere gradatamente per poi subire un ulteriore e deciso rialzo tra quanti esibivano un BMI superiore a 30. Dall'altro estremo, la probabilità di mortalità si segnalava in aumento anche tra i soggetti con un BMI minore di 18. Nel 1995, in ragione di tali conclusioni, di nuove indagini confermate nonché della rapida crescita dell'eccesso ponderale nel mondo, la *World Health Organization (WHO)* ripartì, in virtù del rischio associato alla salute, le diverse condizioni di

---

<sup>3</sup> L'indice di Quetelet ( $P/A^2$ ), dal nome del suo ideatore ovvero lo statista belga Adolphe Quetelet, fu un indice proposto nel 1832 all'*Académie Royale de Belgique* per lo studio della crescita e dello sviluppo del corpo umano in funzione dell'età, in particolare dalla prima infanzia sino alla vecchiaia. Solo nella seconda metà del XX secolo quest'indice fu scelto, in virtù della sua bassa correlazione alla statura, nell'analisi del rapporto tra la corpulenza e le condizioni di salute. Più precisamente, ciò avvenne nel 1972 su istanza di Ancel Keys e del suo gruppo di lavoro, i quali suggerirono, inoltre, la ridenominazione in *Body Mass Index (BMI)* e l'espressione attraverso il peso misurato in chilogrammi e l'altezza valutata in metri ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (Keys *et al.*, 1972).

peso, espresse attraverso il BMI, in una prima e provvisoria classificazione<sup>4</sup>. Nel 2000, la WHO stabiliva definitivamente per gli individui sopra il ventesimo anno di età la partizione dei valori assunti dal BMI nelle classi del *sottopeso*, del *normopeso*, del *sovrappeso* e delle tre *obesità*, sulla base dei cut-off point riportati nella tabella 1.

Negli stessi anni l'*International Obesity Task Force* (IOTF), un'organizzazione nata nel 1995 al fine di studiare i rischi legati all'obesità e limitarne l'espansione, propose alla WHO di assumere a criterio internazionale per la misurazione e la determinazione dello stato di obesità in età adulta proprio la definizione basata sul computo e sulla classificazione del BMI. La proposta di stabilire a metodo universale di riconoscimento dello stato di obesità un BMI uguale o superiore a 30 si poneva principalmente lo scopo di vincere la cacofonia e l'eterogeneità, al tempo imperanti, sulle diverse misure di *grassezza*<sup>5</sup>, le quali rappresentavano un limite talvolta invalicabile per lo sviluppo e il progresso di una ricerca internazionale e comparata sul fenomeno. La scelta di preferire il BMI, rispetto ad altri metodi di misurazione dell'adiposità corporea, fu poi sostenuta da valutazioni di natura metodologica e tecnica e da motivi di carattere pratico che rendevano la sua adozione maggiormente conveniente. Nel merito, va, infatti, osservato come il BMI si sia rivelato debolmente correlato all'altezza e soprattutto si sia dimostrato, dal punto di vista metodologico, un buon predittore della presenza di massa grassa. Sebbene il BMI non sia un metodo di misurazione diretta del tessuto adiposo, tale indice è risultato fortemente correlato alla presenza di grasso corporeo su campioni di popolazione piuttosto vasti (Spiegelman *et al.*, 1992).

Nonostante ciò, merita di essere comunque segnalato come il BMI, non distinguendo, di fatto, l'adipe dalle altre componenti corporee come le ossa, i muscoli e i liquidi, comporti una certa variabilità nel potenziale predittivo dell'eccesso di massa grassa a livello del singolo individuo. È, infatti, noto come a parità di BMI le donne tendano ad avere più grasso corporeo rispetto agli uomini, così come gli anziani rispetto ai più giovani. In

---

<sup>4</sup> In particolare, la prima classificazione degli stati ponderali basata sul BMI prevedeva, in accordo con la letteratura medica statunitense del periodo, di considerare *normopeso* gli uomini con un BMI (kg/m<sup>2</sup>) compreso tra 20 e 27,6 e le donne con un BMI (kg/m<sup>2</sup>) incluso tra 20 e 27,3.

<sup>5</sup> Lo stato di obesità veniva all'epoca accertato e misurato attraverso differenti metodiche, di cui alcune più o meno sovrapponibili fra loro. Si ricordano lo scarto dal peso ideale, il rapporto tra circonferenza del girovita e circonferenza dei fianchi, la misurazione delle pliche cutanee e, infine, le numerose varianti del peso in rapporto all'altezza.

aggiunta, il BMI, implica una sicura sottostima oppure un'altrettanto certa sovrastima dell'eccesso ponderale in quei casi rispettivamente caratterizzati da un'altezza significativamente ridotta o molto elevata. Un analogo difetto di sottostima o di sovrastima della presenza del tessuto adiposo si ha, altresì, in quei soggetti contraddistinti da un contenuto e da un cospicuo sviluppo della massa ossea e muscolare. Più recentemente, opportuni distinguo sono stati segnalati anche a seconda dell'etnia. In particolare, l'uso del BMI implicherebbe un netto effetto di sottostima del grasso corporeo negli individui asiatici rispetto ai caucasici. In conseguenza di ciò, l'*Asia-Oceania Section* della IASO ha predisposto specifici cut-off point, attualmente in attesa di una ratifica ufficiale a livello internazionale, per la determinazione del sovrappeso e dei tipi di obesità tra le popolazioni di tali regioni<sup>6</sup>. Tuttavia di là dagli eventuali limiti di applicazione relativi a sesso, età, variabilità corporea ed etnia del singolo caso, il BMI mostra di possedere, come sopra già ricordato, una buona capacità predittiva della presenza di grasso corporeo su vasti campioni di popolazione. Oltre ciò, rivela altresì degli argomenti convincenti anche sul piano pratico.

Più precisamente, sebbene oggi esistano delle tecniche e delle metodiche di misurazione della grassezza estremamente sofisticate e in grado di identificare con accuratezza e precisione quantità, qualità e dislocazione del tessuto adiposo nel corpo<sup>7</sup>, esse richiedono l'impiego di apparecchiature tecnologiche complesse e di ingenti risorse economiche. Al contrario, il BMI si caratterizza per essere una metodica semplice, largamente accessibile e dalle immediate possibilità di utilizzo, tanto in ambito ambulatoriale e ospedaliero quanto nel campo della ricerca epidemiologica.

Recentemente i vantaggi dell'impiego del BMI sono stati anche riconosciuti nella determinazione e nella misurazione dello stato di obesità nei bambini e negli adolescenti, sebbene in tal caso la correlazione tra tale indice e la presenza di grasso corporeo si è dimostrata più debole rispetto a quanto rilevato per gli adulti (Lahti-Koski e Gill, 2004). Inoltre, sempre in

---

<sup>6</sup> Per le popolazioni asiatiche il cut-off point proposto per il sovrappeso è un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) compreso tra 23 e 24,9 mentre per l'obesità di I grado (moderata) e di II grado (severa) sono stati avanzati rispettivamente un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) compreso tra 25 e 29,9 e BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) uguale o superiore a 30.

<sup>7</sup> Attualmente in ambito medico si dispone di numerose metodiche utilizzabili per la misurazione, la localizzazione e l'analisi della massa grassa presente nel corpo. Si ricordano in particolare l'adipometria a ultrasuoni, la densitometria a doppio raggio X, l'impedenziometria, la pletismografia ad aria, la pesata idrostatica, la risonanza magnetica nucleare e la tomografia assiale computerizzata.

confronto con l'impiego del BMI nella popolazione adulta, per l'accertamento dei casi di obesità infantile e adolescenziale non è previsto il riferimento a un unico cut-off point. Tale valore soglia, essendo in stretta relazione all'età e al sesso, varia, infatti, notevolmente tra i bambini e gli adolescenti (Heinberg e Thompson, 2009). Di conseguenza, per la determinazione dell'obesità infantile e adolescenziale si è imposto il rinvio alle curve dei percentili dei BMI, specifiche per età e per sesso, e calcolate sulla base dei dati di crescita delle singole popolazioni. Tuttavia, tra i diversi enti che si occupano del fenomeno non si è ancora giunti a un accordo in merito all'adozione delle medesime tabelle dei percentili e dunque nemmeno riguardo all'accettazione di un criterio unanime di definizione dello stato di obesità. Limitandosi a citare le istituzioni più importanti e segnalando la necessità di un'armonizzazione nei criteri impiegati, si notifica come il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) utilizzi come riferimento le curve dei percentili del BMI, specifici per età e per sesso, definiti sulla base delle *CDC Growth Charts*, ovvero delle tabelle di crescita della popolazione statunitense, proponendo poi come criterio di determinazione dello stato di obesità i valori di BMI, specifici per età e per sesso, uguali o superiori al 95esimo percentile. Al contempo la IOTF rimanda invece alle proprie tabelle dei percentili dei BMI, calcolate sulla base di dati internazionali provenienti da diverse popolazioni, e definisce il cut-off point per la determinazione dello stato di obesità, per età e per sesso, sulla base della corrispondenza al cut-off point previsto nel caso degli adulti (BMI uguale o superiore a 30). Infine, si riporta come la WHO indica obesi i bambini e gli adolescenti con un BMI maggiore di due deviazioni standard rispetto alla *WHO Growth Standard Median*, ovvero la mediana di crescita standard elaborata in seno alla stessa organizzazione. Nel merito, la tabella 2 propone un sunto dei diversi criteri di classificazione dell'eccesso ponderale nell'infanzia e nell'adolescenza sopra esplicitati.

Tab.1 Classificazione della WHO degli stati ponderali basati sul BMI

	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Rischio per la salute
Sottopeso	≤ 18,4	Associato alla malnutrizione
Normopeso	18,5–24,9	Medio
Sovrappeso	25–29,9	Aumentato
Obesità di I grado (moderata)	30–34,9	Maggiormente aumentato
Obesità di II grado (severa)	35–39,9	Molto aumentato
Obesità di III grado (morbigena)	≥ 40	Grave

Fonte: Bosello e Ostuzzi, 2010.

Tab. 2 Classificazione dell'eccesso ponderale tra i bambini e gli adolescenti

Ente	Età	BMI (kg/m <sup>2</sup> ) per età e per sesso	Tabella di riferimento
CDC	2-19	Sovrappeso*	CDC Growth Charts
		≥ 85esimo e ≤ 94,9esimo percentile	
IOTF	2-18	Obesità**	IOTF Charts
		≥ 95esimo percentile	
WHO	5-19	Sovrappeso corrispondente al BMI nell'adulto ≥ 25 e ≤ 29,9	WHO Growth Standard Median
		Obesità corrispondente al BMI nell'adulto ≥ 30	
		Sovrappeso > 1 deviazione standard	
		Obesità > 2 deviazioni standard	

Fonte: Harvard School of Public Health, Obesity Prevention Source Web Site.

\*: Prima del 2005 tale categoria era definita a rischio di sovrappeso.

\*\*: Prima del 2005 tale categoria era definita sovrappeso.

## 2. Le ragioni della crescita globale

Secondo i dati in possesso della WHO, l'obesità nell'intera popolazione adulta mondiale sarebbe raddoppiata nelle ultime tre decadi (WHO, 2012). Nel 2008, si ritenevano obesi<sup>8</sup> il 10 per cento degli uomini e il 14 per cento delle donne, contro il 5 per cento degli uomini e l'8 per cento delle donne nel 1980. In termini assoluti, tali cifre attesterebbero l'esistenza nel mondo di oltre duecento milioni di uomini obesi e di quasi trecento milioni di donne obese sopra i vent'anni di età (WHO, 2012). Sebbene la concentrazione massima di tali individui si registri nelle aree economicamente più sviluppate del mondo, come è il caso del Nord America e dell'Europa, una quota crescente di obesi si osserva altresì nelle regioni in via di sviluppo. Nei fatti, diverse zone dell'America Latina, dell'Asia e dell'Africa, attualmente in corso d'industrializzazione, hanno assistito a un inedito incremento nella diffusione dell'obesità tra la loro popolazione, in particolar modo vivente nei contesti urbani dove il fenomeno appare accostarsi alle forme inveterate di denutrizione (Prentice, 2006). Per tali ragioni, l'aumento dei casi di obesità può essere considerato oggi un fenomeno globale (Popkin *et al.*, 1998), il quale, peraltro, non riguarda le sole popolazioni adulte.

<sup>8</sup> Si ricorda che sono considerati obesi gli individui adulti con BMI (kg/m<sup>2</sup>) uguale o superiore a 30.

Anche tra i bambini e tra gli adolescenti l'obesità è, infatti, in espansione. Nel 2004, lo IOTF riteneva in sovrappeso<sup>9</sup> e obeso<sup>10</sup> rispettivamente l'8 per cento e il 2 per cento della popolazione mondiale compresa tra i cinque e i diciassette anni (Lobstein *et al.*, 2004). Come riportato nel caso degli adulti, anche per il sovrappeso e l'obesità dei bambini e degli adolescenti le prevalenze maggiori si osservano nelle regioni economicamente più sviluppate, tuttavia la veloce diffusione riscontrata nelle aree più svantaggiate del globo è tutt'altro che trascurabile (Lobstein *et al.*, 2004). Recentemente un articolo pubblicato dall'*American Journal of Clinical Nutrition* (de Onis *et al.*, 2010) ha stimato come nel mondo, dal 1990 al 2010, la presenza del sovrappeso e dell'obesità<sup>11</sup> nei bambini sotto il sesto anno di età sarebbe aumentata del 60 per cento, passando quindi, nel corso del ventennio considerato, dal 4 al 7 per cento dell'intera popolazione mondiale in età prescolare. Più precisamente, stando ai risultati dello studio, sia le regioni economicamente più avanzate sia quelle in corso d'industrializzazione avrebbero seguito lo stesso modello di crescita nel periodo esaminato, sebbene a due differenti velocità di espansione. La prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nei Paesi economicamente più sviluppati avrebbe, infatti, registrato un incremento ventennale pari al 48 per cento, raggiungendo così il 12 per cento tra i bambini sotto il sesto anno di età. Diversamente, i Paesi in via di sviluppo avrebbero riportato un incremento ventennale del 65 per cento, portando di conseguenza la diffusione del fenomeno al 6 per cento tra la popolazione in età prescolare. Nel 2010, in termini assoluti, i bambini sotto i sei anni in condizione di sovrappeso o di obesità sarebbero stati dunque quarantatré milioni nel mondo, di cui otto milioni viventi nelle regioni economicamente più avanzate mentre i restanti trentacinque milioni risiedono nelle aree in corso d'industrializzazione (de Onis *et al.*, 2010).

In merito alle cause di un tale incremento nella prevalenza dell'obesità adulta e infantile-adolescenziale, è opportuno premettere come, in via generale, le ragioni dell'aumento ponderale nell'uomo sono da attribuirsi a un perdurante stato di bilancio positivo tra l'introito energetico assunto

---

<sup>9</sup> Si ricorda che sono considerati sovrappeso i bambini e gli adolescenti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente a un BMI nell'adulto compreso tra 25 e 29,9 (IOTF International Cut-off Point).

<sup>10</sup> Si ricorda che sono considerati obesi i bambini e gli adolescenti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto uguale o superiore a 30 (IOTF International Cut-off Point).

<sup>11</sup> In tale studio sono considerati sovrappeso e obesi i bambini rispettivamente con valori di peso-per-altezza maggiori di 2 deviazioni standard e con valori di peso-per-altezza maggiori di 3 deviazioni standard, rispetto alla mediana di crescita standard della WHO.

mediante l'alimentazione e il dispendio energetico necessario alla sopravvivenza e allo svolgimento dell'attività fisica quotidiana. Tale surplus di energia è immagazzinato dall'organismo sotto forma di lipidi, i quali vanno a rimpinguare i depositi adiposi fisiologicamente presenti nel corpo umano, determinando quella specifica condizione d'eccesso che si riscontra dapprima nel sovrappeso e poi nell'obesità. Ne consegue come a dare ragione della rapida crescita della prevalenza di tali due condizioni sul globo, siano chiamati sia l'alimentazione sovrabbondante sia lo stile di vita sedentario, diffusisi dalla seconda metà del XX secolo nei Paesi economicamente più avanzati e più recentemente anche in quelli in via di sviluppo.

Tuttavia, di là dall'ipernutrizione e dalla sedentarietà rilevabili in molte società contemporanee, va osservato come, a livello individuale, a determinare lo squilibrio energetico responsabile dell'aumento della massa grassa concorra, come sopra riportato, anche la spesa energetica consumata dall'organismo per mantenersi in vita<sup>12</sup>. È fatto noto come proprio quest'ultima differisca a seconda dell'individuo, essendo legata alla singola costituzione genetica (Bosello e Cuzzolaro, 2013). A parità di altre condizioni, infatti, alcuni soggetti mostrano di impiegare meno risorse al solo fine della sopravvivenza organica e, di conseguenza, di accumulare con maggiori facilità l'energia in eccesso sotto forma di adipe. L'aumento dei casi di obesità registrato a livello globale negli ultimi trent'anni si può quindi ricondurre non solo a fattori comportamentali e ambientali, favorenti una nutrizione sovrabbondante e uno stile di vita sedentario, ma anche a fattori genetici individuali, molto diffusi tra la popolazione umana e predisponenti all'acquisto di peso in eccesso. Nel merito di questi ultimi, è però opportuno precisare come le influenze genetiche sull'obesità si esprimano attraverso geni di suscettibilità, i quali aumentano certamente il rischio di sviluppare tale condizione ma, allo stesso tempo, non sono sufficienti a determinarla, esigendo, nei fatti, l'interazione con le componenti ambientali e comportamentali sopraccitate (Bosello e Cuzzolaro, 2013). Nel recente aumento della prevalenza dell'obesità a livello globale non sarebbe quindi in gioco un particolare difetto genetico<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Si fa qui riferimento alla spesa energetica prodotta dal metabolismo basale, ovvero dal consumo di energia dovuto al funzionamento di base dell'organismo.

<sup>13</sup> Nell'uomo i casi di obesità monogenetiche, ovvero di tipo ereditario e dovuti alla mutazione di singoli geni, sono assai rari. Per fare qualche esempio si potrebbero citare le mutazioni dei geni che intervengono nella sintesi delle proteine implicate nella regolazione del bilancio energetico, come la leptina, la carbossipeptidasi E, l'*agouti-related protein* e il recettore della melanocortina-4. Per dare un'idea della rarità si pensi poi a come la più

bensì un assetto genetico molto diffuso tra la popolazione e predisponente al risparmio energetico e all'accumulo di riserve adipose, il quale mal si adatta all'alimentazione e allo stile di vita contemporanei.

Nello specifico appare interessante riportare come le scienze biologiche abbiano spiegato in termini evolutivisti le ragioni dello sviluppo e della diffusione di un tale profilo genetico nel genere umano. Per essere più precisi, nel 1962 il genetista americano James Neel ipotizzò, per la prima volta, l'esistenza nell'uomo di un *genotipo risparmiatore*, quale eredità biologica prodottasi nella sua lunga storia evolutiva, programmato per il minimo dispendio di energie e per la trasformazione delle risorse così risparmiate in grasso. Tale assetto avrebbe, infatti, rappresentato un indubbio vantaggio adattivo in un contesto di vita remoto, contraddistinto da una ridotta e irregolare disponibilità di cibo e dall'elevato dispendio di energie fisiche, configurandosi come un elemento funzionale per la sopravvivenza e la riproduzione della specie<sup>14</sup> (Neel, 1962). In altri termini, la capacità biologica di risparmiare energia e immagazzinarne riserve avrebbe costituito il risultato di un adattamento della specie al suo habitat originario. Tale ambiente avrebbe dunque esercitato una pressione evolutiva, ovvero avrebbe favorito la sopravvivenza e la riproduzione di quei soggetti geneticamente meglio equipaggiati, in quanto dotati delle possibilità di risparmiare e di immagazzinare energia nonché di attingervi durante i periodi di profonda carestia alimentare. Lungo il corso della storia della popolazione umana si sarebbe così compiuta una selezione naturale, la quale avrebbe aumentato progressivamente e cumulativamente la frequenza numerica di quei soggetti provvisti di un profilo genetico di tipo risparmiatore<sup>15</sup>.

---

diffusa tra le obesità monogeniche, in altre parole l'obesità da deficit del recettore della melanocortina-4, si abbia solo in un caso ogni duemila individui. Sono poi altrettanto rare anche le sindromi congenite che portano all'obesità. In esse, peraltro, tale condizione si associa ad altri sintomi importanti, come il ritardo mentale o l'iperfagia compulsiva. Le più note sindromi congenite che conducono allo stato di obesità sono la sindrome di Prader-Willi, la sindrome di Bardet-Biedl, l'osteodistrofia ereditaria di Albright e la sindrome di Alstrom (Bosello e Cuzzolaro, 2013).

<sup>14</sup> Per essere più precisi, Neel (1962) avanzò l'idea che il genotipo risparmiatore in un ambiente dominato da cicli altamente irregolari di nutrizione e digiuno, oltre che aumentare l'efficienza nell'assimilazione e nell'utilizzazione del cibo, predisponesse l'uomo – anche e al contempo – all'incremento del rischio di sviluppo della malattia diabetica.

<sup>15</sup> Non a caso, proprio tra le donne si nota una maggior capacità di risparmio energetico e di conseguente stoccaggio delle riserve energetiche sotto forma di adipe. In un ambiente contraddistinto dalla frequente penuria di cibo, la disponibilità di grassi di riserva avrebbe, infatti, aumentato le possibilità della donna, oltre che di sopravvivere, anche di riprodursi con successo e di nutrire adeguatamente la discendenza.

Al nostro tempo però, in cui il contesto ambientale e, in particolare, la disponibilità di cibo e il dispendio energetico richiesto per le attività quotidiane sono notevolmente mutati, l'affermazione di un tale genotipo sulla popolazione complessiva, atto a conferirle un'elevata capacità di stoccaggio e di ottimizzazione delle riserve energetiche, rende la maggior parte dei soggetti assai vulnerabili all'aumento di peso. Considerando il profilo genetico ereditato dal passato, l'ambiente di vita contemporaneo, proprio dei Paesi sviluppati e di quelli in via di sviluppo, si può qualificare, senza alcun timore, con il termine *obesiogeno*. Dagli ultimi cinquant'anni del XX secolo si è avviata, infatti, in numerose nazioni del globo una vera e propria transizione alimentare e dello stile di vita che ha portato, da un lato, a un netto aumento dell'introito energetico e, dall'altro, a una progressiva diminuzione del suo dispendio.

Nel dettaglio, per quel che riguarda l'alimentazione, sono ben documentate le variazioni strutturali nel consumo di cibo verificatisi negli ultimi sessant'anni in differenti regioni del mondo (Popkins, 2001). La maggior parte della popolazione delle società più sviluppate e di quelle in corso d'industrializzazione è, di fatto, passata da una dieta a elevato tenore di carboidrati complessi, in quanto prevalentemente basata sui cereali e ortaggi, a un'alimentazione più ricca di grassi e zuccheri semplici, poiché avente maggiori quantità di alimenti di origine animale e di produzioni industriali. In particolare, la quota rappresentata dai lipidi, sul totale dell'introito energetico quotidiano, sembrerebbe aver largamente superato il 30 per cento (Popkins, 2001). Tuttavia, i cambiamenti nella composizione della dieta non sono solo di natura qualitativa, ovvero legati al più alto consumo di grassi e zuccheri semplici. Rispetto al passato, anche la quantità di alimenti a disposizione di ogni singolo individuo è complessivamente aumentata. Ad accrescersi non sono solo le razioni di cibo assunte durante il pasto, sicuramente più generose che in passato, ma anche e soprattutto la cadenza giornaliera delle sue singole assunzioni (Fischler, 1979). Si pensi a come nell'alimentazione delle ultime decadi si sia diffusa la consuetudine degli spuntini tra un pasto e l'altro (Poulain, 2008; Poulain, 2009). Il consumo fuori pasto di alimenti particolarmente densi di nutrienti in rapporto al loro volume e al loro peso – è questo il caso degli snack che condensano alte quantità di grassi e zuccheri semplici in porzioni dalle dimensioni contenute – può elevare anche notevolmente il complessivo introito energetico quotidiano, rendendo, di fatto, le assunzioni giornaliere di alimenti altamente nutritivi un'attività a rapida frequenza. A tal proposito si può alludere a un habitat contemporaneo caratterizzato da una vera e propria pletora alimentare, peraltro mai

realizzatasi nella storia dell'umanità con una tale continuità nel tempo e per un così largo numero d'individui.

Sicuramente a ragione di una tale transizione delle abitudini alimentari si possono rintracciare fenomeni di lungo corso, dispiegatisi con maggior evidenza nella seconda metà del XX secolo e propri della più generale organizzazione sociale. Il primo nonché il più rilevante è di natura squisitamente economica. L'aumento del reddito medio pro-capite, registrato negli ultimi sessant'anni in molti Paesi, ha prodotto, nei fatti, un incremento della quota di ricavo disponibile dedicata all'acquisto di cibo. In particolare, a mostrare gli aumenti di consumo più importanti sono stati soprattutto gli alimenti più costosi, come quelli di origine animale<sup>16</sup>. Secondariamente, i progressi in materia di produzione degli alimenti e d'industrializzazione della filiera alimentare hanno ridotto il peso delle costrizioni ecologiche sulla disponibilità e sul costo dei cibi. Anche il processo di urbanizzazione ha avuto un ruolo importante nel mutamento della dieta di larga parte della popolazione. Il concentrarsi di un numero sempre più elevato d'individui all'interno di città dotate d'infrastrutture efficienti e sviluppate di trasporto, di conservazione e di vendita di prodotti alimentari, ha, infatti, permesso una più agevole circolazione e una maggiore disponibilità di tali beni rispetto alle zone rurali. A godere maggiormente della crescente urbanizzazione è stata specialmente la commercializzazione dei cibi facilmente deperibili e di produzione industriale<sup>17</sup>. Oltre ciò, anche l'emancipazione della donna dall'ambito domestico ha influito poi sulla modificazione della dieta di molti individui nei termini sopra esplicitati. Di fatto, alla nuova esigenza femminile di ridurre il tempo in cucina hanno risposto sia le industrie alimentari, che si sono fatte carico di provvedere alla preparazione di alimenti pronti al consumo, sia la ristorazione fuori casa che, espandendo l'offerta, ha incontrato le diverse richieste in termini economici e di servizio. Infine, non si può dimenticare il ruolo svolto dallo sviluppo delle strategie di marketing e delle tecniche pubblicitarie e di vendita delle industrie alimentari, le quali

---

<sup>16</sup> La WHO (2004) ha attestato a riguardo come in Europa sia avvenuto un aumento del consumo personale di carne dai 14,6 kg per anno del 1961 ai 25,6 kg per anno del 1999, di latte dai 145 kg per anno del 1961 ai 261 kg per anno nel 1999 e di grassi animali dai 12 kg per anno nel 1961 ai 25,4 kg per anno nel 1999.

<sup>17</sup> Nel merito degli alimenti prodotti industrialmente è da tempo noto come il loro maggiore consumo si registri nelle zone urbane rispetto a quelle rurali. Anche nei Paesi in corso d'industrializzazione, pur in assenza di variazioni significative nel livello di reddito, la migrazione verso grandi centri urbani comporta un aumento sistematico del consumo di cibi prodotti industrialmente e generalmente più ricchi di grassi e di zuccheri (Bosello e Cuzzolaro, 2013).

si sono sempre più affinate, al duplice scopo di catturare l'attenzione e di appropriarsi del potere di acquisto dei consumatori<sup>18</sup>.

Tuttavia, come sopra riportato, a determinare il carattere obesigeno dell'ambiente di vita contemporaneo non concorre la sola transizione alimentare. Anche l'attuale stile di vita, che si distingue per una notevole diminuzione del dispendio energetico, esercita un influsso importante sull'aumento di peso. È interessante riportare come il *National Audit Office* (2001) stimi che, negli ultimi cinquant'anni in Gran Bretagna, la riduzione del consumo calorico settimanale medio di un individuo si sia contratta dell'equivalente utile a correre una maratona di 42 chilometri circa. Anche in questo caso, come per la transizione alimentare, i più generali mutamenti avvenuti a livello sociale hanno sicuramente giocato un ruolo di primo piano nella diffusione di uno stile di vita a basso dispendio di energie. In primo luogo, si possono citare le trasformazioni avvenute nella struttura, nell'organizzazione e nello svolgimento del lavoro, che hanno limitato il consumo energetico legato alle singole occupazioni nonché all'adempimento di numerose mansioni. Si pensi a quella larga parte di popolazione impiegata nel settore terziario, la quale investe una quota del tutto risibile di energie fisiche nello svolgimento di un'attività lavorativa di tipo prevalentemente sedentario. In aggiunta, non si può certo trascurare l'impatto dell'evoluzione tecnologica nel ridurre la spesa energetica del singolo individuo, sia al lavoro sia negli altri contesti di vita. La tecnologia ha, infatti, sostituito la forza fisica umana con quella meccanica, tanto nel settore agricolo e industriale quanto in ambito domestico. In secondo luogo, anche la diffusione dei mezzi di trasporto pubblici e privati ha inciso sul calo dell'attività fisica e del più generale consumo di energie impiegate per vivere. A decurtare poi ulteriormente il fabbisogno energetico ha concorso altresì l'intenso utilizzo dei sistemi di riscaldamento, che, garantendo una sostanziale condizione di equilibrio termico nelle stagioni più fredde, hanno ridotto le spese energetiche impiegate per la regolazione della temperatura corporea. Infine, tra i fattori deprimenti il consumo di energia merita di essere ricordata la diffusa e attuale abitudine di trascorrere il tempo libero impegnandosi in attività ricreative e di svago di tipo sedentario, come guardare la televisione, giocare ai videogame e usufruire del personal computer.

---

<sup>18</sup> Si pensi alla recente strategia di vendita adottata da molte aziende alimentari che prevede l'acquisto da parte del consumatore di porzioni maggiorate di prodotto, a fronte di un prezzo di poco superiore a quello previsto per la razione standard.

Pertanto, volendo riassumere quanto sinora esposto, la crescita della prevalenza dell'obesità registrata a livello globale negli ultimi trent'anni appare frutto di un *mismatch* tra un profilo genetico di tipo risparmiatore assai diffusosi nell'uomo, in quanto eredità biologica del suo passato fatto di ricorrenti privazioni alimentari e onerosi sforzi fisici, e l'habitat di sua più recente acquisizione, contraddistinto invece da un sovrappiù di cibo e da un ridotto investimento energetico. Della loro inopportuna congiunzione ne danno una viva quanto curiosa testimonianza gli studi condotti su specifici gruppi etnici, come gli amerindiani Pima, stanziatisi tra Stati Uniti e il Messico, e i nativi dell'isola di Nauru nell'oceano Pacifico. Nel merito dei Pima sono state, infatti, riscontrate notevoli differenze nella prevalenza dell'obesità e del diabete mellito non insulino-dipendente tra due distinti gruppi della stessa popolazione amerindiana – e dunque aventi un profilo genetico del tutto simile<sup>19</sup> – in conseguenza dell'esposizione a due diversi contesti ambientali. Più specificamente, è stato osservato come i Pima che vivevano lungo le sponde del fiume Maycoba nel nord-ovest del Messico e che avevano mantenuto, concordemente alla loro tradizione, una dieta a base di prodotti vegetali e uno stile di vita attivo e incentrato sul lavoro agricolo, mostrassero un rischio di diabete significativamente più basso e pesassero in media 25 chilogrammi in meno dei Pima che risiedevano nella riserva sul fiume Gila nel sud dell'Arizona e i quali, al contrario, si erano convertiti agli usi e costumi comuni al resto del continente e, in particolare, a un'alimentazione ricca di grassi e di zuccheri semplici e a uno stile di vita sedentario (Thompson e Gordon-Larsen, 2011; Bosello e Cuzzolaro, 2013). Anche nel caso della popolazione dell'isola di Nauru è stato osservato un fenomeno analogo, sebbene, in quest'ultimo caso, non in due gruppi distinti e coevi bensì in due diversi momenti storici. Più precisamente, alla fine del XIX secolo, tra i nativi di Nauru i casi di obesità e di diabete mellito non insulino-dipendente erano sostanzialmente assenti. Tuttavia, nel corso del XX secolo, con il passaggio degli autoctoni dell'isola a uno stile di vita all'europea, le prevalenze di obesità e di diabete hanno subito una

---

<sup>19</sup> Più specificamente, in entrambi i gruppi appartenenti ai Pima si evidenziava una maggior propensione allo sviluppo dell'eccesso ponderale e del diabete mellito non insulino-dipendente, rispetto a quanto invece osservato nella popolazione di antica origine europea. Nei fatti, il valore medio del BMI dei Pima risiedenti nel nord-ovest del Messico approssima il 25, ovvero uno stato di sovrappeso, mentre il valore medio di BMI dei Pima del sud dell'Arizona superava il 30, vale a dire si situava oltre la soglia dell'obesità (Bosello e Cuzzolaro, 2013).

progressiva e inarrestabile dilatazione, attestandosi oggi tra le più alte al mondo<sup>20</sup> (Bray, 2009).

### 3. Le dimensioni del fenomeno

Tra i Paesi economicamente sviluppati che hanno assistito all'aumento dell'obesità, gli Stati Uniti rappresentano indubbiamente un caso significativo sia per la dimensione raggiunta sia per l'accuratezza delle informazioni statistiche disponibili. I dati raccolti dalla *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), del *National Center for Health Statistics* (NCHS), hanno, infatti, ben documentato il curioso andamento dell'obesità, dalla seconda metà del XX secolo sino agli anni più recenti (in Santini *et al.*, 2006). Dalle informazioni raccolte si apprende come il fenomeno si sia mantenuto relativamente costante tra gli anni sessanta e ottanta dello scorso secolo, attestandosi tra il 13 e il 15 per cento della popolazione adulta. Solo in seguito, vale a dire tra gli anni ottanta e novanta, la popolazione obesa statunitense subì una crescita sostenuta; dapprima raggiungendo il 23 per cento e poi sfondando la soglia del 30 per cento al volgere del millennio (in Santini *et al.*, 2006). Venendo alle ultime stime della NHANES, nei bienni 2007-2008 e 2009-2010, l'obesità si assestava al 36 per cento della popolazione maggiore di vent'anni. In altri termini, stando agli ultimi dati disponibili, tra il 2007 e il 2010, gli Stati Uniti contavano la presenza di quasi quarantuno milioni di donne e di oltre trentasette milioni di uomini in condizione di obesità (in Ogden *et al.*, 2012).

Osservando questa popolazione più nel dettaglio, si rileva una sostanziale omogeneità nella ripartizione dei casi di obesità tra i sessi, a dispetto di quanto costatato nel passato in cui a essere maggiormente interessate dal fenomeno erano le donne<sup>21</sup>. Oltre ciò, si riscontra un aumento della prevalenza dell'obesità all'avanzare dell'età della popolazione. Sebbene tale incremento interessi anche gli uomini, nelle

---

<sup>20</sup> Più in dettaglio, la WHO (2008) segnala come oltre il 71 per cento della popolazione al di sopra del ventesimo anno d'età nell'isola di Nauru sia in stato di obesità.

<sup>21</sup> Nel corso dell'ultimo decennio, negli Stati Uniti, si è assistito a una progressiva riduzione del divario prima esistente nella prevalenza dell'obesità tra i sessi. Dal biennio 2009-2010, le prevalenze dell'obesità nei due sessi possono considerarsi virtualmente uguali. Tale fatto è riconducibile, da un lato, a una crescita costante dell'obesità tra gli uomini (dal 28 per cento del biennio 1999-2000 al 36 per cento del biennio 2009-2010) e, dall'altro, a una sostanziale stabilizzazione del fenomeno tra le donne (dal 33 per cento del biennio 1999-2000 al 36 per cento del biennio 2009-2010) (Ogden *et al.*, 2012).

donne l'accrescersi dei casi di obesità con il progredire degli anni appare sicuramente più marcato (Ogden *et al.*, 2012). Tuttavia, negli Stati Uniti, le evidenze più interessanti sulla distribuzione dell'obesità tra la popolazione adulta si osservano a seconda delle diverse etnie. L'obesità appare, infatti, riguardare maggiormente alcuni gruppi etnici rispetto ad altri. In particolare, le percentuali più alte di prevalenza del fenomeno si hanno tra i neri non ispanici (50 per cento), seguiti dagli americani messicani (40 per cento), dagli ispanici (39 per cento) e, infine, dai bianchi non ispanici (34 per cento) (NCHS, 2012). Anche in questo caso, come già riportato per l'età, le differenze tra le etnie sono decisamente maggiori tra le donne. Se, infatti, la prevalenza dell'obesità, nel caso degli uomini, passa dal 39 per cento dei neri non ispanici al 36 per cento dei bianchi non ispanici, nel caso delle donne, questa varia dal 59 per cento delle nere non ispaniche al 32 per cento delle bianche non ispaniche (NCHS, 2012).

Negli Stati Uniti però l'obesità non si è propagata tra la sola popolazione adulta. Una sostenuta diffusione del fenomeno si registra, come già accennato per il resto del mondo, anche tra i bambini e gli adolescenti. Dagli anni ottanta del secolo scorso, l'obesità infantile e adolescenziale<sup>22</sup> ha, infatti, quasi triplicato la sua dimensione. Stando ai dati più recenti della NHANES, nel biennio 2009-2010, il 19 per cento della popolazione maschile statunitense tra i due e i diciannove anni, vale a dire sette milioni tra bambini e ragazzi, e il 15 per cento della popolazione femminile della stessa età, ovvero oltre cinque milioni tra bambine e ragazze, erano in stato di obesità<sup>23</sup> (NCHS, 2012). Esaminando questa popolazione più nel dettaglio, si apprende come la diffusione più alta del fenomeno, in entrambi i sessi, si osservi in età scolare rispetto all'età prescolare (NCHS, 2012). In aggiunta, come già costatato per gli adulti, la prevalenza dell'obesità mostra sensibili differenziazioni a seconda dell'etnia (Ogden *et al.*, 2010). In particolare, i dati relativi al biennio 2007-2008, rilevavano, per i bambini dai due agli undici anni, la presenza più alta del fenomeno tra gli ispanici e gli americani messicani (entrambi 23 per cento), rispetto ai neri non ispanici e ai bianchi non ispanici (entrambi

---

<sup>22</sup> Si ricorda come sono considerati obesi i bambini e gli adolescenti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per sesso e per età, uguale o superiore al 95esimo percentile (CDC Cut-off Point).

<sup>23</sup> Nel corso dell'ultimo decennio, negli Stati Uniti, si è assistito alla comparsa di un divario nella prevalenza dell'obesità infantile e adolescenziale tra i due sessi. Da un lato, si è, infatti, registrata una crescita costante dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti (dal 14 per cento del biennio 1999-2000 al 19 per cento del biennio 2009-2010) mentre, dall'altro lato, si è osservata una sostanziale stabilizzazione del fenomeno tra le bambine e le adolescenti (dal 14 per cento del biennio 1999-2000 al 15 per cento del biennio 2009-2010) (Ogden *et al.*, 2012).

14 percento). Per le bambine della stessa età, invece, non si evidenziavano differenze significative nella distribuzione dell'obesità tra le etnie (ciascuna con valori compresi tra il 15 e il 16 percento) (Ogden *et al.*, 2010). Al contempo, tra i giovani dai dodici ai diciannove anni, le prevalenze più alte del fenomeno si registravano tra gli americani messicani (27 percento), seguiti dagli ispanici (26 percento), dai neri non ispanici (20 percento) e, infine, dai bianchi non ispanici (17 percento). Venendo invece alle giovani della stessa fascia di età, le percentuali più alte si segnalavano tra le nere non ispaniche (29 percento), seguite dalle ispaniche (18 percento), dalle americane messicane (17 percento) e infine, come nel sesso maschile, dalle bianche non ispaniche (15 percento) (Ogden *et al.*, 2010).

Come accennato in precedenza, non solo gli Stati Uniti, ma anche l'Europa ha assistito dapprima a un lento aumento dei casi di obesità nella seconda metà del XX secolo e poi a una loro repentina esplosione negli ultimi trent'anni dello stesso. Benché l'Europa condivida con gli Stati Uniti il momento di emersione e di sviluppo del fenomeno, essa se ne differenzia sia per le proporzioni raggiunte sia per la disponibilità e l'attendibilità dei dati statistici raccolti nel merito. L'estensione dell'obesità in Europa è oggi, con ogni probabilità, più contenuta rispetto agli Stati Uniti, tuttavia l'eterogeneità e la frammentarietà dei dati provenienti dalle singole rilevazioni nazionali non permettono di fornire per l'intero continente né delle stime di prevalenza attendibili né una ricostruzione puntuale del suo andamento nel tempo. In particolare, a limitare la possibilità di comparazione dei risultati delle singole indagini nazionali vi sono le differenze nelle tecniche di campionamento, nelle dimensioni del campione, nella fascia di età considerata e nell'anno di rilevazione cui i dati si riferiscono. A ciò si aggiunge poi il fatto che solo un ristretto numero d'indagini si basano, come le NHANES statunitensi, sulla diretta misurazione del peso e dell'altezza dei soggetti osservati. La maggior parte delle statistiche sull'obesità in Europa si fonda, invece, sulle dichiarazioni dei parametri antropometrici rese dagli individui appartenenti ai campioni; tale forma di rilevazione dei dati espone sicuramente al rischio di una sottostima del fenomeno. Ciò premesso, stando comunque alle valutazioni espresse dalla WHO (2012), negli ultimi trent'anni la dimensione dell'obesità in Europa sarebbe da considerarsi quasi raddoppiata. Più precisamente, a fronte di un 14 percento stimato nel 1980, la diffusione del fenomeno sullo stesso continente avrebbe raggiunto il 22 percento della popolazione maggiore di vent'anni nel 2008 (WHO, 2012).

Tuttavia, va osservato come l'obesità non appaia distribuirsi in modo omogeneo tra le popolazioni dei singoli Stati europei. Esistono, infatti,

degli scarti anche notevoli nella diffusione del fenomeno tra le diverse Nazioni. Sfortunatamente, gli stessi limiti prima rilevati nelle rilevazioni dei singoli Paesi – oltre ad ostacolare la conoscenza delle reali dimensioni raggiunte dall'obesità in Europa – non permettono neppure di compiere una valutazione rigorosa dei divari esistenti tra le Nazioni. Una comparazione dei dati tratti dalle singole indagini nazionali può, infatti, solo consentire una valutazione del tutto approssimativa di tali differenze. Nel merito, si ribadisce nuovamente come, dal punto di vista metodologico, le informazioni tratte dalle diverse indagini siano tra loro non comparabili, essendo, in particolare, alcune di esse basate sulla diretta misurazione e altre sulla semplice dichiarazione del peso e dell'altezza. Limitandosi a citare solo qualche caso e rimandando alla tabella 3 per un'elencazione completa dei dati disponibili per l'Europa, stando agli *Health Data* dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2012), l'obesità sembrerebbe interessare oltre un quarto della popolazione in Ungheria (29 per cento) e nel Regno Unito (26 per cento) e poco meno in Irlanda (23 per cento). Il fenomeno parrebbe invece essere circoscritto sotto i due casi su dieci in Grecia (17 per cento), in Spagna (16 per cento), in Germania e in Portogallo (15 per cento). Ancora più contenuta sarebbe poi l'obesità nelle popolazioni di Francia (13 per cento), Paesi Bassi (11 per cento), Italia (10 per cento) e Svizzera (8 per cento).

Stando sempre in Europa e passando all'osservazione dell'obesità tra i più giovani, i dati più recenti divulgati dalla IASO stimano il fenomeno riguardare il 5 per cento dei bambini sotto il quindicesimo anno di età<sup>24</sup> (IASO, 2012a). Anche nei bambini e negli adolescenti si sarebbe assistito a un incremento significativo nella diffusione di tale condizione a partire dai primi anni ottanta dello scorso secolo (Livingstone, 2001). Purtroppo, va però rilevato come anche in questo caso i dati sulla distribuzione dell'obesità nei singoli Stati europei siano fra loro difficilmente comparabili, a causa delle differenze metodologiche tra le statistiche nazionali. In particolare, si segnala come il variare dell'età del campione preso in esame, dell'anno di rilevazione e del cut-off point impiegato per la determinazione della condizione di obesità impedisca una comparazione corretta tra le stime fornite dalle diverse indagini. Oltre ciò, va sottolineato che solo un ristretto numero di indagini possano considerarsi rappresentative a livello nazionale e come solo un'altrettanta minoranza

---

<sup>24</sup> Si ricorda che sono considerati obesi i bambini e gli adolescenti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto uguale o superiore a 30 (IOTF International Cut-off Point).

abbia previsto la misurazione diretta dei parametri antropometrici nel campione. Fatta quest'opportuna premessa, secondo una recente revisione dei dati disponibili e della letteratura specialistica sul fenomeno, le diffusioni più alte di obesità infantile e adolescenziale si attesterebbero nei Paesi dell'Europa del sud e delle isole britanniche (Lien *et al.*, 2010).

In sostanziale accordo con lo scenario appena prospettato vi sono anche le stime fornite della IASO (2012b) sulle prevalenze congiunte del sovrappeso e dell'obesità<sup>25</sup>. Nel merito è però opportuno precisare come i dati riportati siano stati tratti da indagini che hanno previsto la misurazione diretta del peso e dell'altezza dei soggetti osservati. Tuttavia tali studi fanno riferimento ad anni diversi e sono stati condotti su campioni dal numero di casi e dalle età differenti, il che rende impraticabile un loro puntuale confronto, se non a fini puramente orientativi. Malgrado tali limiti, stando a quest'ultima fonte, il sovrappeso e l'obesità nei più giovani sarebbero particolarmente diffusi in Grecia (41 per cento dei bambini dai dieci ai dodici anni), in Italia (36 per cento dei bambini tra gli otto e i nove anni), in Spagna (34 per cento dei ragazzi tra i tredici e i quattordici anni) e in Inghilterra (32 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i cinque e i diciassette anni). Più limitate sarebbero invece le percentuali del fenomeno in Irlanda (26 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i due e i quindici anni), in Ungheria (26 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i sette e i quattordici anni), in Portogallo (23 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i sette e i quattordici anni), in Repubblica Ceca (21 per cento dei bambini e dei ragazzi fra i sei e i diciassette anni) e in Germania (20 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i quattro e i sedici anni). Concludendo, le stime più basse di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità si osserverebbero in Svezia (18 per cento dei bambini di dieci anni), in Repubblica Slovacca (17 per cento dei bambini e dei ragazzi fra i sette e i diciassette anni), nei Paesi Bassi (16 per cento dei bambini e dei ragazzi fra i cinque e i sedici anni), in Svizzera (15 per cento dei bambini e dei ragazzi tra i sei e i tredici anni), in Francia (14 per cento dei bambini e dei ragazzi fra i tre e i diciassette anni), in Norvegia (14 per cento dei bambini e dei ragazzi fra i cinque e i quindici anni) e, infine, in Turchia (11 per cento dei ragazzi tra i dodici e i diciassette anni) (2012b).

---

<sup>25</sup> Si ricorda che sono considerati sovrappeso e obesi i bambini e gli adolescenti rispettivamente con un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto compreso tra 25 e 29,9 e con un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto uguale o superiore a 30 (IOTF International Cut-off Points).

Tab. 3 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta negli Stati Uniti e in alcuni Stati Europei

	Obesità (percentuale)	Anno di rilevazione
Austria	12	2006*
Belgio	14	2008*
Danimarca	13	2010*
Estonia	17	2010*
Finlandia	20	2007**
Francia	13	2010*
Germania	15	2009*
Grecia	17	2009*
Irlanda	23	2007**
Italia	10	2011*
Lussemburgo	24	2011**
Norvegia	10	2008*
Paesi Bassi	11	2010*
Polonia	16	2009*
Portogallo	15	2006*
Regno Unito	26	2010**
Repubblica Ceca	21	2010**
Repubblica Slovacca	17	2008**
Slovenia	16	2007*
Spagna	16	2009*
Stati Uniti	36	2010**
Svezia	13	2010*
Svizzera	8	2007*
Turchia	17	2010*
Ungheria	29	2009**

Fonte: OECD Health Data 2012.

\*: Dato basato sulla dichiarazione del peso e dell'altezza.

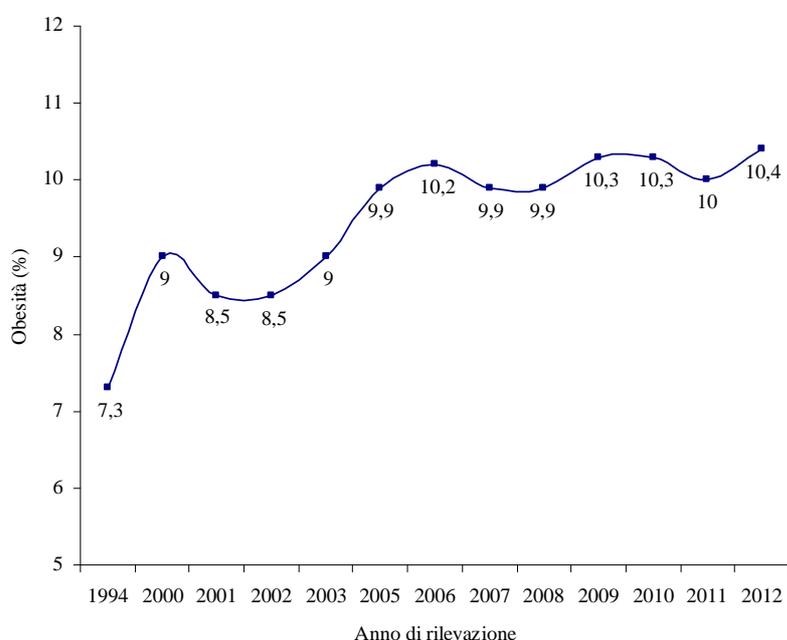
\*\* : Dato basato sulla misurazione del peso e dell'altezza.

#### 4. L'obesità in Italia

In Italia le rilevazioni dell'*Indagine multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana* dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) testimoniano, analogamente a quando rilevato in Europa e nel resto del mondo, un aumento nel numero di soggetti obesi nelle ultime decadi. Sebbene sia opportuno premettere che tali dati si basano sulle dichiarazioni di peso e di altezza fornite dai singoli intervistati e sia utile ricordare nuovamente come questa specifica modalità di raccolta delle informazioni, rispetto alla misurazione diretta dei parametri antropometrici, possa comportare un loro sottostima, mostrano chiaramente come la prevalenza dell'obesità nella popolazione adulta italiana sia cresciuta progressivamente

nell'arco dell'ultimo trentennio, passando invero da poco più del 7 per cento rilevato nel 1994 a oltre il 10 per cento registrato nel 2012. Nel merito è, inoltre, possibile osservare come il fenomeno abbia subito un incremento piuttosto repentino durante gli ultimi anni dello scorso secolo, per poi rallentare la sua espansione nei primi anni del duemila e dunque stabilizzarsi a cavallo del volgere tra il primo e il secondo decennio degli stessi anni. Per una puntuale illustrazione della crescita dell'obesità nella popolazione adulta italiana, nell'intervallo di tempo considerato, si rimanda al grafico presente in figura 1.

Fig. 1 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana dal 1994 al 2012

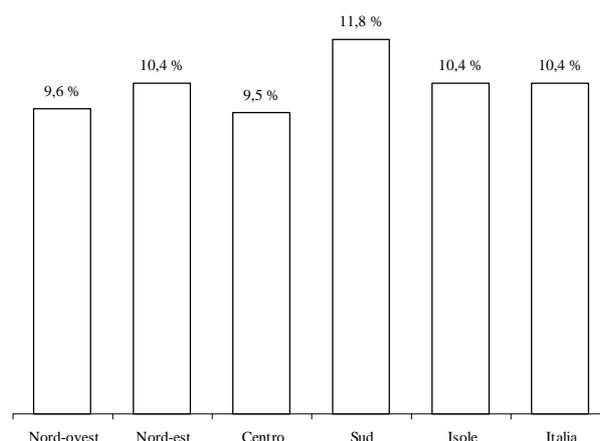


Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.

Considerando poi nel dettaglio i dati tratti dall'ultima rilevazione disponibile, ovvero quella condotta nel mese di marzo 2012, è possibile innanzitutto appurare con l'obesità appaia ripartirsi difformemente lungo il territorio nazionale. Come mostrato in figura 2, il Sud del Paese è l'area che registra la più alta concentrazione di soggetti obesi rispetto alla media italiana. A riguardo può essere precisato che la maggior presenza di casi di

obesità nelle regioni meridionali sia un dato pressoché stabile, poiché evidenziato anche da tutte le rilevazioni precedenti a quella presa qui presa in esame.

Fig. 2 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana secondo la ripartizione geografica



Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.

Dai dati tratti dalla stessa rilevazione è possibile, inoltre, evincere che nel 2012 l'obesità in Italia interessasse in maggior misura gli uomini rispetto alle donne. I primi mostrano, infatti, uno scarto di poco inferiore al 2 per cento sulle seconde. Oltre ciò, può essere poi osservato come la prevalenza dell'obesità in ambo i sessi subisca un progressivo aumento con l'avanzare dell'età della popolazione.

Tuttavia, appare interessante constatare che mentre per gli uomini l'incremento più sostenuto nella rilevazione del fenomeno si evidenzia nella classe di età compresa tra i 35 e i 44 anni, nel caso delle donne l'aumento maggiore si registra invece nelle due classi di età successive, vale a dire tra i 45 e i 54 anni e tra i 55 e i 64 anni. Si segnala, in aggiunta, come i casi di obesità maschile e femminile decrescano poi nella classe di età dei 75 anni e oltre. Nel merito si rimanda alla tabella 4 per una puntuale presentazione dei dati inerenti la prevalenza del fenomeno nella popolazione adulta secondo il sesso e la classe di età.

Tab. 4 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana secondo il sesso e la classe di età.

	<i>Uomini obesi (percentuale)</i>	<i>Donne obese (percentuale)</i>	<i>Uomini e donne obesi (percentuale)</i>
18-24 anni	3,2	2,3	2,8
25-34 anni	5,7	4,7	5,2
35-44 anni	10,3	6,0	8,2
45-54 anni	12,8	9,5	11,1
55-64 anni	15,5	13,4	14,4
65-74 anni	16,1	15,8	15,9
75 anni e oltre	14,0	12,8	13,2
Totale	11,3	9,5	10,4
(N)	(2719)	(2471)	(5190)

Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.

In aggiunta a quanto sinora rilevato appare particolarmente interessante esaminare la distribuzione dei casi di obesità tra i diversi livelli d'istruzione. Nella popolazione adulta italiana di ambo i sessi, tale fenomeno aumenta, infatti, in modo pressoché lineare al diminuire del titolo di studio. Ciò nonostante, è possibile notare come lo scarto maggiore nella prevalenza dell'obesità al variare del titolo di studio si osservi tra quanti abbiano conseguito la laurea o il diploma e quanti invece si mostrino in possesso di una qualifica inferiore<sup>26</sup>. Tale dato, per quanto sia apprezzabile sia tra gli uomini sia tra le donne, appare particolarmente evidente nel caso delle seconde<sup>27</sup>. A riguardo si rimanda ai dati presentati nella tabella 5. Prima di passare all'esame della distribuzione del fenomeno rispetto alla condizione occupazionale e alla posizione nell'occupazione, merita però di essere precisato che il livello di istruzione – così come quest'ultime variabili appena citate – può rappresentare un valido indicatore indiretto del più generale status socioeconomico<sup>28</sup>. Ne consegue

<sup>26</sup> L'incremento della prevalenza dell'obesità al diminuire del titolo di studio in ambo i sessi è stato altresì rilevato anche considerando separatamente le diverse classi di età (18-24 anni, 25-44 anni, 45-64 anni e 65 anni e oltre). In altri termini, è possibile sostenere come tale evidenza sia stata riscontrata al netto dell'effetto esercitato dalla classe di età di appartenenza.

<sup>27</sup> Anche la maggiore distanza nelle percentuali di obesità al variare del titolo di studio, riscontrata tra le donne rispetto agli uomini, è stata altresì osservata – e quindi controllata – considerando separatamente le diverse classi di età (18-24 anni, 25-44 anni, 45-64 anni e 65 anni e oltre).

<sup>28</sup> Pare opportuno ricordare che rispetto ad altri indicatori indiretti dello status socioeconomico, quali la condizione occupazionale e la posizione nell'occupazione, il livello di istruzione possiede almeno due indiscutibili vantaggi. In primis, esso rappresenta

che, all'interno della popolazione italiana e in modo particolare in quella femminile, la condizione di obesità possa dunque dimostrarsi inversamente proporzionale allo status socioeconomico. In altri termini, nei dati qui considerati sulla distribuzione dell'obesità secondo il titolo di studio è possibile scorgere come la probabilità di un individuo di trovarsi in tale condizione fisica cresca al diminuire del suo status, specie nel caso tale soggetto sia una donna.

Tab. 5 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana secondo il sesso e il titolo di studio

	<i>Uomini obesi (percentuale)</i>	<i>Donne obese (percentuale)</i>	<i>Uomini e donne obesi (percentuale)</i>
Laurea	7,4	3,7	5,5
Diploma superiore	8,4	5,8	7,1
Licenza media	12,0	9,8	11,0
Licenza elementare	17,7	16,2	16,8
Totale (N)	11,3 (2719)	9,5 (2471)	10,4 (5190)

Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.

Procedendo quindi, come sopra accennato, con l'analisi dell'andamento dell'obesità nella popolazione italiana a seconda della condizione occupazionale, può essere, in primo luogo, apprezzata la più contenuta prevalenza, per ambo i sessi, di tale disposizione fisica tra gli individui occupati, in confronto ai soggetti in cerca di nuova occupazione. Nel caso specifico delle donne, è possibile altresì sottolineare la limitata presenza di obese tra le occupate, rispetto alla più elevata frequenza registrata tra le casalinghe. In secondo luogo possono poi essere segnalate, tanto per gli uomini quanto per le donne, sia le basse percentuali di casi di obesità tra gli studenti e tra gli individui in cerca di prima occupazione sia l'alta prevalenza degli stessi tra i ritirati dal lavoro. Sulla scorta di quanto emerso in precedenza in merito al variare dell'obesità a seconda dell'età e del livello d'istruzione, le evidenze in tali categorie appaiono ampiamente spiegate e prevedibili. Più singolare sembra invece il dato riguardante la

una proxy dello status socioeconomico valevole per tutte le classi di età, diversamente dalla posizione nell'occupazione, per fare solo un esempio, la quale invece può essere rilevata unicamente per la popolazione attiva. Secondariamente, il livello di istruzione rimane sostanzialmente stabile nel tempo, non mutando dopo la conclusione del percorso di studi. Al contrario, la condizione occupazionale e la posizione nell'occupazione hanno una maggiore probabilità di variare durante il corso della vita di un individuo (Arber *et al.*, 2001).

frequenza del fenomeno tra coloro dichiarano di essere in altra condizione. Sebbene un valore significativamente elevato affiori per ambo i sessi, una prevalenza segnatamente superiore rispetto alla media si registra nel caso degli uomini. Pare quindi plausibile supporre una sostenuta concentrazione di casi di obesità maschile tra gli individui inabili al lavoro e tra i soggetti che non sono in cerca di occupazione<sup>29</sup>. Per un confronto puntuale con i dati appena argomentati si rimanda alla tabella 6.

Tab. 6 *Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana secondo il sesso e la condizione occupazionale*

	<i>Uomini obesi (percentuale)</i>	<i>Donne obese (percentuale)</i>	<i>Uomini e donne obesi (percentuale)</i>
<b>Occupati</b>	9,7	5,9	8,2
<b>In cerca di nuova occupazione</b>	12,9	8,7	11,0
<b>In cerca di prima occupazione</b>	5,3	5,2	5,3
<b>Casalinghe</b>		12,3	12,3
<b>Studenti</b>	2,6	2,0	2,3
<b>Ritirati dal lavoro</b>	15,5	14,3	15,0
<b>Altra condizione</b>	20,5	13,6	16,8
<b>Totale</b>	11,3	9,5	10,4
<i>(N)</i>	<i>(2719)</i>	<i>(2471)</i>	<i>(5190)</i>

Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.

Addentrando, infine, nell'esame della ripartizione dell'obesità all'interno della popolazione italiana tra le diverse posizioni occupazionali, è possibile constatare, nel caso delle donne, percentuali di prevalenza del fenomeno, rispetto alla media, più alte nella categoria delle operaie e delle apprendiste e in quella delle lavoratrici in proprio e delle coadiuvante nonché più basse nel gruppo delle dirigenti, delle imprenditrici e delle libere professioniste e in quello dei direttivi, dei quadri e delle impiegate. In altre parole, per le donne si rileva un sensibile scarto nella frequenza dell'obesità tra le occupazioni intellettuali e le occupazioni manuali. Così come già ipotizzato sulla base del titolo di studio, anche in tale distribuzione si potrebbe scorgere la presenza di una relazione di tipo inversamente proporzionale tra l'obesità femminile e lo status socioeconomico. Nel caso degli uomini, al contrario, si osserva invece una ripartizione aleatoria dell'obesità all'interno della tipologia occupazionale. È, infatti, possibile rilevare come, sempre in relazione alla media, accanto a

<sup>29</sup> Si ricorda che nella categoria *Altra condizione*, impiegata dall'ISTAT, rientrano, oltre ai citati soggetti dichiarati inabili al lavoro o i quali non sono in cerca di occupazioni, anche i militari e i detenuti.

un'elevata concentrazione di obesi tra le occupazioni intellettuali, quali i dirigenti, gli imprenditori e i liberi professionisti, conviva un'altrettanta marcata presenza degli stessi tra le occupazioni manuali, come i lavoratori in proprio e i coadiuvati. Sulla base dei dati relativi alla posizione occupazionale, nel caso specifico degli uomini, non è dunque rintracciabile alcuna relazione tra la condizione di obesità e lo status socioeconomico. Per un'illustrazione dettagliata di quanto appena argomentato si rinvia ai dati presentati nella tabella 7.

*Tab. 7 Prevalenza dell'obesità sulla popolazione adulta italiana secondo il sesso e la posizione nell'occupazione*

	<i>Uomini obesi (percentuale)</i>	<i>Donne obese (percentuale)</i>	<i>Uomini e donne obesi (percentuale)</i>
<b>Dirigenti, imprenditori e liberi professionisti</b>	10,7	4,1	8,6
<b>Direttivi, quadri e impiegati</b>	8,4	5,5	6,8
<b>Operai e apprendisti</b>	9,9	6,4	8,7
<b>Lavoratori in proprio e coadiuvanti</b>	10,8	7,9	9,8
<b>Totale</b>	9,7	5,9	8,2
<i>(N)</i>	<i>(1280)</i>	<i>(543)</i>	<i>(1823)</i>

*Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2012.*

## **5. L'obesità e lo status socioeconomico**

In merito alla diffusione dell'obesità, e come in parte emerso nel corso dell'analisi del caso italiano, appare doveroso osservare che tale condizione si distribuisca generalmente in modo difforme a seconda dello status socioeconomico. A livello globale tale evidenza si palesa tanto tra le popolazioni dei Paesi economicamente sviluppati quanto in quelle dei Paesi in corso d'industrializzazione, sebbene assuma in relazione a tali contesti forme differenti. Procedendo con ordine si può ricordare come le prime indagini tese a rilevare la natura del rapporto intercorrente fra l'obesità e le diverse posizioni occupate nella gerarchia sociale, risalgono agli anni sessanta del XX secolo. Esse rivelarono l'esistenza di due modelli di diffusione della condizione fisica di obesità all'interno della struttura delle società economicamente più avanzate, differenziatisi in relazione al sesso. Più precisamente, tali studi mostrarono la presenza di un'associazione inversa per le donne e di un'associazione diretta per gli uomini. In altre parole, nel momento di avvio della crescita del fenomeno nelle economie più progredite, stando a queste prime analisi, salendo lungo la piramide sociale si sarebbe riscontrata una diminuzione dei casi di obesità femminile e un aumento dei casi di obesità maschile (Poulain, 2008; Poulain, 2009).

In seguito, con il crescere della prevalenza dell'obesità tra la popolazione delle società industrializzate, gli studi sul rapporto intercorrente tra tale condizioni fisica e lo status socioeconomico si fecero progressivamente sempre più numerosi. Tuttavia, le conclusioni tratte dalle singole indagini erano sovente tra loro discordanti. Nel 1989, nel tentativo di fare luce sulla questione, il sociologo Jeffery Sobal e il medico Albert J. Stunkard realizzarono quindi una prima meta-analisi<sup>30</sup>, a partire dai risultati di 144 studi compiuti tra gli anni sessanta e la prima metà degli anni ottanta dello scorso secolo. Sebbene tale meta-analisi avesse sia il pregio di riferirsi alle popolazioni adulte e infantili sia il merito di riguardare i Paesi economicamente sviluppati e quelli in corso d'industrializzazione, essa non fu esente altresì da limiti metodologici. A riguardo, si sottolineano, infatti, l'estrema eterogeneità nella definizione di obesità<sup>31</sup> presente tra gli studi facente parte del corpus della ricerca nonché una rilevante variabilità nelle dimensioni dei loro campioni<sup>32</sup>. Ciò nonostante, malgrado tali debolezze metodologiche, la meta-analisi mostrò, relativamente al contesto delle Nazioni economicamente più avanzate e concordemente alle conclusioni degli studi precedenti, una netta prevalenza dell'associazione inversa tra l'obesità e lo status socioeconomico nel caso delle donne<sup>33</sup>. Al contempo però, tale indagine costatava invece una preminenza della relazione non significativa tra le due variabili sia nel caso degli uomini<sup>34</sup>, contraddicendo così le evidenze tratte dalle prime rilevazioni, sia nel caso dei bambini e

---

<sup>30</sup> È opportuno specificare come la meta-analisi di Sobal e Stunkard (1989) fosse più propriamente una meta-analisi non randomizzata, poiché a tutte le associazioni rilevate dai 144 studi esaminati fu attribuito lo stesso peso, senza prendere in considerazione le singole ampiezze dei campioni. L'obiettivo di tale indagine era, infatti, quello di computare e descrivere la frequenza di comparsa dei diversi tipi di relazione tra l'obesità e lo status socioeconomico.

<sup>31</sup> Tra le 144 analisi considerate da Sobal e Stunkard (1989) alcune di esse usavano come criterio di definizione dello stato di obesità i vari rapporti tra il peso e l'altezza, altre rimandavano allo scostamento dal peso ideale, altre ancora alla misurazione delle pliche cutanee oppure a una combinazione dei criteri precedenti.

<sup>32</sup> I campioni delle indagini prese in considerazione dalla meta-analisi di Sobal e Stunkard (1989) variavano da un centinaio ad alcune migliaia di casi.

<sup>33</sup> Nel caso dei Paesi economicamente sviluppati, per le donne, su un totale di 54 studi, 46 studi presentavano un rapporto inverso, un solo studio un rapporto diretto e 7 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

<sup>34</sup> Nel caso dei Paesi economicamente sviluppati, per gli uomini, su un totale di 65 studi, 20 studi esibivano un rapporto diretto, 34 studi un rapporto inverso e 11 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

degli adolescenti di ambo i sessi<sup>35</sup>. Espresso altrimenti, secondo la meta-analisi di Sobal e Stunkard (1989), tra la popolazione delle economie più progredite si rilevava l'esistenza di un'obesità femminile fortemente concentrata tra i suoi strati più bassi e di un'obesità maschile e infantile di entrambi i sessi presente, senza significative differenze di distribuzione, sia tra le classi più basse sia tra quelle più elevate. Nel contesto dei Paesi in via di sviluppo, la stessa meta-analisi segnalava invece come l'associazione prevalente tra l'obesità e lo status socioeconomico fosse positiva in tutti i casi esaminati ovvero tra le donne<sup>36</sup>, gli uomini<sup>37</sup> e anche tra i bambini e gli adolescenti di ambo i sessi<sup>38</sup>. In tali popolazioni, infatti, la condizione di obesità si polarizzava in modo netto su i soli status più elevati, qualunque fosse il sesso e l'età dei singoli individui (Sobal e Stunkard, 1989).

A distanza di quasi un ventennio Lindsay McLaren (2007) propose un aggiornamento della meta-analisi di Sobal e Stunkard (1989), basandosi sulla valutazione dei risultati di 333 studi pubblicati tra il 1988 e il 2004 e riferiti alla sola popolazione adulta. Le sue conclusioni paiono sostanzialmente confermare, sia per le Nazioni più progredite sia per quelle in corso d'industrializzazione, i risultati evidenziati nella precedente indagine. Ciò nonostante tale analisi non manca di introdurre anche nuovi elementi di precisazione. Più in dettaglio, nel caso dei Paesi economicamente sviluppati, si accerta nuovamente negli studi esaminati la prevalenza di un'associazione inversa tra la condizione di obesità e lo status socioeconomico per le donne. Tale relazione è però osservata con una minor frequenza rispetto a quanto riportato da Sobal e Stunkard (1989).

---

<sup>35</sup> Per la popolazione dei Paesi economicamente sviluppati, nel caso delle bambine e delle adolescenti, su un totale di 32 studi, 8 studi mostravano un rapporto diretto, 13 studi un rapporto inverso e 11 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici. Nel caso dei bambini e degli adolescenti, invece, su un totale di 34 studi, 9 studi esibivano un rapporto diretto, 11 studi un rapporto inverso e 14 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

<sup>36</sup> Nel caso dei Paesi in via di sviluppo, per le donne, su un totale di 11 studi, 10 studi presentavano un rapporto diretto e un solo studio mostrava, invece, un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

<sup>37</sup> Nel caso dei Paesi in via di sviluppo, per gli uomini, su un totale di 14 studi, 12 studi esibivano un rapporto diretto e 2 studi rivelavano, invece, un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

<sup>38</sup> Per la popolazione dei Paesi in via di sviluppo, nel caso delle bambine e delle adolescenti, su un totale di 16 studi, 14 studi mostravano un rapporto diretto e 2 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici. Nel caso dei bambini e degli adolescenti, invece, su un totale di 15 studi, 13 studi palesavano un rapporto diretto e 2 studi un'assenza di rapporto tra la condizione di obesità e i differenti status socioeconomici (Sobal e Stunkard, 1989).

Tuttavia, è interessante notare come, in rapporto al solo livello d'istruzione quale indicatore indiretto dello status socioeconomico, tale associazione pare, al contrario, subire un deciso rafforzamento<sup>39</sup> (McLaren, 2007). Analogamente, anche nel caso degli uomini l'associazione prevalentemente osservata è, in accordo con quanto precedentemente riportato da Sobal e Stunkard (1989), di tipo non significativo. Ciò nonostante, anche in questo caso, usando il livello d'istruzione a indicazione dello status socioeconomico, si assiste a un incremento della frequenza delle relazioni inverse, tale per cui quest'ultima associazione diviene predominante<sup>40</sup> (McLaren, 2007). Stando sempre alla meta-analisi proposta dalla McLaren (2007), nel caso dei Paesi in via di sviluppo, sia per le donne sia per gli uomini, l'associazione positiva tra la condizione di obesità e lo status socioeconomico appare, come nelle conclusioni di Sobal e Stunkard (1989), la più ricorrente.

Passando poi a un aggiornamento degli studi sul rapporto tra l'obesità infantile e adolescenziale e lo status socioeconomico, secondo una valutazione delle analisi più recenti condotta da Vanessa Shrewsbury e da Jane Wardle (2008) e riguardante i soli Paesi economicamente sviluppati, l'associazione che più frequentemente si osserverebbe oggi nei bambini e nei ragazzi in età scolare di entrambi i sessi, diversamente da quanto precedentemente segnalato da Sobal e Stunkard (1989), sarebbe di tipo inverso<sup>41</sup>. In sostanziale accordo con tale risultato sono anche le conclusioni di Chris Power e di Tessa Parsons (2000). Dal loro ampio lavoro di revisione dei risultati presenti in letteratura sulle condizioni che costituiscono dei possibili predittori, durante l'infanzia e l'adolescenza, dello stato di obesità in età adulta è, infatti, emerso come, per entrambi i sessi, lo status socioeconomico della famiglia d'origine rappresenti, tra i numerosi fattori di rischio considerati, il più influente<sup>42</sup>. Sfortunatamente,

---

<sup>39</sup> Più precisamente, la percentuale delle associazioni inverse osservate tra le donne sale dal 63 al 72 per cento, nel caso si utilizzi il livello d'istruzione quale indicatore indiretto dello status socioeconomico (McLaren, 2007).

<sup>40</sup> Più precisamente, le associazioni non significative nel caso degli uomini rappresentano il 54 per cento mentre quelle inverse il 37 per cento. Tuttavia, queste ultime salgono al 50 per cento, guadagnando la percentuale più alta, qualora si utilizzi il livello d'istruzione quale indicatore indiretto dello status socioeconomico (McLaren, 2007).

<sup>41</sup> Nel caso dei bambini e degli adolescenti in età scolare, su un totale di 42 studi, la relazione predominante era quella di tipo inverso. Tale associazione era, infatti, riportata da 19 studi (Shrewsbury e Wardle, 2008).

<sup>42</sup> Da una revisione dei risultati di 12 studi longitudinali, aventi una durata compresa tra un minimo di 10 e un massimo di 55 anni, è emerso come un basso status socioeconomico della famiglia d'origine, rispetto a un alto status socioeconomico, aumentasse in modo

per i Paesi in via di sviluppo, non è possibile trarre informazioni recenti sulla differenziazione dell'obesità in età infantile e adolescenziale a seconda dello status socioeconomico, in quanto si segnala l'attuale e totale mancanza d'indagini in merito.

In conclusione, volendo riassumere quanto sinora riportato a proposito della relazione intercorrente tra l'obesità e lo status socioeconomico, si può affermare che, sulla base delle esaustive revisioni degli studi compiuti in materia negli ultimi sessant'anni, la più ferma associazione osservata tra le due variabili sia quella di tipo inverso, rilevata tra le donne viventi nelle aree del globo economicamente più sviluppate. Per gli uomini delle medesime regioni si segnala invece un'assenza di relazioni significative tra la condizione di obesità e lo status socioeconomico, sebbene un'associazione inversa, meno tenace di quella notata nelle donne, diviene rilevabile qualora s'impieghi il livello d'istruzione quale indicatore indiretto della posizione occupata nella gerarchia sociale<sup>43</sup>. Anche nel caso dei bambini e degli adolescenti è stata di recente appurata la comparsa di una prevalente frequenza di associazioni negative, nonostante un'assenza di qualsiasi tipo di relazione riscontrata nel passato. Diversamente, è di tipo positivo la relazione sinora riscontrata, in ambo i sessi e a tutte le età, nelle popolazioni delle regioni in corso d'industrializzazione. In conseguenza di un tale scenario, pare ragionevole considerare l'ipotesi avanzata da Carlos A. Monteiro e dai suoi collaboratori (2004) – suffragata peraltro dai risultati delle analisi della McLaren (2007) – secondo cui, in concomitanza con il progressivo sviluppo di un paese, si osserverebbe un graduale passaggio dalla preponderanza di associazioni positive alla preminenza di associazioni negative tra l'obesità e lo status socioeconomico. In altre parole, si assisterebbe, con il miglioramento delle condizioni economiche e sociali della popolazione, a uno scivolamento dei casi di obesità dagli status socioeconomici più alti a quelli più bassi. In tale transizione le donne assumerebbero il ruolo di antesignane (Monteiro *et al.*, 2004, McLaren, 2007).

---

considerevole il rischio di obesità in età adulta, sia per gli uomini sia per le donne (Power e Parsons, 2000).

<sup>43</sup> Si rammenta come tali conclusioni, riguardanti la natura del rapporto osservato tra l'obesità e lo status socioeconomico nel caso delle donne e in quello degli uomini, paiono sostanzialmente concordare con quanto rilevato nel 2012 dall'*Indagine multiscope sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana* dell'ISTAT circa la diffusione di tale condizione fisica all'interno della popolazione adulta italiana e nel cui merito si è riferito nel precedente paragrafo.

## 6. Conclusioni

Giunti al termine di queste prime pagine, appare opportuno riepilogare brevemente le principali evidenze sinora discusse. Innanzitutto, può essere ricordato come il termine obesità identifichi una condizione corporea caratterizzata da un eccesso di massa grassa, pregiudicante la salute e la vita dell'individuo. Attualmente, la scienza medica considera obeso un soggetto adulto avente un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) uguale o superiore a 30. Sebbene l'aumento della morbilità e della mortalità in caso di obesità abbia trovato una conferma scientifica solo nel corso dello scorso secolo, già nell'antichità si possono rintracciare numerose quanto dettagliate testimonianze circa le alterazioni organiche nonché i rischi per la salute conseguenti l'eccessiva pinguetudine.

Può invece considerarsi del tutto inconsueto, rispetto alla storia del genere umano, il numero di soggetti obesi presenti oggi nell'intera popolazione mondiale. Come segnalato, negli ultimi tre decenni la prevalenza del fenomeno ha mostrato una crescita estremamente repentina all'interno delle Nazioni economicamente più progredite; più recentemente la stessa ha incominciato ad ampliarsi anche nei Paesi in corso d'industrializzazione, specie nelle aree urbanizzate. Tale e inedita diffusione dell'obesità a livello globale può essere ricondotta all'interazione tra fattori comportamentali e ambientali, quali un consumo di cibo sovrabbondante e una vita a basso dispendio energetico comuni a molti contesti sociali contemporanei, e fattori genetici predisponenti l'immagazzinamento di riserve energetiche sotto forma di adipe, derivanti dall'adattamento della nostra specie alle frequenti privazioni alimentari subite sino a un non lontano passato.

Infine, merita di essere ricordato come nelle pagine precedenti abbia trovato spazio la descrizione dell'andamento dell'obesità nel nostro Paese. Rispetto alle altre Nazioni economicamente sviluppate, il dato di diffusione del fenomeno nella popolazione adulta italiana si dimostra essere relativamente contenuto; altrettanto non si può però sostenere per il tasso di prevalenza dell'obesità nei bambini e negli adolescenti, il quale si colloca, invero, tra i più elevati. Di là da ciò, come in tutte le economie progredite, anche in Italia l'obesità appare distribuirsi entro la gerarchia sociale, in modo inversamente proporzionale allo status socioeconomico. Tuttavia, unitamente a quanto rilevato per gli altri Paesi industrializzati, anche nel caso italiano tale relazione emerge chiaramente per le donne mentre risulta meno evidente per gli uomini nonché per i bambini e gli adolescenti di ambo i sessi.

# La stigmatizzazione dell'obesità

## 1. Il pregiudizio e la discriminazione degli obesi

Nel sopraccitato opuscolo scritto nella seconda metà del XIX secolo da William Banting, raccontando della sua personale esperienza di obesità, egli asseriva:

“I am confident no man laboring under obesity can be quite insensible to the sneers and remarks of the cruel and injudicious in public assemblies, public vehicles, or the ordinary street traffic; nor to the annoyance of finding no adequate space in a public assemble if he should seek amusement or need refreshment, and therefore he naturally keeps away as much as possible from places he is likely to be made the object of the taunts and remarks of others” (1869: 14).

Dalle sue parole si evince chiaramente che, già in tale epoca storica, un uomo di mezz'età, alto un metro e 65 centimetri e dal peso di circa 92 chilogrammi<sup>1</sup>, proprio a causa della sua particolare costituzione fisica, fosse frequentemente oggetto dello scherno e del disprezzo altrui e come ciò pregiudicasse profondamente la qualità della sua vita. Anzi, secondo il parere di uno dei recensori del pamphlet autobiografico di Banting – per giunta a lui contemporaneo – erano proprio le sgradevoli conseguenze sociali della pinguedine a rappresentare il nocciolo del problema affrontato dallo stesso autore. A suo dire, a indurre Banting a voler perdere peso non era tanto il peggioramento del suo stato di salute quanto il fatto che gli altri lo considerassero un *uomo grasso* e dunque sgradevole alla vista, goffo nei movimenti, inutile per la comunità finanche parassitario (Aytoun, 1864).

---

<sup>1</sup> È interessante notare che Banting possa oggi essere classificato come un caso di obesità di I grado (moderata).

A distanza di centocinquanta anni dalla testimonianza autobiografica di Banting (1869), nulla pare essere cambiato nell'esperienza e nella qualità di vita delle persone in condizione di obesità. Le conseguenze sociali di tale disposizione fisica paiono essere serie e pervasive. A eccezioni dei sumotori giapponesi, come ci ricorda Jean-Pierre Poulain (2008), l'obesità rimane, infatti, uno stato fisico giudicato in modo fortemente sfavorevole nelle società occidentali contemporanee, sia dal punto di vista degli esiti per la salute dell'organismo, sia dal punto di vista estetico nonché da quello morale. Con maggior precisione può essere asserito che, nell'ultimo quindicennio, la ricerca sociale statunitense abbia appurato come nell'attuale immaginario collettivo nordamericano l'obesità sia associata, in via quasi esclusiva, a qualità negative (Brylinsky e Moore, 1994; Puhl, 2011; Puhl e Brownell, 2001; Teachman *et al.*, 2003). La società è, di fatto, dominata dallo stereotipo che porta a percepire l'obeso come un soggetto pigro, crapulone, indolente, meschino, brutto, infelice, dotato di scarsa volontà, autocontrollo e autodisciplina, perlopiù impulsivo, inetto, poco collaborativo, socialmente isolato e, infine, sciatto e sudato (Puhl e Heuer, 2009; Roehling *et al.*, 2008). Per di più, tale rappresentazione stereotipica e negativa dell'individuo obeso sembra essere ampiamente condivisa e accettata persino dalle stesse persone in condizione di sovrappeso e di obesità (Greener *et al.*, 2010; Goodman e Whitaker, 2002; Latner *et al.*, 2005; Puhl e Brownell, 2003a; Puhl *et al.*, 2007). Attualmente, il pregiudizio nei confronti degli obesi pare quindi non risentire del fatto che un numero sempre più consistente di soggetti si mostri in tale condizione.

Tuttavia, è opportuno sottolineare come gli esiti più infausti, legati all'attribuzione stereotipica di tratti negativi di personalità, siano di legittimare, all'interno dei più disparati ambiti e ai diversi livelli della vita sociale, le numerose forme di discriminazione e di rifiuto cui sono sottoposti gli individui obesi di entrambi i sessi e di tutte le età nonché di condurre lo stesso soggetto obeso a una percezione negativa di sé. L'obesità costituisce, per i sempre più numerosi soggetti che ne sono fisicamente caratterizzati, uno *stigma* ovvero una costruzione sociale, influenzata da fattori culturali, storici e situazionali, in grado di far percepire un individuo difforme rispetto alle aspettative normative e di condurlo, di conseguenza, a una svalutazione sociale, la cui portata è tale da esercitare un sensibile impatto sia sul corso di vita sia sulla qualità e sul benessere della sua più generale esperienza esistenziale (Dovidio *et al.*, 2000).

Appurato ciò, merita nondimeno di essere chiarito che, in accordo con i più recenti approcci teorici sul fenomeno della stigmatizzazione, la sola

manifestazione di atteggiamenti pregiudizievole nei confronti di un gruppo di individui non paia essere di per sé una condizione sufficiente ad attestarne la loro fattiva discriminazione. Stando, infatti, a una delle ultime riflessioni sul fenomeno, condotta da Bruce Link e Jo Phelan (2001), la sola rilevazione di atteggiamenti pregiudizievole verso un tipo di persone, all'interno di un contesto sociale, non accerterebbe necessariamente anche l'esistenza di trattamenti discriminatori nei confronti degli stessi. A rendere discutibile l'assunto – sovente dato per scontato nelle scienze sociali – che il mero atteggiamento pregiudizievole possa tradursi in un comportamento discriminante, vi sarebbero, stando ai due sociologi (Link e Phelan, 2001), le numerose evidenze scientifiche, le quali attesterebbero come sia piuttosto frequente associare atteggiamenti e comportamenti tra loro incoerenti. In via teorica, il fatto di far seguire a uno specifico atteggiamento mentale di tipo sfavorevole un comportamento fattivo non conforme al primo – e quindi non discriminante – sarebbe del tutto ammissibile in un contesto sociale, come quello delle società occidentali contemporanee, caratterizzato da forti condizionamenti morali, politici e normativi (Link e Phelan, 2001). A titolo esemplificativo si può pensare alle numerose forme di regolazione a garanzia delle pari opportunità, aventi proprio una funzione antidiscriminatoria.

Ciò premesso, quello che invece verificherebbe l'effettiva stigmatizzazione di una categoria di persone già oggetto di pregiudizio sarebbe, sempre secondo Link e Phelan (2001), l'accertamento, in questi soggetti, dell'esperienza della discriminazione e della relativa perdita di status. Tale vissuto, contrariamente al solo pregiudizio, sarebbe il solo in grado di arrecare un reale e fattivo nocimento alla vita dei singoli individui, compromettendone altresì il loro benessere fisico, psicologico, sociale ed economico. Nel caso specifico dell'obesità, la traduzione di semplici atteggiamenti ostili in concreti comportamenti discriminatori, ovvero arrecanti ripercussioni negative al corso di vita e al benessere fisico, psicologico, sociale ed economico di chi ne è interessato, sono indubbi, avendo avuto nelle ultime decadi, sempre nel caso degli Stati Uniti, importanti e robusti riscontri empirici in un vasto numero di analisi e di studi di popolazione condotti su campioni particolarmente estesi (Brownell *et al.*, 2005; Carr e Friedman, 2005; Puhl, 2011). Atteggiamenti pregiudizievole e iniquità di trattamento, imputabili alla condizione di obesità, sono stati, infatti, documentati nell'ambiente di lavoro, nella scuola e negli enti formativi, nelle strutture di cura e assistenza sanitaria così come nelle relazioni interpersonali, siano esse con familiari, amici, partner o persone estranee, nonché nei mass media (Lewis *et al.*, 2011; Puhl, 2011;

Puhl e Heuer, 2009). Le prossime pagine saranno dunque dedicate a una puntuale disamina di tali evidenze.

## **2. La condanna dei bambini**

Prima di concentrare l'attenzione sui diversi ambiti di stigmatizzazione sopra elencati, è importante quanto curioso notare come, tra le fonti di condanna denunciate dalle persone obese, i bambini rivestano sovente un ruolo primario. Secondo un'indagine condotta su 154 soggetti obesi, reclutati tra gli aderenti alla *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) e tra gli abbonati ad alcuni periodici statunitensi dedicati alla perdita di peso, il commento negativo dei più giovani, in merito alla condizione di eccesso ponderale, sarebbe, infatti, la più frequente tra le diverse forme di stigmatizzazione lamentate dagli interpellati (Myers e Rosen, 1999). Analogamente, anche un più recente studio australiano (Lewis *et al.*, 2011), basato sul contenuto di 141 interviste semistrutturate, rilasciate da adulti obesi, ha confermato come i bambini siano sovente all'origine di spiacevoli episodi di additamento, di critica e di dileggio.

Lasciando per un momento le ricerche effettuate sulle stesse persone obese e passando a considerare quelle realizzate sui più giovani, può essere innanzitutto notato come, stando a un'indagine condotta su 103 bambini fra i tre e i cinque anni (Cramer e Steinwert, 1998), l'atteggiamento negativo verso lo stato di obesità si manifesterebbe già durante l'età prescolare, in entrambi i sessi e indipendentemente dalla condizione ponderale del bambino. L'avversione per l'obesità pare dunque avere un esordio molto precoce, ovvero a partire sin dai primi anni di vita. Tuttavia, le due più note rilevazioni presenti in letteratura hanno interessato i bambini in età scolare. La prima, uno studio sperimentale dei primi anni sessanta del secolo scorso (Richardson *et al.*, 1961), fu condotto su 640 bambini nordamericani tra i dieci e gli undici anni. Esso ha rivelato che, chiedendo a tali bambini di mettere in ordine di preferenza sei immagini di coetanei, di cui uno senza disabilità, uno in sedia a rotelle, uno sfigurato, uno privo della mano sinistra, uno privo di una gamba e in stampelle e uno obeso, quest'ultima figura si distingueva per la più alta frequenza di sistemazioni nell'ultima posizione. Tale risultato fu curiosamente rilevato sostanzialmente invariato non solo tra i bambini di diversa etnia ed estrazione socioeconomica ma anche tra quelli portatori di disabilità fisica. Nondimeno, fu riscontrata invece una differenza all'interno dei due sessi: erano, infatti, le bambine a

relegare più assiduamente la figura dell'obeso all'ultimo posto, rispetto a quanto invece osservato tra i bambini.

Venendo poi alla seconda indagine sopra menzionata (Latner e Stunkard, 2003), si può chiarire come essa abbia essenzialmente previsto la ripetizione del primo studio (Richardson *et al.*, 1961) a distanza di quarant'anni. Lo scopo della nuova rilevazione, condotta analogamente su un gruppo composto da 415 soggetti tra i dieci e gli undici anni, era quello di rilevare eventuali cambiamenti accorsi nella sperimentazione degli atteggiamenti negativi nei confronti dell'obesità, a seguito della sua maggiore presenza nel tessuto sociale. Le conclusioni tratte da tale indagine hanno così svelato un aumento dell'avversione manifestata dai bambini per l'immagine del coetaneo obeso. Nonostante la crescita del numero di casi di obesità nella popolazione potesse indurre a ritenere plausibile un risultato, di fatto, opposto, la figura ritraente un bambino obeso si mostrava invero confinata nelle ultime posizioni con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nello studio più datato.

Merita, infine, di essere aggiunto come recentemente la stessa indagine sia stata replicata in una forma opportunamente modificata<sup>2</sup> anche su individui adulti e, più specificamente, su un gruppo di 356 studenti di college americani (Latner *et al.*, 2005). I risultati hanno segnalato come, nell'ordine delle preferenze cumulate, gli studenti ponessero l'immagine del coetaneo obeso al penultimo posto, seguita dalla figura del soggetto con le grucce e privo di una gamba. Nondimeno, rispetto a quanto rilevato tra i più giovani (Richardson *et al.*, 1961; Latner e Stunkard, 2003), quest'ultimo studio ha rivelato la presenza di sensibili differenze a seconda dell'etnia. Più in dettaglio, i neri non ispanici, gli asiatici e gli ispanici hanno dimostrato di collocare l'immagine del soggetto obeso più favorevolmente dei bianchi non ispanici. Oltre ciò, sempre contrariamente a quanto registrato tra i bambini (Richardson *et al.*, 1961; Latner e Stunkard, 2003), erano poi gli studenti e non le studentesse a relegare più spesso la figura del coetaneo obeso in una posizione più bassa.

Nonostante l'indubbia utilità dalle sopraccitate ricerche sperimentali nel segnalare che, dall'infanzia all'età adulta, si presenti un diffuso atteggiamento negativo e pregiudizievole verso l'obesità, appare ora opportuno considerare come tali pregiudizi, così largamente diffusi, si traducano nella realtà in comportamenti discriminatori, non esenti

---

<sup>2</sup> Più precisamente, in tale studio (Latner *et al.*, 2005) fu chiesto agli studenti di college di mettere in ordine di preferenza sei figure di coetanei, di cui uno senza disabilità, uno in sedia a rotelle, uno sfigurato, uno privo della mano sinistra, uno privo di una gamba e in stampelle e uno obeso.

dall'esercitare un impatto sulla traiettoria e sulla qualità della vita delle persone in tale condizione fisica.

### **3. Lo svantaggio nel mercato del lavoro**

Come precedentemente ricordato, la stigmatizzazione della condizione di obesità prende luogo in diversi ambiti della vita quotidiana. A riguardo, nel 2001 Rebecca Puhl e Kelly Brownell presentarono sulla rivista statunitense *Obesity Reviews* una prima rassegna esaustiva dei risultati di diversi decenni di ricerca in tema di pregiudizio e di discriminazione delle persone in condizione di obesità. Tale analisi, pubblicata con il titolo *Bias, Discrimination, and Obesity*, documentò l'indubbia vulnerabilità di tali individui a diverse forme di stigmatizzazione, in particolare, all'interno del mercato e dei contesti di lavoro, nelle istituzioni educative e nei servizi di cura e assistenza medica (Puhl e Brownell, 2001). Dai primi anni duemila, l'interesse per tale questione si è indubbiamente rafforzato, stimolando, nei fatti, l'intensificazione della ricerca in merito. A proposito sono state dunque condotte delle survey ma anche delle ampie indagini basate sullo studio di popolazioni nonché delle osservazioni sperimentali. A distanza di quasi un decennio, al duplice fine di aggiornare lo stato dell'arte sul fenomeno con le nuove evidenze accumulate e di avanzare un confronto con i risultati della precedente rassegna critica, la stessa Puhl questa volta in associazione con Chelsea Heuer, divulgarono sulla rivista *Obesity Journal* un esauriente articolo dall'eloquente titolo *The Stigma of Obesity: A Review and Update* (2009). Stando alle autrici, le ultime evidenze presenti in letteratura non solo rafforzerebbero i precedenti risultati sul trattamento pregiudizievole e discriminatorio cui sarebbero sottoposte le persone obese negli ambiti di lavoro, nei contesti educativi e nei servizi sanitari, ma li estenderebbero anche a nuove e differenti aree della realtà quotidiana, ovvero le relazioni interpersonali e i media.

Entrando nei dettagli della questione, sono senza dubbio l'accertamento e lo studio delle disparità di trattamento riservate agli individui obesi nel mercato del lavoro e nel contesto lavorativo e occupazionale ad aver ricevuto le maggiori attenzioni dei ricercatori. Su tale fenomeno sono stati, infatti, collezionati un ampio numero di contributi nell'arco dell'ultimo cinquantennio, i quali hanno provveduto a fornire delle consistenti evidenze empiriche sul fatto che le persone obese siano sensibilmente esposte a ricevere, proprio in tale contesto, trattamenti iniqui in ragione dell'influenza di atteggiamenti pregiudizievoli per la loro specifica

disposizione fisica. Come già riportato nelle pagine precedenti, lo stereotipo negativo, ampiamente circolante nel più ampio contesto sociale, rappresenta l'obeso nei termini di un soggetto pigro, demotivato, mancante di autodisciplina, meno serio e competente, scarsamente collaborativo e sciatto (Puhl e Brownell, 2001; Puhl e Brownell, 2003b). Tuttavia, a ciò si deve aggiungere che, nei contesti lavorativi e occupazionali, l'obeso sia altresì percepito essere un lavoratore tendenzialmente poco coscienzioso, sgradevole, emotivamente instabile e introverso (Polinko e Popovich, 2001; Popovich *et al.*, 1997). Ciò posto, non stupisce che già le prime analisi, avviate sulla fine degli anni sessanta del secolo scorso, rilevassero per le persone obese maggiori difficoltà a trovare un impiego (Benson *et al.*, 1980; Matusewich, 1983; Paul e Townsend, 1995), un reddito da lavoro medio sensibilmente più basso (McClellan e Moon, 1980), specie per le donne (Register e Williams, 1990; Pagan e Davils, 1997), una notevole lentezza nella carriera professionale (Hinkle *et al.*, 1968) e un'assenza significativa dalle posizioni di prestigio (Roehling, 1999), in particolare nel caso degli uomini (Gortmaker *et al.*, 1993).

In sostanziale accordo con i risultati dei contributi più datati possono dirsi altresì le più attuali è già citate ricerche esaminate da Puhl e Brownell (2001) e da Puhl e Heuer (2009). Sia le conclusioni tratte da indagini campionarie e da studi prospettici costruiti *ad hoc* e condotti negli Stati Uniti e nell'Unione Europea, sia i risultati emersi dalle analisi secondarie realizzate sui dati relativi a campioni rappresentativi della popolazione degli Stati Uniti e raccolti dalla *National Survey of Midlife Development* e dalla *National Longitudinal Survey of Youth*, sono concordi nell'affermare come i soggetti obesi siano particolarmente esposti ad atteggiamenti pregiudizievoli nonché al rischio di subire comportamenti discriminatori in ambito occupazionale e lavorativo (Puhl e Brownell, 2006; Puhl *et al.*, 2008; Roehling *et al.*, 2007). Le indagini più recenti attestano, infatti, come i lavoratori obesi, rispetto ai lavoratori normopeso, riportino di essere più frequentemente oggetto dei commenti negativi da parte dei colleghi, dei superiori e dei sottoposti. Inoltre, ribadiscono come i lavoratori obesi, sempre in confronto ai normopeso, dichiarino di aver sperimentato minori assunzioni e promozioni di lavoro e maggiori licenziamenti<sup>3</sup>.

Le indagini rivelano altresì come le persone in condizione di obesità, a parità di altre variabili socioeconomiche, familiari e di salute, mostrano, in

---

<sup>3</sup> In aggiunta, può essere segnalato come la probabilità di riportare trattamenti discriminatori sia più elevata tra gli obesi che svolgono una professione intellettuale, rispetto agli obesi che svolgono un'occupazione manuale (Carr e Friedman, 2005).

confronto ai normopeso, di essere significativamente penalizzate sia in termini di reddito (Baum e Ford, 2004; Brunello e D'Hombres, 2007) sia di partecipazione alla forza lavoro (Klarenbach *et al.*, 2006; Tuncelli *et al.*, 2006; Viner e Cole, 2005; Morris, 2006). Nel merito, è opportuno segnalare come le donne obese, rispetto agli uomini nella stessa condizione, appaiono avere maggiori probabilità di subire penalizzazioni sul reddito (Cawley, 2004; Maranto e Stenoien, 2000; Roehling *et al.*, 2007).

In riferimento all'ambito lavorativo e occupazionale, è poi interessante riportare come anche gli studi sperimentali hanno prodotto evidenze concordi con quanto sopra descritto. Numerosi osservazioni, condotte appunto in situazione di esperimento, hanno, infatti, rivelato come ai fini occupazionali un individuo obeso sia valutato più negativamente, rispetto a un soggetto non obeso, non solo a parità ma anche a superiorità di qualifiche, di titoli di studio e di credenziali (Puhl, 2011; Puhl e Heurer, 2009). Inoltre, tali studi hanno poi comprovato gli effetti negativi esercitati dalla condizione di obesità sulla decisione di assunzione, sulla valutazione della qualità, sulla collocazione entro la gerarchia aziendale, sull'ammontare della remunerazione, sul giudizio del lavoro, sul gradimento dei colleghi e sulla supposta efficacia nelle interazioni di lavoro, più specificamente per mansioni che richiedono il diretto contatto con il pubblico (Roehling *et al.*, 2008). Infine, va segnalato come anche le indagini qualitative abbiano denunciato le conseguenze negative che lo stato di obesità cagiona in ambito lavorativo. Uno studio australiano (Lewis *et al.*, 2011), peraltro già citato in queste pagine, nonché un'altra ricerca australiana (Thomas *et al.*, 2008), hanno, di fatto, mostrato come tra gli obesi sottoposti a intervista semi-strutturata fosse molto frequente dichiarare di aver ricevuto in ambito lavorativo dei commenti negativi e delle critiche per la propria disposizione fisica e di aver anche subito, sempre in ragione di quest'ultima, atteggiamenti discriminatori, quali la negazione di un'assunzione e il licenziamento.

#### **4. L'ostacolo nella formazione**

Di là dal contesto lavorativo, come già anticipato, anche le istituzioni formative sono tutt'altro che immuni dal fenomeno della stigmatizzazione delle persone obese. Già negli anni sessanta dello scorso secolo, le prime indagini condotte in merito appurarono, infatti, come i candidati obesi avessero minori chance di accedere ai college americani rispetto ai candidati non obesi e come i *gatekeeper* del sistema universitario

americano esprimessero nei confronti dei primi valutazioni spesso più negative di quelle formulate nei riguardi dei secondi (Canning e Mayer, 1966). Le ricerche più recenti hanno invece rivelato come, all'interno dell'ambito formativo, gli individui obesi esperiscano il pregiudizio e la discriminazione, tanto nel gruppo dei pari quanto in quello degli insegnanti (Puhl, 2011; Puhl e Heuer, 2009).

Più in dettaglio, è opportuno precisare in merito alla stigmatizzazione dell'obesità entro il gruppo dei pari come tale fenomeno esordisca invero prima dell'effettiva scolarizzazione, ovvero al di sotto dei sei anni. Già nella scuola dell'infanzia è possibile, infatti, rilevare le prese in giro verbali, le violenze fisiche nonché l'isolamento sociale, attuato dal gruppo dei coetanei a scapito dei bambini obesi (Cramer e Steinwert, 1998; Greenleaf *et al.*, 2006). Riguardo poi al caso specifico del contesto propriamente scolastico, numerose indagini hanno dimostrato – analogamente a quanto appena riportato – come il soggetto obeso rimanga ancora estremamente vulnerabile a diverse forme di stigmatizzazione, tra cui l'attribuzione stereotipica di caratteri negativi, quali la pigrizia, la stupidità, la sudiceria e l'antipatia, e l'esclusione dai rapporti di amicizia e dalle attività sociali (Latner e Stunkard, 2003; Puhl e Latner, 2007). Anche le indagini qualitative hanno retrospettivamente rilevato come l'esperienza della ridicolizzazione e dell'emarginazione subita a scuola fosse pressoché comune alla quasi totalità dei soggetti obesi interpellati e come sovente a tale vessazione si aggiungesse altresì la violenza fisica (Lewis *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2008).

Passando poi al versante degli insegnanti, diverse indagini hanno dimostrato come anche in tale categoria sia particolarmente presente una visione negativa e pregiudizievole nei confronti dello stato di obesità (Weiler e Helms, 1993; Puhl e Latner, 2007). Più in dettaglio, il rapporto tra docente e studente obeso pare essere viziato dallo stereotipo che vorrebbe quest'ultimo un soggetto disordinato, apatico, emotivamente instabile e con problematiche familiari (Neumark-Sztainer *et al.*, 1999). Sempre nel merito della stigmatizzazione degli studenti obesi da parte dei loro insegnanti, si segnala, inoltre, come la ricerca abbia ultimamente appurato il possesso di una più forte attitudine negativa tra gli studenti dei corsi di abilitazione all'insegnamento dell'educazione fisica, rispetto a quelli dei corsi qualificanti in altre discipline. Tra i futuri insegnanti di educazione fisica si registra, infatti, una più ampia condivisione del pregiudizio che attribuisce agli obesi una spiccata mancanza di volontà (O'Brien *et al.*, 2007). Un'altra indagine ha poi di recente individuato come sempre i docenti di educazione fisica riservino agli studenti obesi un più

basso livello di aspettative rispetto agli studenti normopeso, imputando altresì agli stessi un deficit nelle abilità sociali, cognitive, fisiche e cooperative (Greenleaf e Weiller, 2005). Di là da quanto direttamente rilevato attraverso gli studi condotti sugli insegnanti, diverse ricerche retrospettive hanno poi, nei fatti, appurato come sia frequente che le persone obese rammentino di essere state esposte nella loro carriera scolastica all'atteggiamento pregiudizievole dei loro docenti (Puhl e Brownell, 2006) nonché di aver ricevuto commenti negativi da parte di questi ultimi, a causa della loro condizione fisica (Bauer *et al.*, 2004).

Oltre ciò, i risultati presenti in letteratura e provenienti da studi sia di popolazione sia di tipo longitudinale condotti negli Stati Uniti e in Europa, rilevano che, a parità di altre variabili connesse all'istruzione come l'intelligenza e lo status socioeconomico della famiglia di origine, gli individui obesi mostrano una minore probabilità di frequentare un corso di studi superiore nonché di conseguire un titolo corrispondente, in confronto ai soggetti non caratterizzati da tale disposizione fisica (Karnehed *et al.*, 2006; Puhl e Heuer, 2009). Stando peraltro ai risultati di una recente indagine (Krukoswki *et al.*, 2009), l'esperienza della presa in giro per l'eccesso di peso sarebbe significativamente associata a una performance scolastica poco brillante, rivelandosi quindi un potenziale mediatore nella relazione che lega tra loro l'obesità e un basso rendimento scolastico.

In aggiunta, merita poi di essere osservato che l'associazione tra l'obesità e il mancato conseguimento di un titolo di studio elevato pare essere più forte per le donne rispetto a quanto invece notato per gli uomini (Puhl e Heuer, 2009). Tuttavia, va altresì segnalato come negli Stati Uniti la forte relazione intercorrente tra la condizione di obesità femminile e la bassa probabilità di frequenza del college venga meno in quelle scuole in cui l'obesità si presenta come la condizione ponderale prevalente tra le studentesse. Un'indagine di Robert Crosnoe (2007), condotta sulla base dei dati raccolti dal *National Longitudinal Study of Adolescent Health* su un campione rappresentativo della popolazione statunitense, ha, infatti, mostrato che, sebbene a livello nazionale lo stato di obesità, a parità di numerose altre variabili di controllo, sia associato, in modo particolare per le studentesse, a un più basso titolo di studio<sup>4</sup>, nelle scuole in cui l'obesità si rilevava essere la condizione fisica preminente, le studentesse obese dimostravano la medesima probabilità di frequentare il college delle studentesse non obese. In merito, va altresì aggiunto che i risultati di tale

---

<sup>4</sup> Secondo tale studio (Crosnoe, 2007) le donne obese hanno, infatti, la metà delle probabilità di frequentare il college rispetto alle donne non obese.

studio (Crosnoe, 2007) siano concordi con le conclusioni tratte da un'indagine precedente, la quale ha mostrato come la relazione esistente tra la condizione di obesità e una bassa frequenza al college fosse più forte in quelle scuole in cui la taglia media degli studenti era maggiormente contenuta (Crosnoe e Muller, 2004). Una possibile spiegazione alla base di tale evidenze potrebbe risiedere nell'ipotesi che la predominanza della condizione di obesità all'interno del contesto scolastico protegga gli studenti obesi dalla stigmatizzazione e, di conseguenza, anche dagli effetti negativi che questa è in grado di esercitare sulla loro carriera scolastica (Crosnoe e Muller, 2004).

## **5. L'avversione del personale sanitario**

Spostandoci dai contesti educativi a quelli deputati alla cura e all'assistenza sanitaria, si può innanzitutto affermare come la stigmatizzazione dell'obesità in tale ambito abbia suscitato l'interesse dei ricercatori già dalla fine degli anni sessanta dello scorso secolo. Più in dettaglio, le prime indagini all'interno degli istituti sanitari rivelarono come il personale medico e paramedico e gli studenti di medicina fossero soliti nutrire atteggiamenti pregiudizievoli e usare trattamenti discriminatori nei riguardi dei pazienti obesi (Blumberg e Mellis, 1985; Maddox *et al.*, 1968; Najman e Munro, 1982; Price *et al.*, 1987). Analogamente, anche le ricerche più recenti hanno sostanzialmente rilevato come i diversi professionisti della salute, siano essi medici, infermieri, psicologi, dietisti e studenti di medicina, esibiscano un atteggiamento pregiudizievole verso le persone obese. Più specificamente, secondo quanto costatato da survey e da indagini qualitative condotte negli Stati Uniti, Gran Bretagna, Francia, Australia e Israele, i medici percepiscono il paziente obeso come tendenzialmente pigro, mancante di autocontrollo, non collaborativo, inconcludente finanche scarsamente dotato d'intelligenza, autostima, onestà e cura personale (Puhl e Heuer, 2009). La medesima visione pregiudizievole e stereotipata sarebbe, inoltre, condivisa dal personale infermieristico e dagli studenti di medicina e di dietistica (Puhl e Heuer, 2009).

In aggiunta a quanto riportato, è interessante specificare come anche i professionisti della salute specializzati nella cura dell'obesità e delle patologie correlate non siano immuni dal pregiudizio verso chi sperimenta tale condizione, mostrando invero di condividere la rappresentazione pregiudizievole e stereotipica del paziente obeso sopra descritta. In

particolare, il risultato di due studi (Teachman e Brownell, 2001; Schwartz *et al.*, 2003), avvalsi del *Test delle associazioni implicite*<sup>5</sup>, hanno segnalato come i medici specializzati nel trattamento dell'obesità tradissero un forte pregiudizio rispetto all'individuo obeso. Entrambe le indagini, infatti, hanno rilevato una diffusa quanto robusta associazione tra la condizione di obesità e numerosi attributi negativi. Si segnala, specialmente, come i medici partecipanti agli studi fossero implicitamente portati a pensare che un paziente obeso fosse più stupido e pigro, meno motivato e dunque di minor valore rispetto a un paziente normopeso.

Tuttavia, stando alle conclusioni di alcune indagini (Bocquier *et al.*, 2005; Campbell *et al.*, 2005; Fogelman *et al.*, 2002; Hebl e Xu, 2001), alla radice del pregiudizio e dell'immagine stereotipata riscontrata tra i professionisti sanitari potrebbe esserci una conoscenza solo parziale o superficiale dei fattori che portano all'obesità nonché delle ragioni che determinano l'elevata probabilità di fallimento dei trattamenti medici finalizzati alla perdita di peso. Più in particolare, imputare quest'ultimo evento unicamente alla mancanza di autocontrollo e di *compliance* del paziente, piuttosto che riconoscere la multidimensionalità e la multifattorialità dell'eziologia dell'obesità – da cui si spiegano le limitazioni insite in molte delle terapie attualmente esistenti –, potrebbe giocare un ruolo fondamentale nella configurazione e nella reiterazione di quella concezione negativa, stereotipata e pregiudiziale attribuita al paziente obeso.

Venendo poi alla discussione delle specifiche forme di discriminazione delle persone obese all'interno dei contesti di assistenza sanitaria, può essere precisato che i risultati di indagini *ad hoc*, condotte in Nord America ed Europa attraverso survey e osservazione sperimentali delle relazioni medico-paziente, mostrano come i medici, al cospetto di pazienti obesi, spendano un tempo più limitato, intrattengano meno discussioni, riconoscano più sintomi negativi, siano più restii a prescrivere screening, riservino minor rispetto, impartiscano meno educazione sanitaria e interagiscano in misura minore, rispetto ai pazienti non obesi (Bertakis e

---

<sup>5</sup> Il *Test delle associazioni implicite* è uno strumento, sviluppato da Tony Greenwald e dai suoi collaboratori (Greenwald, *et al.*, 1998), per studiare la forza dei legami associativi tra i concetti rappresentati in memoria. Esso consiste in una serie di prove di categorizzazione in cui viene richiesto al partecipante di associare, il più velocemente possibile, a un preciso *stimolo* (esempio: l'immagine di una persona normopeso oppure di una persona obesa) un *attributo*, scelto tra due alternative tra loro opposte (esempio: positivo e negativo oppure estroverso e introverso). Questo strumento ha avuto e ha tuttora una vasta applicazione nella ricerca psicologica, soprattutto nell'indagine del pregiudizio e degli stereotipi.

Azari, 2005; Huizinga *et al.*, 2009; Hebl e Xu, 2001; Hebl *et al.*, 2003). Oltre ciò, sembra che lo stato di obesità del paziente sia associato a un sentimento di maggior disaffezione dei medici verso l'esercizio della loro professione, a una minore serenità nel rapporto con il degente, a un più basso desiderio di aiutare lo stesso e a una più elevata probabilità di percezione del loro lavoro nei termini di un'attività annoiata e di una perdita di tempo (Hebl e Xu, 2001). Un recente studio osservazionale (Wear *et al.*, 2006) ha poi dato prova, nel caso specifico degli studenti di medicina, di come questi ultimi riservino nei confronti dei soggetti obesi un trattamento particolarmente sdegnante, denigratorio e irrisorio, specie in ambito chirurgico e ostetrico-ginecologico.

Da parte loro anche i pazienti obesi sembrano peraltro notare l'attitudine negativa e il trattamento discriminatorio riservatogli nei contesti di cura e di assistenza sanitaria. Le più recenti conclusioni tratte da diverse survey sono, infatti, concordi nel mostrare l'alta frequenza con cui le persone obese riportano di essere state oggetto di un trattamento irrispettoso da parte dei medici e, più in particolare, di essere state offese dai commenti rivolti da questi ultimi nel merito della loro condizione fisica (Anderson e Wadden, 2004; Bertakis e Azari, 2005). Analogamente, i risultati di una ricerca su un gruppo di donne in condizione di sovrappeso e di obesità (Puhl e Brownell, 2006) hanno rivelato come oltre la metà delle stesse dichiarasse di aver ricevuto commenti inappropriati riguardo al proprio peso da parte dei medici, degli infermieri, dei dietisti e dei professionisti della salute mentale. Non a caso, le donne partecipanti a tale indagine riconoscevano nei medici la seconda più frequente fonte di stigmatizzazione entro una lista di venti altre possibilità. Similmente, anche le conclusioni di un altro studio (Myers e Rosen, 1999) indicavano come l'aver ricevuto commenti inappropriati e offensivi da parte dei medici fosse tra le più assidue forme di stigmatizzazione lamentate dai soggetti in condizione di obesità. Infine, si segnala come diverse indagini qualitative, basate sulla raccolta d'informazioni attraverso interviste semistrutturate, abbiano altresì riferito delle discriminazioni sovente vissute dalle persone obese nei contesti di cura e assistenza sanitaria (Brown *et al.*, 2006; Lewis *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2008).

## **6. Il rifiuto nelle relazioni interpersonali**

Come già riportato, Puhl e Heurer (2009) hanno messo in evidenza come nell'ultimo quindicennio, di là dal contesto lavorativo, formativo e

sanitario, l'interesse della ricerca si sia esteso ad aree della realtà quotidiana precedentemente poco esplorate. Tra queste, le relazioni interpersonali intrattenute dagli obesi sono state studiate con crescente attenzione, al fine di rilevare la presenza, l'entità e le precise caratteristiche assunte in tale ambito dal più generale fenomeno della stigmatizzazione della loro peculiare dotazione fisica. Ciò ha permesso, nei fatti, di documentare come l'atteggiamento pregiudizievole nei confronti dell'obesità nuoccia significativamente anche all'interno dei rapporti sentimentali, amicali e familiari degli adulti in tale condizione corporea. Più in particolare, stando alle evidenze dello stato attuale della ricerca, le donne obese, rispetto agli uomini, paiono essere maggiormente vulnerabili alle conseguenze negative della stigmatizzazione di tale stato fisico nel campo delle relazioni interpersonali. Tuttavia, è opportuno precisare come anche gli uomini obesi sperimentino varie forme di difficoltà nell'ambito dei rapporti personali, sebbene con un'intensità e una frequenza più limitate rispetto a quanto rilevato nel caso delle donne nella medesima condizione.

Venendo dunque nello specifico e procedendo con ordine, si può riportare come numerosi contributi abbiano segnalato che la stigmatizzazione dell'obesità danneggia le relazioni interpersonali delle donne aventi tale disposizione corporea, in particolare, ostacolandone i rapporti sentimentali e sessuali (Puhl e Heurer, 2009). In proposito, un recente studio sperimentale (Smith *et al.*, 2007), condotto su 238 studenti degli Stati Uniti, ha constatato come pochi uomini si dicano interessati a rispondere a un annuncio di una donna in cerca di un appuntamento e che si descrivono altresì come grassa, sovrappeso, obesa, robusta oppure che indichi in termini di peso il suo stato di eccesso ponderale. Ciò è peraltro concorde con le conclusioni tratte da un'indagine precedente (Sitton e Blanchard, 1995), la quale rivelò come gli uomini rispondenti a un annuncio personale di una donna con una pregressa esperienza di dipendenza e in cerca di un partner, fossero più numerosi di quelli rispondenti a un annuncio simile ma divulgato da una donna in condizione di obesità.

Tuttavia, volendo fare un confronto specifico tra la situazione delle donne e quella degli uomini, merita di essere citata una ricerca sperimentale, condotta su un gruppo di 96 studenti di college negli Stati Uniti (Regan, 1996). Essa illustrò come una donna obesa, rispetto a una donna normopeso, avesse un'elevata probabilità di essere ritenuta indesiderabile dal punto di vista sessuale, in quanto ritenuta dagli uomini meno attraente, esperta, appassionata e reattiva. Analogamente, anche le donne valutavano nel complesso meno desiderabile un uomo obeso rispetto a un uomo normopeso. Ciò nonostante, la differenza nella desiderabilità

sessuale attribuita dalle donne, a seconda dello stato ponderale del potenziale partner, era sensibilmente più contenuta rispetto a quanto rilevato per gli uomini. In altri termini, le donne obese ricevevano una valutazione più negativa rispetto agli uomini nella medesima condizione. Allo stesso modo, anche i risultati tratti da uno studio sperimentale più recente (Chen e Brown, 2005), che ha interessato 449 studenti di college degli Stati Uniti, paiono confermare una simile conclusione. Nel merito di tale indagine si riporta con esattezza come, entro un ventaglio di potenziali partner sessuali, includente una donna normopeso, un'obesa, una in carrozzina, una mancante di un arto superiore, una avente in passato sofferto di malattie sessualmente trasmissibili e una con un trascorso di disturbi mentali, la donna obesa era quella che contava il minor numero di preferenze da parte degli uomini interpellati. Similmente, anche le donne giudicavano l'uomo in condizione di obesità come il meno desiderabile dei possibili partner sessuali tra la versione al maschile dei tipi sopra specificati. Tuttavia, tra gli uomini si osservò un livello di preferenza assegnato al potenziale partner in condizione di obesità significativamente più basso rispetto a quello rilevato nel caso delle donne.

A riprova del fatto che, nell'ambito delle relazioni sentimentali e sessuali, lo stato di obesità possa rappresentare un ostacolo di più difficile superamento per le donne, vi sono altresì i dati provenienti da una survey (Sheets e Ajmere, 2005). Si segnala, infatti, come tale indagine abbia evidenziato che, tra 554 studenti di college negli Stati Uniti, le ragazze sovrappeso e obese mostrassero una probabilità sensibilmente più contenuta di essere impegnate sentimentalmente rispetto alle ragazze normopeso e ai ragazzi di entrambe le disposizioni fisiche. Oltre ciò, lo stesso studio ha poi rilevato come, nel caso specifico delle donne, la soddisfazione avvertita per la relazione sentimentale fosse negativamente associata al peso. Più in dettaglio, le donne a cui era stato chiesto dal partner di perdere peso dimostravano un più basso gradimento del loro rapporto amoroso. Inoltre, proprio le donne con un peso maggiore avevano poi una più alta probabilità di predire la fine della loro relazione sentimentale, di ritenere di essere giudicate poco attraenti dal loro partner e di reputare quest'ultimo lontano dal proprio ideale. Tali evidenze empiriche sembrano pertanto sostenere come l'obesità, sebbene rappresenti un elemento di ostacolo nell'ambito delle relazioni affettive e sessuali per entrambi i sessi, comporti altresì gli esiti peggiori nel caso delle donne.

Di là dalle relazioni sessuali e sentimentali, anche le interazioni familiari e amicali si dimostrano un terreno fertile per l'emergere di atteggiamenti negativi e di trattamenti discriminatori dovuti alla condizione

di obesità. I dati provenienti da interviste qualitative e da survey, quest'ultime effettuate su campioni rappresentativi della popolazione statunitense, convergono, infatti, nell'indicare come i soggetti obesi di ambo i sessi subiscano di frequente la stigmatizzazione in ambito familiare e amicale (Puhl e Heuer, 2009; Puhl, 2011). Nel merito specifico delle indagini campionarie statunitensi è opportuno sottolineare come evidenzino per la popolazione obesa una maggior probabilità di esperire relazioni familiari e sentimentali problematiche, di godere di un ridotto numero di rapporti amicali e di possedere un'acuita percezione del senso di solitudine, rispetto a quanto invece rilevato per la popolazione non obesa (Carr e Friedman, 2006; Lauder *et al.*, 2006).

Conclusioni analoghe sono state tratte anche da due recenti studi qualitativi australiani (Lewis *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2008), già citati nelle pagine precedenti. Essi hanno segnalato come la maggior parte degli obesi intervistati riferisca di essere quotidianamente fatto oggetto dei commenti negativi e dei trattamenti discriminatori dei familiari e degli amici. Tra i comportamenti stigmatizzanti più frequentemente riferiti si possono riportare le critiche negative sul peso, rivolte direttamente al soggetto obeso oppure ad altre persone nella medesima condizione, nonché l'esclusione dalle attività ricreative, a motivo della vergogna suscitata in familiari e amici dall'essere in compagnia di una persona in tale stato fisico (Lewis *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2008). Oltre ciò, pare interessante sottolineare come tali analisi hanno altresì evidenziato come sovente le persone obese subiscano il pregiudizio e la discriminazione per la loro condizione corporea anche nel corso delle interazioni con sconosciuti. Numerosi obesi testimoniano, infatti, di ricevere commenti sanzionatori e sguardi di disapprovazione sui mezzi di trasporto pubblico, nei luoghi di consumo e di acquisto di prodotti alimentari, durante le sedute di allenamento in palestre, piscine e in spazi pubblici e, infine, anche all'interno dei negozi di abbigliamento, da parte sia di estranei sia del personale in essi impiegato (Lewis *et al.*, 2011; Thomas *et al.*, 2008). Di là dalle due analisi qualitative appena considerate, si può segnalare come anche i risultati tratti da una survey (Puhl e Brownell, 2006) hanno riconosciuto negli addetti alle vendite una frequente fonte di stigmatizzazione per i soggetti in stato di obesità.

Infine, merita di essere costatato come anche nel caso della stigmatizzazione dell'obesità nel contesto familiare la ricerca abbia dimostrato uno spiccato interesse per l'analisi della condizione femminile. A riguardo, le conclusioni di un'indagine campionaria (Puhl e Brownell, 2006) informano che quasi tre quarti delle 2449 donne in sovrappeso e

obesità interpellate dallo studio riferiscano di essere ripetutamente esposte al dileggio e ai commenti negativi da parte di uno o più membri della famiglia, siano essi genitori, sorelle, fratelli, figli e coniuge, proprio a causa della loro specifica disposizione fisica. La stessa rilevazione notifica, inoltre, come anche gli amici rappresentino per oltre la metà delle partecipanti una frequente fonte di stigmatizzazione della loro condizione corporea.

## **7. La rappresentazione sfavorevole dei media**

Lasciando l'analisi delle relazioni interpersonali intrattenute dalle persone obese, merita di essere ricordato che, nel corso dell'ultimo quindicennio, alcuni contributi di ricerca si siano impegnati nello studio di un altro contesto di stigmatizzazione precedentemente poco investigato, vale a dire quello dei media. Recentemente sono state, infatti, condotte diverse indagini, le quali si sono concentrate specificamente sui contenuti mediatici, rilevando peraltro come essi siano tutt'altro che indifferenti al pregiudizio e alla discriminazione dei soggetti in stato di obesità (Puhl, 2011; Puhl e Heurer, 2009). Nel merito dei media vi è, però, da precisare come questi non siano, a pieno titolo, luoghi d'interazione diretta o *face-to-face*, come invece sono propriamente gli ambiti sopra esaminati. Tuttavia, nello studio degli attuali fenomeni di stigmatizzazione, ciò non legittima di certo a trascurarli. La presenza di stigmatizzazione delle persone obese all'interno dei media può, infatti, costituire altresì la *cartina al tornasole* in grado di informare circa la portata e l'accettabilità, raggiunta dal fenomeno, all'interno del più vasto sistema culturale e sociale.

Ciò premesso, stando ai risultati delle indagini sinora condotte sui media e, più in particolare, sui contenuti televisivi, cinematografici, dei mezzi d'informazione e pubblicitari, si può affermare come essi conferiscano all'obesità un significato altamente negativo e rappresentino altresì la condizione di chi la sperimenta in termini assai sfavorevoli (Puhl, 2011; Puhl e Heurer, 2009). Peraltro, dal canto loro, le stesse persone obese, attenendosi a uno studio qualitativo australiano di cui si è già accennato nelle pagine precedenti (Thomas *et al.*, 2008), riconoscono proprio nell'assenza di immagini positive associate allo stato di obesità nei media un'importante e non trascurabile fonte di stigmatizzazione.

Addentrando dunque nel merito delle conclusioni delle indagini sui media (Greenberg *et al.*, 2003; White *et al.*, 1999), si può, innanzitutto, precisare che l'analisi del contenuto mediale televisivo negli Stati Uniti,

diretto sia agli adulti sia ai bambini, abbia rivelato come i personaggi in sovrappeso e in stato di obesità appaiano poco frequentemente, ovvero siano largamente sottorappresentati in confronto al reale tasso di prevalenza delle due condizioni ponderali nella popolazione americana<sup>6</sup>. Oltre ciò, tali personaggi hanno spesso ruoli marginali, non rivestono quasi mai la parte del protagonista e il più delle volte vengono ad assumere caratteri stereotipici e negativi. Essi sono altresì molto frequentemente sottoposti allo humor altrui e ridicolizzati. In aggiunta, sono sovente ritratti nell'atto di cibarsi, per giunta con alimenti poco salubri, e solo molto raramente sono raffigurati nel prendere parte a relazioni romantiche e sociali di tipo soddisfacente. Al contrario, le stesse indagini (Greenberg *et al.*, 2003; White *et al.*, 1999) hanno poi evidenziato come, nella quasi totalità dei contenuti esaminati, le parti principali e da protagonista, così come la rappresentazione all'interno di situazioni desiderabili, siano invece prerogativa dei soggetti normopeso.

Un altro studio ha poi individuato che, all'interno delle sit-com statunitensi, più un personaggio femminile appare sovrappeso, più questo sarà di frequente sottoposto a commenti maschili negativi, peraltro sottolineati dalle risate dell'audience (Fouts e Burggraf, 2000). Analogamente, la stessa indagine ha, inoltre, appurato come, sempre nel medesimo contesto televisivo, più un personaggio maschile è sovrappeso, più assiduamente esso formulerà autocritiche sul proprio stato corporeo, anche in questo caso rimarcate dalle risate dell'audience (Fout e Vaughan, 2002). Un'altra ricerca (Himes e Thompson, 2007) ha poi rilevato che, negli show e nei film delle emittenti televisive statunitensi, le critiche negative e le battute di spirito sulla disposizione fisica di un personaggio sono dirette, quasi nella medesima misura, a soggetti maschili e femminili. Ciò nonostante, in ben tre casi su quattro, sono però gli uomini ad avanzarle.

Tendenze del tutto analoghe a quelle sinora presentate si osservano anche nei contenuti medialti diretti ai più piccoli. È stato riconosciuto da diversi studi (Klein e Shiffman, 2005; Klein e Shiffman, 2006; Herzebo *et al.*, 2004; Robinson *et al.*, 2008) che, all'interno dei media rivolti all'infanzia, vengano a essere prevalentemente diffusi messaggi positivi in associazione alla condizione fisica di magrezza e, al contrario, messaggi negativi in congiunzione alla grassezza. Cartoni animati, trasmissioni

---

<sup>6</sup> Di converso, è stato osservato come i personaggi in condizione di sottopeso, il più delle volte femminili, siano invece sovrarappresentati nei media, rispetto al reale tasso di prevalenza di quest'ultima disposizione fisica nella popolazione americana (Puhl e Heurer, 2009).

televisive e i libri per bambini, nella quasi totalità dei casi, assegnano, infatti, tratti positivi e desiderabili, quali socievolezza, gentilezza, felicità e successo, ai personaggi normopeso e attribuiscono, viceversa, tratti negativi e indesiderabili ai soggetti sovrappeso e obesi. Più specificamente, quest'ultimi sono, di fatto, ritratti il più delle volte come brutti, stupidi, antipatici, cattivi, infelici e crudeli. Inoltre, sono spesso rappresentati nell'atto di mangiare *junk food*, di pensare al cibo e di aggredire fisicamente altri individui. In aggiunta, i personaggi sovrappeso e obesi sono sovente caratterizzati anche dal fatto di essere esclusi dalle relazioni amicali e affettive<sup>7</sup> (Klein e Shiffman, 2005; Klein e Shiffman, 2006; Herzebo *et al.*, 2004; Robinson *et al.*, 2008).

In aggiunta a quanto sinora riportato sui contenuti medialti diretti all'intrattenimento di adulti e bambini, può essere poi osservato come anche i mezzi d'informazione, occupandosi del tema dell'obesità – cosa che peraltro si è verificata sempre più frequentemente nelle ultime decadi, parallelamente all'aumentare dei tassi di prevalenza del fenomeno nella popolazione –, riflettano il più delle volte un'immagine stereotipata e negativa dell'individuo obeso nonché una rappresentazione semplificata dell'eziologia alla base della sua condizione e dei rimedi disponibili a contrastarla. Numerosi studi segnalano, infatti, come i news media collochino sovente l'obesità all'interno di un discorso moralistico, enfatizzandone la dimensione della responsabilità personale sia per quanto riguarda i fattori causali sia per ciò che concerne il suo trattamento (Puhl, 2011; Puhl e Heurer, 2009). A tal proposito, l'analisi del contenuto di articoli pubblicati su quotidiani nordamericani ed europei dimostra come il più delle volte il tema dell'obesità sia stato affrontato nei termini di una colpa e di una vergogna morale e come il soggetto obeso sia stato altrettanto spesso presentato attraverso toni fortemente stereotipati e colpevolizzanti, ovvero come un individuo sostanzialmente mancante di forza di volontà, di autocontrollo, di senso della misura, di assennatezza, di dignità e di decoro. Inoltre, in riferimento alla questione della copertura degli ingenti costi per le cure delle patologie associate all'obesità, i news

---

<sup>7</sup> Nel merito si può aggiungere come alcune ricerche abbiano rilevato, nel caso dei più giovani, la presenza di un'associazione positiva tra l'esposizione ai contenuti medialti e il possesso, da un lato, di un atteggiamento negativo verso lo stato fisico di grassezza e, dall'altro, di un atteggiamento positivo nei riguardi della condizione di magrezza (Harrison, 2000; Latner *et al.*, 2007). Oltre ciò, è stato altresì riscontrato come l'esposizione ai contenuti televisivi possa essere considerata, nei giovani di sesso maschile, un valido predittore dell'attribuzione di caratteri stereotipici e negativi alle donne in stato di sovrappeso e di obesità (Harrison, 2000).

media hanno dipinto la persona obesa altresì come un soggetto irresponsabile non solo verso se stesso ma anche verso la più ampia collettività, vale a dire come un elemento sostanzialmente parassitario (Boero, 2007; Sandberg, 2007).

In conclusione, è opportuno segnalare che, all'interno del contesto mediale, anche la pubblicità di prodotti e programmi per la perdita di peso concorra a diffondere sia un'immagine negativa e penalizzante della persona obesa sia una concezione stereotipata e semplicistica di tale condizione fisica (Puhl e Heurer, 2009). A tal proposito, uno studio statunitense (Blaine ed Elroy, 2002), concentratosi sul contenuto informativo dei messaggi pubblicitari di prodotti e di metodi dimagranti, ha constatato che la maggior parte delle pubblicità esaminate raffigurassero le donne sovrappeso e obese come delle donne infelici e non attraenti. In più, la medesima indagine ha poi sottolineato come la maggioranza delle stesse pubblicità perpetuasse sia la credenza che un forte calo ponderale fosse sempre facilmente perseguibile sia l'idea che il corpo fosse sostanzialmente un ente controllabile e modellabile, in misura dell'impegno personale in esso profuso. Infine, va rilevato che tale studio abbia altresì messo in evidenza come la maggior parte delle pubblicità, sovente avvalendosi del ricorso all'espedito del confronto tra le immagini del prima e quelle del dopo, fosse solita presentare il dimagrimento nei termini di un processo di cambiamento della più generale esperienza individuale e sociale, ovvero lo proponesse come un tramite in grado di rendere il soggetto più felice e sicuro di sé nonché attraente allo sguardo degli altri.

## **8. Conclusioni**

Nonostante la crescita dei casi di obesità registrata nelle ultime decadi, nel contesto sociale contemporaneo, i soggetti interessati da tale disposizione fisica sono giudicati assai sfavorevolmente. Lo stato di obesità costituisce, invero, un deficit tanto sul piano della salute dell'organismo quanto sul piano dell'estetica del corpo e su quello della morale della persona. Come si è avuto modo di illustrare, la ricerca ha fornito numerose evidenze di come tale condizione venga a essere associata, nell'attuale immaginario sociale, a caratteristiche estremamente negative e svalutanti. Nei fatti, il pregiudizio che imputa alla persona obesa di essere tendenzialmente pigra, crapulona, dotata di scarso autocontrollo, irresponsabile, emotiva, stupida, brutta, poco collaborativa, socialmente emarginata e sciatta, risulta essere estremamente radicato e diffuso

all'interno del tessuto sociale. Più in particolare, le indagini sopra citate, hanno poi dimostrato come stereotipi e pregiudizi sui soggetti in condizione di obesità non siano solo rilevabili piuttosto precocemente tra i bambini ma siano altresì circolanti tra gli insegnanti nonché nel personale medico e sanitario. Peraltro, anche la preponderante presenza nei media di messaggi negativi in associazione allo stato di obesità costituisce una testimonianza della pervasività di tale tipo di rappresentazione collettiva.

Tuttavia, gli esiti più infausti dell'attribuzione, in via pregiudiziale, di tratti di personalità estremamente svalutanti sono la legittimazione e la reiterazione, all'interno dei più disparati ambiti della vita sociale, delle diverse forme di discriminazione e di disparità cui le persone obese sono sovente sottoposte. Vi sono, infatti, robusti riscontri empirici che dimostrano come proprio il pregiudizio si trasponga di frequente in un trattamento discriminatorio, perpetrato a danno del soggetto obeso e implicante delle profonde conseguenze negative sulla sua traiettoria di vita e sul suo benessere fisico, psicologico, sociale ed economico. Come è stato precedentemente esposto, le persone obese, proprio a causa del loro stato fisico, manifestano, invero, una minore probabilità di acquisire un titolo di studio superiore, di ottenere un'assunzione, di conseguire una promozione nonché maggiori possibilità di disporre di un reddito basso e di essere oggetto di licenziamento. Oltre ciò, gli stessi individui mostrano poi elevate probabilità di esperire delle relazioni familiari problematiche, di usufruire di un ridotto numero di rapporti amicali e sentimentali, di avvertire un acuto senso di solitudine ma anche di incorrere in una relazione medico-paziente insoddisfacente, di essere sottoposti a minori accertamenti diagnostici e, infine, di essere altresì vittime di comportamenti e atteggiamenti offensivi e denigratori da parte degli altri.

# La fat identity

## 1. L'interazione sociale e l'identità del sé

Di là dalle evidenze empiriche sinora discusse, nelle scienze sociali è ancora in massima parte al contributo di Erving Goffman che ci si deve rivolgere allo scopo di rintracciare, per il fenomeno della stigmatizzazione dell'obesità, un modello concettuale che permetta un affondo analitico a un livello intersoggettivo nonché un'elaborazione teorica delle premesse e delle conseguenti implicazioni a livello del singolo individuo. Procedendo con ordine, è possibile ricordare come in *Stigma* (1963), il celebre sociologo canadese descriva la stigmatizzazione nei termini di un processo che comporta il discredito, la svalutazione e l'esclusione sociale di un soggetto in ragione del possesso di un carattere specifico. Lo stigma è, invero, per Goffman “an attribute that is deeply discrediting” (1963: 3), ovvero una qualità atta a rendere il suo possessore non già differente agli occhi della più vasta società cui appartiene, bensì “quite thoroughly bad, or dangerous, or weak”<sup>1</sup> (1963: 3). In altre parole, egli ci informa come lo

---

<sup>1</sup> Più in particolare, Goffman (1963) menziona tre differenti tipi di stigma. Egli cita, in primo luogo, le difformità fisiche o le “abominations of the body” (1963: 4), le cui apparenze violano le norme di accettabilità corporea culturalmente condivise. A questi annette poi le anomalie comportamentali, definite anche “blemishes of individual character” (1963: 4), come le malattie mentali, le dipendenze e l'omosessualità, che contravvengono le regole di condotta e i principi morali stabiliti in seno a una società. Infine, distingue talune variabili demografiche o “tribal stigma” (1963: 4), quali l'etnia, la nazione, la religione e la classe sociale, le quali si tramandano da generazione in generazione, caratterizzando, loro malgrado, tutti i membri appartenenti a una discendenza (1963: 4). Ai fini del presente contributo appare interessante notare che sebbene l'obesità possa essere considerata essenzialmente uno stigma del primo tipo, vale a dire una difformità fisica, essa non esclude la possibilità di essere pensata altresì come il risultato di un'anomalia comportamentale, quale l'indulgere eccessivo nei confronti del cibo e della pigrizia, nonché come un tratto genetico potenzialmente ereditabile dalle generazioni precedenti.

stigma, comunicando la presenza di un'anomala e indesiderabile qualità umana, operi essenzialmente come un marcatore simbolico tra i membri di un preciso contesto sociale: "sometimes it is also called a failing, a shortcoming, a handicap. It constitutes a special discrepancy between virtual and actual social identity" (1963: 3). Proprio in virtù del senso altamente negativo accordatogli, esso è dunque in grado di etichettare e ridurre il detentore "from a whole and usual person to a tainted, discounted one [...] By definition, of course, we believe the person with a stigma is not quite human" (1963: 3-5).

Di là da tali premesse, per la corretta comprensione dell'analisi di Goffman appare altresì prioritario riconoscere la natura eminentemente interazionale e sociale assunta dal processo di stigmatizzazione. È, infatti, attraverso e durante le interazioni sociali che si realizza la *deminutio capitis* del soggetto screditato. Quest'ultimo viene, infatti, a essere considerato corrotto, anormale e deviante, più precisamente, in seno al suo universo sociale di riferimento. Non vi è nulla di primigenio e di a-aprioristico nel carattere che rende la persona stigmatizzata. Piuttosto, è la comunità a stabile che un suo specifico tratto divenga motivo di discriminazione e di esclusione. La natura di tale individuo, così come è concepita da esso e dal resto della società, è il prodotto della sua affiliazione di gruppo. La sua diversità, prima che possa costituirsi come un fardello, deve essere concettualizzata collettivamente e quindi posta entro le logiche dell'interazione dei suoi membri. Come rammenta lo stesso Goffman,

"stigma involves not so much a set of concrete individuals who can be separated into two piles, the stigmatized and the normal, as a pervasive two-role social process [...] The normal and the stigmatized are not persons but rather perspectives. These are generated in social situations during mixed contacts by virtue of the unrealized norms that are likely to play upon the encounter [...] And since interaction roles are involved, not concrete individuals" (1963: 143-144).

In aggiunta a ciò, l'analisi di Goffman ha inoltre il pregio di discernere le modalità attraverso cui la stigmatizzazione produce degli effetti sull'identità del soggetto stigmatizzato<sup>2</sup>. Goffman, infatti, asserisce come,

---

<sup>2</sup> Più in particolare, Goffman (1963) distingue tre diversi livelli analitici nel concetto di identità. Vi è, infatti, un'identità sociale (*social identity*), la quale si riferisce al possesso di un soggetto di determinati attributi normativi, definiti in seno a un gruppo sociale e utilizzati all'interno di esso per stabilire anticipatamente la categoria di appartenenza di un individuo. Vi è poi l'identità personale (*personal identity*), che invece allude alla combinazione unica e irripetibile, sempre all'interno di un gruppo sociale, dei segni di riconoscimento di un soggetto e degli specifici elementi biografici di quest'ultimo. Essa dunque, in ragione della

nelle menti altrui, la restrizione della considerazione, accordato a un individuo a causa del suo stigma, sovente si concluda con la completa riduzione dello stesso alla sola caratteristica screditante. Si potrebbe qui evocare il concetto di *master status* di Howard Becker (1963) per meglio spiegare il processo che conduce alla totale aderenza di una persona al suo carattere stigmatizzato. Come illustrato da quest'ultimo, nel momento in cui questo si verifica, tutte le caratteristiche personali e sociali di un soggetto vengono, infatti, a essere poste in secondo piano rispetto al suo stigma; agli occhi della società, lo stigma assume dunque in via esclusiva al ruolo di descrittore unico e assoluto della persona. Ripetendo le parole dello stesso Becker,

“[s]ome statuses in our society, as in others, override all over statuses and have a certain priority [...] the status deviant (depending of the kind of deviance) is this kind of master status [...] one will be identified as a deviant first, before other identifications are made” (1963: 33).

Nella visione altrui, lo stigma prende così il sopravvento sull'individuo, distinguendolo e rendendolo, in ultima analisi, uno *stigma personificato*.

È altresì importante precisare che Goffman (1963) aggiunga poi nel merito come il processo di stigmatizzazione trovi però il suo massimo compimento solo quando lo stesso soggetto stigmatizzato, ridotto nella sua essenza sociale al suo stigma, inizia a considerare normali e leciti, e quindi ad accettare e a giustificare, i pregiudizi e i trattamenti discriminatori subiti. A riguardo si legga quanto puntualizzato dallo stesso autore:

“[t]he central feature of the stigmatized individual's situation in life can now be stated. It is a question of what is often, it vaguely, called “acceptance”. Those who have dealings with him fail to accord him the respect and regard which the uncontaminated aspects of his social identity have led them to anticipate extending, and have led him to anticipate receiving; he echoes this denial by finding that some of his own attributes warrant it.” (Goffman, 1963: 7-8).

---

unicità ed esclusività dei fatti sociali e biografici di un individuo, è ciò che, di fatto, differenzia una persona da tutte le altre. Goffman distingue, infine, l'identità dell'ego o del sé (*ego or self identity*), la quale, diversamente dalle precedenti, attiene specificamente al senso soggettivo avvertito da un individuo in merito alla propria situazione, alla propria continuità nel tempo e al proprio carattere. Tuttavia quest'ultima identità, benché faccia riferimento al sentito del soggetto, è anch'essa il prodotto delle interazioni sociali dell'individuo (Goffman, 1963).

Il pensiero di Goffman sottolinea pertanto come lo stigmatizzato si trovi, di fatto, in una situazione di paradossale accordo con il suo detrattore nel considerare come meritati il discredito, la svalutazione e l'esclusione sociale patiti. L'autore tiene quindi a chiarire come il processo di stigmatizzazione comporti invero l'ingresso, il più delle volte inconsapevole, dell'individuo all'interno di un circolo vizioso i cui esiti ineludibili non sono solo la sua delegittimazione e la sua marginalizzazione in seno alla società bensì anche l'alterazione del suo più intimo e personale concetto di sé.

Il sé per Goffman rappresenta, infatti, un prodotto dell'azione collettiva. Il sé è primariamente un costrutto sociale la cui origine e il cui sviluppo si compiono nei processi d'interazione. Va però indicato, più precisamente, che, nelle parole dello stesso autore, il termine *identità del sé* faccia riferimento a quello che

“others have called «ego» or «felt» identity, namely, subjective sense of his own situation and his own continuity and character that an individual comes to obtain as a result of his various social experiences” (Goffman, 1963: 123).

Goffman non nega dunque che l'identità dell'individuo sia una questione soggettiva e riflessiva, ovvero sentita dalla persona la cui identità è in gioco. Tuttavia, egli riconosce altresì come l'immagine del sé venga a costituirsi in un soggetto attraverso le sue diverse esperienze sociali, vale a dire sulla base dei contenuti prodotti dall'interazione e dall'identificazione dell'individuo con gli altri. Concordemente con la prospettiva teorica dell'interazionismo simbolico e, più precisamente, con la riflessione di George Herbert Mead (1934), il sé appare il frutto della sintesi interna al soggetto, tra l'*io*, l'istanza creatasi nell'individuo in risposta alla presenza degli altri, e il *me*, la rappresentazione elaborata dallo stesso sul calco del riconoscimento altrui. È dunque evidente che un habitat sociale svalutante il soggetto imporrà una certa influenza proprio sull'identità avvertita da quest'ultimo, la quale sarà portata a conformarsi, in modo più o meno stringente, con quanto espresso nel merito dalla più vasta realtà collettiva. Il singolo individuo tenderà pertanto a riconoscere come sé, ciò che percepirà essere l'identità attribuitagli dal suo contesto sociale. Di conseguenza, il processo di formazione del sé sarà prevalentemente di tipo reattivo o, per meglio dire, si realizzerà entro i vincoli e sulla base delle sollecitazioni impartiti in una situazione sociale. Non a caso lo stesso Goffman precisa come, dal punto vista della società, la natura di un *buon adattamento* sia commisurata alla conferma, da parte dello stigmatizzato, di ciò che gli altri

si attendono nel suo specifico riguardo. In sostanziale accordo con tale esplicitazione del pensiero di Goffman, si mostra anche la lettura che ne fa Alessandro Salvini (1983). Egli ha, infatti, modo di affermare che

“[i]l sé per Goffman è un’attribuzione dell’identità sociale a cui l’individuo viene consensualmente relegato da altri individui, all’interno di un determinato *frame* che regola le forme d’interazione. Successivamente questo sé viene proiettato dall’individuo nell’interazione secondo una linea comportamentale coerente atta a confermare la definizione del contesto. Questa capacità riflessiva del sé consente di dirigere il comportamento in rapporto alle aspettative presenti nell’interazione. Così una persona ricava dai rapporti sociali con gli altri un concetto di sé che in seguito fa proprio” (Salvini, 1983: 180-181).

Non stupisce pertanto constatare come – ripetendo alla lettera il sottotitolo del contributo qui commentato – l’identità di un individuo stigmatizzato possa essere, in ultima analisi, nulla di più di una “*spoiled identity*” (1963). I processi di stigmatizzazione corrompono l’identità del soggetto nel profondo e comportano l’autosvalutazione del suo stesso sé; essi limitano, di fatto, il potenziale di espressione del singolo individuo, modellando le sue caratteristiche personali sul calco distorto dello sguardo altrui. Il sé di un soggetto stigmatizzato, sarà di necessità un sé accettato, una voce del gruppo che parla per e attraverso di lui. In tale condizione, come sostenuto dall’autore, sarà dunque lecito riferirsi allo stigma “as a basis for *self-conception*”<sup>3</sup> (Goffman, 1963: 27).

In aggiunta a ciò, venendo quindi nello specifico del caso rappresentato dall’obesità, deve essere innanzitutto segnalato come, sebbene Goffman (1963) conferisca proprio a quelle situazioni caratterizzate dalla più piena visibilità ed evidenza dell’attributo stigmatizzante un’attenzione del tutto

---

<sup>3</sup> Tale conclusione di Goffman dimostra di possedere delle analogie sostanziali con la tesi avanzata da Charles H. Cooley (1902). Anche per Cooley, infatti, l’immagine del sé di un individuo si costituirebbe primariamente sulla base di come tale soggetto pensa di essere percepito e valutato dagli altri, vale a dire in sostanziale accordo con le informazioni provenienti dal suo contesto sociale. Riprendendo le parole dell’autore: “[a] self-idea of this sort seems to have three principal elements: the imagination of our appearance to the other person; the imagination of his judgment of that appearance, and some sort of self-feeling, such as pride or mortification” (Cooley, 1902: 152). Il sé di un individuo tenderebbe così a riflettere come uno specchio – da cui la denominazione di *looking-glass self* per il modello di Cooley (1902) – l’idea e il giudizio altrui. Tuttavia, nel caso specifico dei soggetti interessati da varie forme di pregiudizio e di discriminazione, lo stesso Cooley (1902) prevedeva esplicitamente la possibilità d’incorporazione di un concetto di sé altamente negativo, proprio in conseguenza dell’esposizione a una considerazione collettiva preventivamente e prevalentemente condizionata in tal senso.

particolare – in quanto proprio la costante e l’insopprimibile percettibilità dello stigma, nei fatti, amplifica la portata delle sue conseguenze –, egli si limita poi, di fatto, a fare, nel merito di tale condizione corporea, solo alcune fugaci menzioni all’interno della sua disamina. È, infatti, possibile asserire come il sociologo canadese se da un lato riferisca in modo approfondito di disabilità e di difformità fisiche, di cecità, di sordità, di mutismo, di epilessia, di altri disturbi mentali nonché di dipendenze patologiche così come della condizione di omosessuali, di ex-carcerati, di esponenti di particolari etnie e nazionalità, dall’altro si riservi solo dei cenni episodici e piuttosto frettolosi all’obesità. Più precisamente, Goffman (1963) cita una prima volta gli obesi in riferimento ai rapporti che talora possono sussistere tra i membri di una particolare categoria di stigmatizzati, nominandoli come esempio di soggetti che possono costituire, su di un piano interindividuale, un gruppo con funzioni di mutuo supporto<sup>4</sup>. Oltre ciò, egli fa poi cenno a un generico “*fraternity fat boy*”<sup>5</sup> per illustrare il caso di un *deviante del gruppo interno*, ovvero di un soggetto la cui inclusione nel gruppo è, invero, ambivalente, non di pieno diritto e subordinata all’adempimento di una speciale funzione aggregante, perseguita attraverso l’esercizio di funzioni buffonesche e di mascotte. Tuttavia, a dispetto della loro trascuratezza nelle pagine di *Stigma* (1963), nella società nordamericana degli anni sessanta dello scorso secolo era fuori di dubbio che le persone obese subissero delle severe forme di pregiudizio e discriminazioni, proprio a causa della censura estetica e morale richiamata da una tale dotazione corporea. Ciò è, infatti, ben testimoniato dai risultati emersi dal primo studio sociologico condotto proprio sulla stigmatizzazione dell’obesità da Werner J. Cahnman (1968) e di cui si renderà puntualmente conto nel seguito.

Prima di passare a tale indagine, è però opportuno discutere brevemente circa i successivi sviluppi teorici, originatesi dal modello concettuale di analisi della stigmatizzazione articolato da Goffman (1963) e sostanzialmente fatti propri anche dai contributi empirici posteriori a esso, come è il caso del sopra citato studio di Cahnman (1968). Il modello di Goffman (1963) fu, infatti, originariamente impiegato per sottolineare gli effetti del processo di internalizzazione dello stigma, ovvero la tendenza a

---

<sup>4</sup> Più precisamente, si fa qui riferimento al seguente estratto: “[t]hen there are the huddle-together self-help clubs formed by the divorced, the aged, the obese, the physically handicapped, the ileostomied and colostomied” (1963: 21).

<sup>5</sup> Più precisamente, si fa qui riferimento al seguente estratto: “[t]he village idiot, the small-town drunk and the platoon clown are traditional examples; the fraternity fat boy is another” (1963: 161).

incorporare nel proprio concetto di sé i feedback sociali negativi, siano essi rappresentazioni stereotipate e atteggiamenti pregiudizievoli e discriminatori, esperiti durante le interazioni sociali. Ciò nonostante, negli ultimi decenni, i contributi di studio in materia di stigmatizzazione, sebbene ispirati al modello proposto da Goffman (1963), si sono sempre più concentrati sulla disamina del processo di esternalizzazione dello stigma, ovvero su quelle potenziali forme di azione, messe in atto dallo stigmatizzato, al fine di gestire, evitare e respingere i feedback sociali negativi e arrecanti danno all'immagine del sé (Cast *et al.*, 1999; Yeung e Martin, 2003). Inoltre, merita di essere chiarito come, diversamente dalla concettualizzazione della stigmatizzazione originariamente concepita da Goffman (1963), la quale, nei fatti, enfatizzava eminentemente il punto di vista individuale nell'ambito delle interazioni *face-to-face*, i contributi più recenti abbiano altresì esteso la prospettiva analitica al più vasto contesto sociale, concentrandosi, in modo specifico, sulle variazioni del fenomeno della stigmatizzazione a seconda dei differenti ambiti di vita e delle diverse norme culturali (Crocker *et al.*, 1998). Infine, è stata poi avvertita la necessità di evidenziare negli ultimi studi sulla stigmatizzazione anche la rilevanza assunta dalla dimensione della disparità di potere tra l'individuo stigmatizzato e quello stigmatizzante. In questa prospettiva, a differenza di quanto inizialmente previsto nel modello di Goffman (1963), lo stigma viene a essere posto in relazione alla differenza, alla mancanza e alla perdita di status e, più in particolare, di potere economico, politico e sociale degli attori coinvolti (Link e Phelan, 2001).

## **2. L'internalizzazione dello stigma**

Come precedentemente anticipato, la prima indagine di chiara ispirazione goffmaniana dedicata alla stigmatizzazione dell'obesità fu condotta negli Stati Uniti nella seconda metà degli anni sessanta dello scorso secolo da Werner J. Cahnman (1968). Il fine di tale studio era quello di approfondire la conoscenza delle diverse forme di pregiudizio e di discriminazione cui erano sottoposte le persone obese e, più in particolare, di comprendere altresì le conseguenze sul piano dei singoli vissuti soggettivi. Mossa da un tale intento, la ricerca del sociologo d'origine tedesca (1968) si avvale così delle informazioni tratte da un'osservazione partecipante, durata diversi anni e condotta all'interno di una delle numerose *Obesity Clinics* con sede nella città di New York, nonché della raccolta di una trentina di interviste informali e non strutturate, rilasciate da

giovani ragazzi, di cui venticinque di sesso femminile e sei di sesso maschile, in cura presso la stessa struttura nosocomiale. In aggiunta, l'indagine di Cahnman (1968) si avvale ulteriormente del contributo estratto da sei resoconti autobiografici, redatti dagli studenti della *Rutgers University* e della *Roosevelt University*, di cui cinque di questi appartenenti a giovani donne e il restante a un giovane uomo.

Dai risultati dell'analisi emerse prevedibilmente come lo stato di obesità fosse vissuto con particolare disagio dai soggetti interpellati, in ragione delle veementi forme di disapprovazione altrui e del netto rifiuto sociale che tale disposizione corporea richiamava. Gli individui esaminati da Cahnman riferivano, infatti, della loro obesità nei termini di una vera e proprio *disgrazia sociale*. Tuttavia l'aspetto più interessante emerso dall'indagine fu quello di riconoscere come la drammaticità dell'esperienza esistenziale vissuta dalle persone obese fosse da porre in relazione diretta non solo con lo stigma derivante da una visibile e materiale difformità corporea bensì anche quello originatosi dall'attribuzione di una supposta turpitudine morale. Ad affliggere in modo particolare gli obesi interpellati vi erano quindi sia le preoccupazioni per delle forme corporee oltre i confini estetici comunemente accettati sia le angosce per il presunto vizio morale e comportamentale associato alla sperimentata condizione di eccesso ponderale. L'individuo obeso era, di fatto, presagito come un soggetto ingordo, indolente e mancante di autocontrollo, forza di volontà e *amour de soi* e dunque in massima parte responsabile per il suo stato fisico (Cahnman, 1968).

A motivo di ciò, l'analisi di Cahnman (1968) si concentrò in modo particolare proprio sulla disamina delle implicazioni derivanti dalla rappresentazione dell'obesità come l'ineluttabile conseguenza sul piano fisico di un vizio nella morale e nel comportamento. Tale concettualizzazione dell'obesità rimetteva all'individuo la sua evitabilità e la sua correzione. Vista da tale prospettiva, l'obesità era, infatti, una disposizione corporea a cui poter porre rimedio per mezzo di una revisione della condotta di vita del soggetto. A differenza di altre persone colpite da diversi tipi di difformità fisiche, come la cecità, la paralisi e la pigmentazione scura della pelle, gli obesi, spiegava Cahnman (1968), portavano invero sulle loro spalle la responsabilità di un tale destino. La loro anomalia corporea non era concepita dal resto della società come fortuita bensì come volontaria. Conseguentemente, gli individui obesi erano indotti a sperimentare oltre a un senso d'inadeguatezza fisica anche un forte senso di colpa per il loro stato. L'obesità era molto più prossima a un vizio più che a una sventura. Stando al pensiero comune, ovvero a ciò che

Cahnman (1968) definì, più specificamente, come *moralistic diagnosis*, se solo gli obesi fossero stati meno ghiotti, pigri e cedevoli agli impulsi – e quindi più ossequiosi ai consigli dietetici che prescrivevano il restringimento del loro introito calorico e l’aumento del loro dispendio energetico – essi avrebbero potuto evitare o correggere con facilità una simile condizione<sup>6</sup>. La responsabilità e la colpa, conferite in via pregiudiziale ai soggetti obesi per la loro disposizione fisica, costituivano quindi un aspetto fondamentale dell’avversione comunemente riservata loro. Peraltro, attenendosi sempre a Cahnman (1968), le stesse persone obese solo raramente sembrano contestare l’assunto secondo cui l’obesità fosse la diretta conseguenza di una loro debolezza. A dimostrazione di come i giovani obesi intervistati avessero fatto propria e dunque interiorizzato nel profondo una tale rappresentazione della loro condizione e di come ciò costituisse un’aggravante di non poco conto nella peculiare percezione del loro stigma, si riportano le parole dello stesso autore:

“[a] blind girl will be helped by her agemates but a heavy girl will be derided. A paraplegic boy will be supported by other boys, but a fat boy will be pushed around. The embarrassing and not infrequently harassing treatment which is meted

---

<sup>6</sup> Nel merito della responsabilità per il proprio stigma, Graham Scambler (2006) ha recentemente avanzato la proposta di distinguere le condizioni stigmatizzate sulla base del possesso di presunte irregolarità che vanno oltre l’umana capacità di essere corrette oppure che, al contrario, possono essere soggette a forme di controllo da parte del singolo soggetto. Per il secondo tipo di stigma – che il più delle volte ha origine dalla deroga a norme di condotta la cui legittimità è sancita socialmente –, l’autore propone l’adozione del termine più specifico di *devianza* nonché la definizione di *devianti* per gli individui che ne fanno esperienza – in opposizione ai più generali *stigma* e *stigmatizzati* da usare invece nel primo caso. Secondo Scambler (2006), così facendo si renderebbe conto di un aspetto tutt’altro che trascurabile di alcuni dei fenomeni di stigmatizzazione, ovvero la responsabilità per lo stigma attribuita al singolo dal resto della società. Stando sempre a Scambler (2006), l’obesità rientrerebbe a pieno titolo tra le *devianze*, in quanto la cultura popolare, i mass-media e la politica rappresentano tale condizione fisica nei termini espliciti di una questione morale e attinente alla responsabilità personale di ogni soggetto. Dello stesso avviso è anche Christian S. Crandall (1991; 1994), il quale sostiene analogamente come proprio la responsabilità imputata dalla società alla persona obesa per tale stato conferisca all’identità sociale di quest’ultima quel surplus di svalutazione che giustifica l’etichetta di *deviante*. Peraltro Crandall (2000) ha avanzato l’ipotesi che proprio le caratteristiche stigmatizzanti percepite come controllabili, ovvero avvertite come potenzialmente soggette alla volontà e alla responsabilità del singolo individuo, rendano lo stigmatizzato maggiormente vulnerabile alla condanna sociale. In altri termini, l’attribuzione di un supposto grado di controllo del soggetto sul proprio stigma rappresenterebbe un elemento di ulteriore aggravio per la sua condizione di stigmatizzato. Nel caso dell’obesità, l’accertamento della responsabilità della persona per tale condizione fisica ha dimostrato, in sede sperimentale, aumentare i feedback sociali negativi (DeJong, 1980).

out to obese teen-agers by those around them will not elicit sympathy from onlookers, but a sense of gratification; the idea is that they have got what was coming to them. The obese teenager is thus doubly and trebly disadvantaged: (1) because he is discriminated against, (2) because he is made to understand that he deserves it, and (3) because he comes to accept his treatment as just. As a result, he is unable to escape his condition and settles down to live with it. He becomes timidly withdrawn, or eager to please, or tolerant of abuse. He may escape into intellectual pursuits, assume the role of funny character, resort to empty boasting, or submit to spells of despondency. Whatever avenue of escape he chooses, he interprets himself in the way that is indicated to him. He accepts dominant values. He responds to expectation” (Cahnman, 1968: 294-295).

Come dimostra tale passaggio, l'autore appare in sostanziale accordo con Goffman (1963) nel considerare con estrema rilevanza, per il processo di formazione del sé, l'esperienza di stigmatizzazione vissuta dal singolo individuo all'interno dei processi d'interazione sociale. Nel merito, Cahnman (1968) ricalca, infatti, piuttosto fedelmente la *lectio* goffmaniana riportata nelle pagine precedenti. Il soggetto obeso tenderà, infatti, a pensarsi come meritevole e ad accettare il trattamento discriminatorio, interiorizzando quindi la svalutazione sociale e modellando di conseguenza il proprio sé in accordo con le aspettative proprie del suo contesto di vita. Più in particolare, l'autore sottolinea come i giovani obesi interpellati nel corso della sua indagine riferiscano di frequente circa la percezione di un'istillato senso d'inadeguatezza e come proprio tale vissuto comporti precisi effetti sulla loro identità. Nelle sue stesse parole:

“personality is molded by the overwhelming impression of inadequacy which the obese teenager receives wherever he turns. This being the case, actual inadequacy is the result” (Cahnman, 1968: 298).

Il circolo vizioso che si determina nell'ambito delle relazioni sociali e che, nei fatti, imprigiona il soggetto obeso, costituirebbe dunque un quanto mai vivido esempio di profezia che si auto-avvera (*self-fulfilling prophecy*)<sup>7</sup> (Merton, 1948). Stando a Cahnman (1968), le diverse forme di pregiudizio e di discriminazione cui è sovente fatto oggetto l'individuo in condizione di obesità condurrebbero quest'ultimo a conformarsi alle comuni aspettative,

---

<sup>7</sup> Si ricorda come la profezia che si auto-avvera (*self-fulfilling prophecy*) faccia riferimento a un processo di condizionamento sociale per cui, come precisato da Robert K. Merton (1968: 477) nella prima metà del secolo scorso, “a false definition of the situation evoking a new behavior which makes the originally false conception come true”.

con il risultato paradossale di comprovare la fondatezza degli atteggiamenti e dei comportamenti stigmatizzanti.

Di là dalle inevitabili sovrapposizioni rilevate con Goffman (1963), l'analisi di Cahnman (1968) ha poi il pregio di far risaltare alcune peculiarità e di porre alcune precisazioni in merito al caso specifico della stigmatizzazione delle persone obese. A riguardo l'autore chiarisce come l'obesità sia uno stigma che, per il singolo soggetto, presenta maggiori inconvenienti in riferimento alla costruzione del concetto di sé nonché all'acquisizione e al mantenimento di un adeguato livello di autostima. In confronto ad altre forme di stigma, come per esempio quello etnico, la stigmatizzazione dell'obesità lascia, infatti, chi ne è interessato sprovvisto del supporto derivante dalla socializzazione con altri individui stigmatizzati. Gli obesi, non costituiscono invero alcuna comunità, come invece accade per le minoranze etniche. Tale aspetto priva dunque l'obeso della possibilità di fare, anche solo episodicamente, l'esperienza di un sé affrancato dallo stigma e di mettere alla prova, indipendentemente dal pregiudizio, le proprie risorse personali – contrariamente a quello che può accadere invece a un membro appartenente a una comunità stigmatizzata, il quale può riuscirci entro i confini di quest'ultima. In conseguenza di tale peculiarità, l'obeso, attenendosi alla disamina dell'autore (Cahnman, 1968), appare maggiormente ostacolato nello sviluppo di un sé autentico e nel mantenimento di un adeguato livello di autostima, rispetto ad altre categorie stigmatizzate.

Oltre ciò, l'analisi di Cahnman (1968) mostra anche il singolare merito di andare oltre lo studio degli effetti prodotti dalla stigmatizzazione dell'obesità sul sé del singolo soggetto, spingendosi, nei fatti, a prendere in considerazione anche le conseguenze esercitate dal fenomeno sul più generale piano eziologico e terapeutico di tale condizione fisica. A proposito Cahnman (1968) parla di *sociogenetic factors* per individuare quei fattori interpersonali e sociali che, largamente influenzati dalla stigmatizzazione degli individui obesi, hanno un impatto decisivo sull'origine dell'obesità e sulla sua conservazione. In merito all'eziologia del sovrappeso e dell'obesità, è innanzitutto opportuno precisare come Cahnman (1968) attribuisca un ruolo di primo piano ai fattori genetici, i quali sarebbero responsabili di una più o meno spiccata predisposizione all'accumulo di adipe e all'aumento di peso di un soggetto – ovvero, volendo usare l'esatta terminologia dell'autore, dell'espressione genica di un *endomorphie phenotype*. Tuttavia, egli reputa altresì imprescindibile la presa in considerazione dei pervasivi effetti della stigmatizzazione dell'eccesso ponderale sul processo di socializzazione di quegli individui

aventi e manifestanti una predisposizione ereditaria all'accumulo di adipe e di peso. Gli esiti negativi della socializzazione di tali soggetti sarebbero, infatti, in grado di influire in modo diretto sul comportamento alimentare e sull'attività fisica di quest'ultimi, compromettendone ulteriormente la loro condizione fisica. In particolare, Cahnman (1968) fa esplicito riferimento all'esperienza di rifiuto, di esclusione e di marginalizzazione dall'ambiente sociale – vale a dire allo scarso livello sia di coinvolgimento nelle abituali attività sociali sia di integrazione nella realtà collettiva – frequentemente rilevata tra i giovani obesi interpellati nel corso della sua indagine<sup>8</sup>. Attenendosi quindi alle conclusioni dello stesso autore (1968), al netto del peso a cui tende naturalmente una persona, l'eccesso ponderale sarebbe da intendersi altresì come la diretta conseguenza di una socializzazione problematica. A esercitare un impatto sulla genesi e sull'aggravamento dell'obesità vi sarebbero pertanto anche un'interazione nel gruppo dei pari perlopiù insoddisfacente e una conseguente autosegregazione dalla realtà sociale, vale a dire due condizioni esistenziali estremamente favorevoli sia la manifestazione di condotte alimentari compensative e compulsive sia la riduzione del livello di attività fisica quotidiana.

“[O]besity may develop in response to socializing influences which rub the child and the adolescent the wrong way. Excessive blame, solicitous admonition, coddling protection, insensitive neglect, rude offense – any and all of these, or a combination of them, may result in withdrawal from normal activity and in compensatory behavior, such as increased, and even compulsive food intake. If, as recent research seems to indicate, abnormal physical inactivity, or merely perfunctory activity, is a more frequent occurrence among obese children than abnormally large food intake, the importance of the socializing process would be further underlined because physical inactivity is a withdrawal symptom, that is, an effect as well as a cause” (Cahnman, 1968: 296).

---

<sup>8</sup> Cahnman (1968) sottolinea in proposito come, nel caso dei giovani obesi, l'isolamento sociale sia percepito dal gruppo dei pari come un ulteriore segno di difformità e di devianza. In conseguenza di ciò, la segregazione è in grado di innescare, di per sé, un ulteriore circolo vizioso, capace di minare *ex novo* la già precaria socializzazione di un individuo in condizione di obesità o, detto in altri termini, determinare una recrudescenza delle forme di discriminazione e un aumento delle aspettative di feedback sociali negativi (Cahnman, 1968).

### 3. Le strategie di coping

Come sinora mostrato, la stigmatizzazione delle persone obese è un fenomeno ampiamente diffuso e saldamente radicato all'interno della realtà sociale. Non stupisce pertanto rilevare, in tali individui, un elevato grado di internalizzazione dello stigma. Essi paiono aver introiettato nel profondo del sé i feedback negativi – motivati tanto dalla loro atipica apparenza corporea quanto dalla loro supposta debolezza morale –, esperiti nel corso delle interazioni con gli altri. Nel constatare ciò, non si può però ignorare che a complicare ulteriormente l'esperienza della stigmatizzazione vissuta dai soggetti obesi vi sia, come segnalato in precedenza, anche il fatto che tale situazione sia altamente visibile e distinguibile. Come osservato da Goffman (1963), data l'insopprimibile e la costante percepibilità allo sguardo altrui del suo stigma, nessuna ingegnosa strategia di *camouflage* o di *information management* può essere adottata dalla persona obesa nel tentativo di salvaguardare, in un qualche modo, dalla nefasta influenza di quest'ultimo i suoi rapporti con gli altri. Nei fatti, una condizione stigmatizzata del tutto evidente e non occultabile, come è il caso dell'obesità, espone ininterrottamente ai suoi effetti pervasivi l'individuo interessato. Al soggetto obeso sembrerebbe quindi non rimanere altra alternativa che spiare e fare proprie, senza alcuna possibilità di sconto, tutte le conseguenze negative derivanti dal suo stigma.

In realtà, all'individuo obeso, così come a qualunque altra persona stigmatizzata, è anche data la possibilità di impegnarsi in un processo di esternalizzazione del suo stigma. Egli può, infatti, ricorrere all'impiego di un repertorio di metodi e di tecniche atto a gestire e ridurre lo stress emotivo originatosi dalla continua sperimentazione di feedback sociali negativi e dalla più generale interiorizzazione di un'immagine del sé compromessa e svalutata. Le scienze sociali, e in particolare psicologiche, si servono più esattamente del termine *coping* per indicare l'uso consapevole di tali strategie di adattamento a una condizione personale, interazionale e sociale, costituente una fonte di disagio e di conflitto<sup>9</sup> (Lazarus e Folkman, 1984). Più precisamente, un soggetto posto dinanzi a tali situazioni può, di fatto, o tentare di regolare la sua risposta affettiva (*emotion-focused coping*), così da ridurre la percezione di emozioni

---

<sup>9</sup> Tra le molte definizioni, quella oggi maggiormente accettata e impiegata (Latack e Havlovic, 1992) è stata fornita da Richard S. Lazarus (1991). Egli qualifica il coping come quegli sforzi cognitivi e comportamentali, messi in atto dall'individuo, per gestire specifiche richieste interne o esterne nonché conflitti tra di esse, le quali sono valutate, dallo stesso, come troppo onerose oppure eccedenti le sue risorse disponibili (Lazarus, 1991).

negative, oppure può cercare di intervenire sulle stesse circostanze stressanti (*problem-focused coping*), al fine di riconfigurarne forme e contenuti (Lazarus e Folkman, 1984). Appare scontato che, dal punto di vista teorico, l'impiego delle prime può costituire l'unico modo di fronteggiare condizioni tendenzialmente fisse e imm modificabili, mentre l'uso delle seconde appare impiegabile anche nel caso di eventi instabili e che lasciano un più ampio margine di definizione<sup>10</sup> (Carver *et al.*, 1989).

Nel caso dell'obesità, si può precisare in via preliminare come gli studi sinora condotti mostrino che le strategie di coping, adottate dai soggetti obesi per gestire gli aspetti più problematici derivanti dalla comune ricezione negativa della loro condizione fisica, svolgano un ruolo fondamentale nel corso delle interazioni quotidiane. Esse, infatti, vengono impiegate dagli individui obesi ai fini di arginare le conseguenze emotive sfavorevoli (*emotion-focused coping*) e di minimizzare le influenze perturbative sullo svolgimento delle loro azioni (*problem-focused coping*) durante le numerose occasioni di sperimentazione del senso negativo attribuito al loro stato. Oltre questo, è però opportuno precisare come le analisi attualmente disponibili abbiano concettualizzato le strategie di coping in modo piuttosto eterogeneo. Tuttavia, in letteratura vi è un sostanziale accordo almeno su due importanti conclusioni in merito alle risposte di coping rilevate nel caso dell'obesità. La prima segnala l'attitudine diffusa tra le persone obese a negare a loro stesse tale condizione ponderale e a rifuggire dal pensiero delle sue conseguenze sociali; la seconda indica, invece, come, nell'affrontare proprio queste ultime, i soggetti obesi si mostrino tendenzialmente inclini ad accettare gli assunti pregiudizievole, gli stereotipi e il carattere svalutante attribuiti dal resto della società alla loro disposizione fisica.

Addentrando come maggiore precisione nella disamina di tali studi, i risultati tratti da un'indagine etnografica di Gerald Hughes e Douglas Degher (1993), realizzata all'interno di un'associazione nazionale

---

<sup>10</sup> Per una rassegna critica della letteratura psicologica sulle strategie di coping si rimanda al contributo di Jerry Suls, James David e John Harvey (1996). Tuttavia, è opportuno precisare in questa sede come il modello transazionale proposto da Richard S. Lazarus e Susan Folkman (1984), sopra evocato, sottolinei, più in particolare, il ruolo svolto dai processi cognitivi di valutazione delle possibili risposte dinanzi a eventi stressanti. In dettaglio, secondo gli autori, un individuo posto di fronte a una minaccia dapprima ne definisce la natura, poi stima le risorse a sua disposizione e, infine, pianifica il relativo intervento, consistente in un'azione di tipo cognitivo oppure di tipo comportamentale. Di là dall'approccio transazionale, si segnala, inoltre, come i teorici di ambito psicodinamico preferiscano invece ricondurre le strategie di coping nell'ambito dei meccanismi di difesa impiegati dal soggetto per minimizzare il conflitto interno (Suls *et al.*, 1996).

statunitense per il controllo del peso e composta da un'osservazione partecipante delle sue assemblee e dell'analisi del contenuto di interviste strutturate e in profondità rilasciate da 39 suoi membri, hanno mostrato l'esistenza di un repertorio composto da cinque differenti *coping strategies*. Si può, infatti, indicare in dettaglio come i due autori abbiano individuato i seguenti tipi di risposte di coping nel gruppo di soggetti studiati: l'evitamento (*avoidance*), la condiscendenza (*compliance*), la formazione reattiva (*reactive formation*), la compensazione (*compensation*) e le spiegazioni (*accounts*) (Hughes e Degher, 1993). Sebbene i tipi di coping sopra riportati si distinguano per le specifiche modalità di gestione dell'informazione, di organizzazione del rituale interattivo e di definizioni dell'identità personale, è possibile altresì segnalare come essi siano accumulati dall'essere rivolti alla minimizzazione e alla deviazione delle reazioni negative altrui nonché alla conservazione e alla comunicazione, da parte dell'individuo obeso, di un'immagine di sé, per quanto più possibile, positiva (Hughes e Degher, 1993).

Venendo nel merito della classificazione proposta da Hughes e Douglas (1993), al primo tipo, vale a dire l'evitamento, si possono ricondurre molte delle risposte di coping osservate nei soggetti esaminati. Più precisamente, in tale categoria trovano sistemazione due diverse condotte, separabili sul piano della modalità di attuazione pratica ma votati alla medesima logica. La prima di queste prevede il volontario e sistematico sottrarsi dell'individuo obeso da quelle situazioni in cui il suo stato fisico sia percepito come un elemento particolarmente oneroso e problematico. La seconda contempla invece che la persona limiti il più possibile i pensieri relativi alla condizione di obesità che la caratterizza, ovvero cerchi di ignorare ciò che attiene a tale aspetto. L'individuo che usa la prima modalità di evitamento appare chiaramente consapevole della sua condizione di obesità e delle conseguenze che ciò comporta sul piano personale e sociale e come tale coscientemente sceglie di evitare di guardarsi allo specchio, di andare in piscina e di fare acquisti all'interno dei comuni negozi di abbigliamento. Benché ciò permetta, nei fatti, all'obeso di arginare gli episodi di autocondanna e di riprovazione altrui per la propria disposizione corporea, tale condotta non è esente da alcuni svantaggi. Essa può, infatti, rivelarsi una fonte di stress secondaria, in conseguenze delle rinunce e delle limitazioni che impone al soggetto (Hughes e Degher, 1993).

Riguardo alla seconda modalità di evitamento, va innanzitutto specificato come il semplice non curarsi della propria obesità non debba essere confuso con un difetto cognitivo o una mancata consapevolezza.

Diversamente, tale risposta indica il tentativo perspicuo dell'individuo di proteggersi, quanto più possibile, dalle emozioni negative suscitate dal pensarsi nella condizione di obesità e dal considerare le relative e potenziali ripercussioni sul piano personale e delle interazioni sociali. Stando, infatti, ai resoconti raccolti dai due autori, numerosi intervistati riferivano di avere acquisito intenzionalmente e con il passare del tempo la capacità di ignorare la propria disposizione fisica. Nel gruppo di soggetti esaminati, ciò sembra essersi verificato, in special modo, durante i momenti di forte incremento ponderale, vale a dire nel passaggio dalla forma di obesità più lieve alla più pronunciata e anche dei periodi di riacquisizione del peso a seguito dell'interruzione di una dieta dimagrante. Nonostante il largo e assiduo impiego rilevato negli individui obesi partecipanti all'indagine, è opportuno segnalare come tale atteggiamento difensivo non sembri poter essere né lungamente sostenibile nel tempo né praticabile in tutte le diverse situazioni interazionali. Di là dalle peculiarità delle due versioni, Hughes e Douglas (1993) sostengono, infatti, che, sia sul piano teorico sia sul piano empirico, appare in ultima analisi alquanto improbabile che la strategia dell'evitamento, in ambo le sue due declinazioni, possa costituire per una persona obesa una risposta adattativa valida e proficua, ovvero impiegabile lungo l'intero corso di vita e in ogni ambito dell'interazione umana. Più verosimilmente, tale risposta di coping si dimostrerà uno strumento atto al contenimento delle conseguenze negative dell'obesità sul piano personale e sociale alla sola condizione che il suo impiego sia necessariamente circoscritto nel tempo e nello spazio.

Proseguendo con l'esame dei diversi tipi di coping individuati dalla ricerca di Hughes e Douglas (1993), il soggetto obeso può altresì accettare e fare proprio ciò che gli altri pensano in merito alla sua condizione, allineando concordemente i suoi atteggiamenti e i suoi comportamenti alle attese altrui. Quando tale evento si verifica, secondo i due autori, si è dinanzi alla risposta di coping definita condiscendenza (Hughes e Degher, 1993). Come per la strategia precedente, anche questo tipo di coping non ha nella pratica un'univoca modalità di attuazione. Essa trova, infatti, concreta realizzazione in due differenti forme principali. Più esattamente, la prima prevede l'adeguamento dell'individuo obeso agli stereotipi sociali concernenti le persone nel suo medesimo stato. La seconda implica invece per il soggetto obeso un adattamento meramente di facciata alle attese altrui, attuato ai soli fini opportunistici.

Nel merito dell'adeguamento della persona obesa agli stereotipi, nel gruppo osservato da Hughes e Douglas (1993), il più frequente tra i cliché

rilevati è stato senza dubbio quello del *ciccione allegro (jolly fat person)*<sup>11</sup>. Nell'ottemperare, nel corso delle interazioni con gli altri, alle aspettative create da tale immagine stereotipata, l'obeso darebbe prova di essere un individuo sorridente e spiritoso, disponibile allo scherzo e allo scherno altrui, pronto a fare dell'autoironia sulla sua condizione fisica e ad affrontare con humor anche le situazioni più problematiche conseguenti al proprio stato. Nonostante la vasta diffusione e l'alta frequenza di impiego costatate per tale modello di condotta, i due autori riportano come sovente essa generasse altresì le lamentele degli stessi soggetti obesi, circa il dovere di mostrarsi costantemente sorridenti dinanzi agli altri e sempre solleciti ad accogliere con divertimento e autoironia le beffe altrui. Ancorché l'adozione di tale immagine stereotipata limitasse le reazioni negative esperite dagli obesi nel corso delle loro interazione quotidiane e aumentasse la loro percezione di accettazione entro la più vasta realtà collettiva, tale comportamento contribuiva, di fatto, anche all'insorgenza di un acuto quanto soffocante senso di apprensione per le situazioni sociali, di risentimento verso gli altri e di amarezza nei confronti di loro stessi. Più specificamente, Hughes e Douglas (1993) si spinsero ad asserire nel merito come probabilmente dagli obesi ci si aspettasse, più che da altri individui e gruppi sociali stigmatizzati, una maggiore tolleranza verso qualunque genere di trattamento poco rispettoso, una spiccata predisposizione all'autodenigrazione e un'innata inclinazione a suscitare divertimento negli altri. Nondimeno, continuavano i due autori, proprio tali aspettative e tali pressione sociali contribuivano, con tutta probabilità, anche a normalizzare agli occhi degli stessi soggetti obesi gli episodi di stigmatizzazione cui erano sottoposti, inducendoli, nei fatti, ad assuefarsi al paradossale e duplice ruolo di perseguitati e di persecutori<sup>12</sup>.

Passando poi alla seconda forma di attuazione della strategia di condiscenda, si può osservare come per l'obeso tale adesione di facciata alle attese altrui venga a essere perseguita allo scopo specifico di evitare le sanzioni per la mancata conformità alle più comuni aspettative sociali. Una

---

<sup>11</sup> Oltre al cliché del *ciccione allegro (jolly fat person)*, l'indagine di Hughes e Douglas (1993) rilevò l'esistenza anche di altri stereotipi a cui i soggetti obesi osservati tendevano a conformarsi. Due di questi, sebbene molto più rari in confronto al cliché sopra citato, erano quelli del *compagno fedele (faithful sidekick)* e del *bullo (bully)* (Hughes e Degher, 1993).

<sup>12</sup> In conseguenza di tali conclusioni, per Hughes e Degher (1993) le risposte di coping che presuppongono una qualche forma di condiscendenza dell'obeso agli stereotipi sociali non paiono costituire una valida strategia adattativa, in quanto i benefici indotti dalla limitazione dei feedback negativi e dall'aumento dell'accettazione sociale non sembrano in grado di compensare i costi arrecati al benessere emotivo del singolo individuo dalla sua costrizione entro le anguste e spesso svalutanti caratteristiche personali previste dai cliché.

situazione sovente riportata dal gruppo di individui esaminati – e che pare esemplificare al meglio tale forma di coping – vede la persona obesa limitare il più possibile il consumo di cibo in pubblico, come se, di fatto, stesse ottemperando alle prescrizioni di un regime dietetico restrittivo (Hughes e Degher, 1993). Tuttavia, ciò accade nonostante egli non abbia invero alcuna intenzione di impegnarsi in tal senso. Il movente di una tale condotta non è, infatti, il calo ponderale bensì l’elusione di eventuali critiche all’interno di un preciso frangente interattivo. In altre parole, il soggetto obeso darebbe sfoggio solo all’apparenza, ovvero unicamente dinanzi allo sguardo altrui, di un atteggiamento e di un comportamento in accordo con la più generale ingiunzione sociale che dispone un doveroso contegno a tavola per una persona nella sua condizione.

Prima di passare al terzo tipo di coping individuato da Hughes e Degher (1993), è importante precisare come la condiscenda dell’obeso agli stereotipi sociali e alle disposizioni normative sia stata altresì documentata anche da uno studio di tipo sperimentale, il quale si è concentrato, più espressamente, sui soli casi femminili. Tale indagine ha, di fatto, svelato come le donne obese nel corso di conversazioni telefoniche tendessero a presentare se stesse in modo conforme agli stereotipi e alle aspettative dei relativi partner maschili, i quali erano al corrente dell’aspetto delle prime sebbene queste non ne fossero state preventivamente informate (Snyder e Haugen, 1995). Diversamente, una condotta simile non è stata invece segnalata nel relativo gruppo di controllo, composto da donne normopeso, neppure nella condizione in cui gli uomini sono stati portati a credere erroneamente – vale a dire attraverso l’inganno degli sperimentatori – che queste ultime fossero obese. Secondo gli autori dell’esperimento, tali risultati dimostrerebbero quindi il ruolo attivo svolto dalle donne obese nell’avvalorare i pregiudizi comunemente nutriti nei riguardi delle persone in tale condizione fisica (Snyder e Haugen, 1995). Tuttavia, gli stessi autori ritengono, inoltre, come tale atteggiamento di compiacenza agli stereotipi e alle aspettative sociali costituisca, nei fatti, una strategia impiegata dalle donne obese allo scopo di agevolare le loro interazioni con gli altri ovvero di superare, in tale contesto, lo svantaggio rappresentato dalla loro obesità (Snyder e Haugen, 1995).

Tornando nuovamente all’analisi proposta da Hughes e Degher (1993), la formazione reattiva costituisce il terzo tipo di strategia di coping, riscontrata tra i soggetti obesi esaminati. Più in dettaglio, sotto tal etichetta vengono a essere raccolte tutte le reazioni di resistenza, di opposizione e di sovversione dell’obeso agli atteggiamenti e ai comportamenti definiti come socialmente desiderabili. Nel caso specifico degli individui obesi osservati

nel corso della ricerca dai due autori, tale risposta di coping si esplicava concretamente attraverso l'ingestione d'ingenti quantità di cibo. Secondo quanto precisato dagli stessi Hughes e Degher (1993), nei resoconti forniti da alcuni dei soggetti interpellati, tale condotta si costituiva espressamente come un intenzionale atto di spregio e di ribellione verso le comuni attese normative. Diversamente, nelle attestazioni di altri individui interrogati, le abbuffate rappresentavano l'esito di un'irrefrenabile compulsione ad agire in modo autolesionistico e autopunitivo. In aggiunta, l'indagine ha poi indicato che la manifestazione di tale comportamento si accompagnasse sovente a una situazione percepita, da parte della persona obesa, come particolarmente stressante. Appare dunque chiaro che tale condotta possa configurarsi come una risposta messa in atto dal soggetto obeso al fine di gestire e di sedare le sue emozioni negative (Hughes e Degher, 1993).

Procedendo con il quarto tipo di coping individuato da Hughes e Degher (1993), ovvero la compensazione, si può specificare che in tale categoria trovino precisa inclusione i tentativi dell'individuo obeso volti a rimediare alle conseguenze sociali negative connesse alla sua condizione fisica, attraverso l'affermazione in determinati aspetti e ambiti dell'esistenza in cui quest'ultima sia percepita come meno penalizzante. Più in dettaglio, i due autori precisano come la persona obesa, tramite l'impegno profuso e la piena realizzazione entro tali specifici contesti, cerchi di supplire al deficit rappresentato dal suo stato corporeo, guadagnando un grado di rispetto, di credibilità e di accettabilità da parte degli altri che altrimenti le sarebbe negato. A riguardo, numerosi individui partecipanti all'indagine, riferivano, per esempio, di essere dei membri particolarmente attivi e disponibili nell'ambito di organizzazioni scolastiche e di associazioni di varia natura. In aggiunta a quanto riportato, Hughes e Degher (1993) specificavano poi come la strategia della compensazione si rilevasse, in modo particolare, tra le persone obese che mostravano una condizione di obesità protratta sin dall'infanzia. Esperire precocemente lo stigma dell'obesità indurrebbe altrettanto anticipatamente il singolo soggetto a costatare la necessità di soddisfare aspettative altrui maggiormente esigenti, stimolandolo quindi, sin dai primi anni di vita, a un più forte impegno e a una più spiccata vocazione all'affermazione personale in determinati ambiti di esperienza (Hughes e Degher, 1993).

La strategia di bilanciare lo svantaggio rappresentato dalla condizione di obesità con lo sviluppo di abilità personali e il raggiungimento di obiettivi socialmente approvati, è stata altresì osservata anche da uno studio di tipo sperimentale condotto su sole donne (Miller *et al.*, 1995). Stando alle conclusioni di tale indagine, la compensazione dell'obesità sembrerebbe

favorire soprattutto il potenziamento di qualità soggettive ritenute importanti nelle interazioni sociali, specie nel caso del sesso femminile, quali l'assertività, l'amichevolezza e l'estroversione<sup>13</sup> (Miller e Myers, 1998; Miller *et al.*, 1995). Addentrandosi nei dettagli di tale studio (Miller *et al.*, 1995), può essere precisato come esso abbia permesso di confrontare le autovalutazioni di 155 donne, aventi tra loro differenti stati ponderali, sul comportamento tenuto durante una conversazioni telefonica con soggetti di sesso maschile, a seconda che le stesse fossero o meno visibili ai rispettivi partner. Tale indagine ha segnalato come le donne obese nutrissero nei confronti della propria condotta un giudizio sistematicamente più positivo quando queste erano visibili rispetto a quando invece non lo erano. In condizione di visibilità, esse si percepivano, infatti, come più simpatiche e più piacevoli. Tuttavia, un simile risultato non è emerso per le donne non obese, le cui autovalutazioni quando queste erano visibili ai partner telefonici non subivano invero un netto miglioramento come nel caso delle donne obese<sup>14</sup>. Tale evidenza, secondo gli autori dello studio, potrebbe pertanto suggerire che le donne in condizione di obesità, laddove siano consapevoli di poter suscitare una reazione negativa per il loro stato fisico, s'impegnino maggiormente nel dare prova delle loro abilità sociali, vale a dire tradiscano l'uso di una strategia di compensazione (Miller *et al.*, 1995).

Tornando per l'ultima volta all'indagine di Hughes e Degher (1993), come sopra anticipato, le spiegazioni rappresentano il quinto tipo di risposta di coping il cui impiego è stato riscontrato – peraltro senza alcuna eccezione – tra i soggetti obesi coinvolti nella ricerca. Anche per tale categoria i due autori precisano come si possa distinguere, nei fatti, tra due differenti condotte, sulla base della diversa modulazione nella prassi della medesima logica di contenimento degli effetti negativi conseguenti allo stato di obesità. La prima prevede, più esattamente, la spiegazione del perché un individuo diventi obeso. Sotto tale modalità è pertanto possibile compendiare i resoconti concentrati sostanzialmente sull'esposizione delle

---

<sup>13</sup> Lo sviluppo di abilità personali, quali l'assertività, l'amichevolezza e l'estroversione, può essere in parte considerato anche come una risposta di coping del tipo della condiscenda, in quanto rievoca lo stereotipo del *ciccione allegro (jolly fat person)* di cui si è già discusso nelle pagine precedenti.

<sup>14</sup> Più dettagliatamente, tale studio (Miller *et al.*, 1995) non ha rilevato differenze sostanziali tra le autovalutazioni delle donne obese e le autovalutazioni delle donne non obese, quando queste non erano visibili ai partner maschili durante la conversazione telefonica. Diversamente, nella situazione di visibilità durante la chiamata, le donne obese si sono conferite dei giudizi significativamente più positivi mentre le donne non obese si sono invece assegnate dei giudizi più negativi rispetto alla condizione precedente (Miller *et al.*, 1995).

cause che hanno condotto l'individuo alla condizione di obesità. Tali racconti vengono così a essere catalogati dagli stessi autori sotto l'etichetta di *storie di obesità (fat stories)* (Hughes e Degher, 1993). Difformemente, la seconda modalità assunta dalla strategia delle spiegazioni considera invece l'illustrazione del perché una persona rimanga obesa. In altre parole, essa riunisce le narrazioni impiegate per rendere conto delle ragioni che inducono l'obeso a un eccedente consumo di cibo, determinando così, nei fatti, il permanere se non l'aggravio della sua condizione di obesità. In ragione di ciò, tali spiegazioni sono etichettate da Hughes e Degher (1993) come *storie alimentari (eating stories)*.

Nel merito delle prime, ovvero delle storie di obesità, è opportuno riportare come sovente gli obesi interpellati, nella spiegazione delle cause del loro aumento di peso e dell'avvento del loro stato di obesità, facessero puntuale riferimento a sopraggiunti problemi ormonali e dell'apparato muscoloscheletrico, all'assunzione di farmaci oppure a più generiche cattive abitudini alimentari acquisite in seno all'ambito familiare. Nonostante lo spaziare delle motivazioni all'interno del repertorio sopra specificato, i due autori evidenziarono a riguardo come la questione centrale e accomunante di tali resoconti fosse sostanzialmente l'attribuzione della responsabilità per la condizione di obesità a un ente o a un evento esterno al soggetto, vale a dire posto oltre le sue possibilità di controllo. La logica di fondo di tali argomentazioni faceva dunque figurare la persona obesa come personalmente non responsabile per il sopraggiungere di un tale stato fisico, relegandola, di fatto, al ruolo di vittima (Hughes e Degher, 1993). Per questa ragione, le storie di obesità paiono approssimare molto bene ciò che Stanford Lyman e Marvin Scott, nel loro *A Sociology of the Absurd* (1970), indicavano con il termine di *scuse (excuses)*. Con tale definizione essi alludevano invero proprio a quei resoconti in cui si poteva rintracciare, al contempo, sia il riconoscimento della disapprovazione sociale della condotta narrata sia la negazione di qualunque responsabilità personale imputabile al soggetto agente (Lyman e Scott, 1970).

Venendo poi alle storie alimentari, sembra utile precisare come gli individui interpellati da Hughes e Degher (1993), nel rendere conto dei motivi del perdurare della loro condizione di obesità, facessero sovente cenno a episodi drammatici e a esperienze di disagio. Attraverso tali evocazioni, gli stessi soggetti obesi erano così in grado di fornire un movente, ritenuto in un qualche modo giustificabile, per gli atipici comportamenti alimentari alla base del mantenimento e dell'aggravio del loro stato ponderale. La giustificabilità sociale di tali condotte alimentari,

specificavano nel merito Hughes e Degher (1993), si fondava, infatti, sul pensiero diffuso che, durante periodi particolarmente dolorosi e difficili dal punto di vista emotivo, all'individuo fosse consentito indulgere in qualche forma di comportamento eccessivo a compensazione, risarcimento e sfogo delle frustrazioni patite. Tuttavia, precisano gli autori, le storie alimentari differiscono dalle storie di obesità proprio su quest'ultimo aspetto. Se, infatti, nelle storie di obesità il soggetto obeso declina qualunque responsabilità personale per il sopraggiungere di tale condizione fisica, nelle storie alimentari la persona obesa è invece pronta a riconoscere la sua diretta implicazione nel mantenimento del medesimo stato corporeo, benché tenti di persuadere circa l'intervento di ragionevoli attenuanti (Hughes e Degher, 1993). Pertanto, se le storie di obesità, come già riferito, appaiono concettualmente sovrapponibili alle scuse di Lyman e Scott (1970), le storie alimentari possono invece essere ricondotte entro ciò che gli stessi autori esplicitavano sotto il termine di *giustificazioni* (*justifications*). Di fatto, nell'ambito di un resoconto riguardante un atto dal comune senso negativo, le giustificazioni si differenziano dalle scuse proprio per l'assunzione della responsabilità personale da parte del soggetto agente (Lyman e Scott, 1970).

A distanza di qualche anno dal contributo empirico prodotto da Hughes e Degher (1993), anche Ashley Myers e James Rosen (1999), indagando il più generale fenomeno della stigmatizzazione dell'obesità, si misurarono con lo studio delle diverse strategie adottate dalle persone obese nel tentativo di far fronte alle frequenti reazioni sociali negative, suscitate dalla loro disposizione fisica. Come si è già chiarito, gli autori somministrarono un questionario a 154 soggetti obesi, reclutati tra gli aderenti alla *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) e tra i gli abbonati a un periodico statunitense dedicato alla perdita di peso, raccogliendo informazioni sia sulle fonti e sulle forme di stigmatizzazione a cui gli individui erano sottoposti sia sulle strategie di coping utilizzate dagli stessi. Nel merito di queste ultime, è opportuno specificare come Myers e Rosen inclusero nel questionario e sottoposero quindi all'attenzione degli intervistati 99 possibili *coping responses*, raggruppando poi, nel momento dell'elaborazione dei dati, tali alternative in 21 *coping responses categories*. Le conclusioni tratte dall'analisi dimostrarono come la frequenza dell'utilizzo delle strategie di coping dell'intervistato fosse proporzionale agli episodi di stigmatizzazione dichiarati dallo stesso. Peraltro, anche la frequenza di tali episodi di stigmatizzazione a danno del soggetto manifestava un aumento quasi lineare al crescere del suo eccesso di peso. Inoltre, le risposte di coping degli uomini e delle donne

segnalavano un'effettiva omogeneità, non evidenziando tra loro la presenza di significative differenze (Myers e Rosen, 1999).

Tuttavia, appare qui prioritario sottolineare come le categorie di coping che registravano le più alte frequenze d'utilizzo tra gli intervistati di Myers e Rosen (1999) trovassero altresì una sostanziale corrispondenza con i tipi precedentemente individuati da Hughes e Degher (1993). È questo il caso delle risposte di coping classificate nell'analisi di Myers e Rosen (1999) come *distogliere l'attenzione dai commenti negativi, ignorare la situazione e non rispondere e considerare la situazione come un problema che riguarda le altre persone*, le quali possono ragionevolmente essere ricondotte nell'alveo delle strategie di evitamento descritte da Hughes e Degher (1993). Analogamente anche le categorie di coping *rifiuto della dieta, rifiuto di nascondersi ed essere visibile e mangiare*, segnalate dall'analisi di Myers e Rosen (1999), paiono del tutto sovrapponibili alle risposte di coping indicate come strategie di formazione reattiva da Hughes e Degher (1993). Appaiono inoltre evidenti la conformità della categoria *usare l'umorismo, le battute di spirito e lo scherzo* di Myers e Rosen (1999) con le strategie di coping definite di condiscenda da Hughes e Degher (1993) nonché la corrispondenza delle categorie *rispondere positivamente, essere gentili, ricercare il supporto sociale da persone non obese e ricercare il supporto sociale da persone obese* di Myers e Rosen (1999) con le risposte di coping qualificate come strategie di compensazione da Hughes e Douglas (1993)<sup>15</sup>.

Più recentemente, anche una survey condotta da Rebecca Puhl e Kelly Brownell (2006) si è posta il fine di indagare le strategie di coping impiegate dalle persone obese nell'affrontare le reazioni sociali negative indotte dalla loro condizione fisica. Tale studio – il quale ha interessato un gruppo di 2671 soggetti obesi, costituito al suo interno sia da membri di un'organizzazione per il controllo del peso sia da singoli individui partecipanti alla rilevazione a titolo volontario – ha confermato le conclusioni tratte dalla precedente indagine di Myers e Rosen (1999). È stato, infatti, nuovamente appurato come il ricorso alle risposte di coping

---

<sup>15</sup> Di là dalla sovrapposizione con le evidenze emerse nella precedente indagine di Hughes e Degher (1993), i risultati dello studio di Myers e Rosen (1999) presentano poi il merito esclusivo di sottolineare l'impiego, da parte dei soggetti obesi, di risposte di coping precedentemente trascurate. Si segnala, in particolare, come tra gli obesi intervistati, fosse piuttosto frequente constatare l'uso di strategie di coping afferenti a categorie quali *auto-accettazione e amore di sé, auto-rassicurazioni, appello alla fede, alla religione e alla preghiera, educare se e gli altri sullo stigma dell'obesità, autocondanna e autocommiserazione e piangere e isolarsi* (Myers e Rosen, 1999).

fosse più assiduo tra quanti riportassero un elevato numero di episodi di stigmatizzazione e come tali strategie non mostrassero variazioni significative a seconda del sesso dell'interpellato. Oltre ciò, la stessa analisi ha poi segnalato come, all'interno del suo vasto campione d'intervistati, le risposte di coping più frequentemente rilevate fossero riconducibili ai seguenti tipi: *distogliere l'attenzione dai commenti negativi, auto-rassicurazioni, mangiare di più e ricercare il supporto sociale* (Puhl e Brownell, 2006).

#### **4. Conclusioni**

Come si è avuto modo di illustrare nelle pagine precedenti, lo stigma dell'obesità esercita un effetto particolarmente pervasivo sull'identità del soggetto interessato da tale costituzione fisica. A riguardo, si è avuto modo di precisare come l'individuo obeso, nel corso delle sue molteplici interazioni sociali, sia, di fatto, sottoposto a un processo di svalutazione in virtù del possesso di tale qualità fisica, ritenuta, dal resto della collettività, non solo esteticamente indesiderabile ma anche sintomo di un vizio comportamentale. A complicare la condizione dell'obeso vi è, infatti, il pensiero comune che attribuisce in via pregiudiziale a tale soggetto la responsabilità del sopraggiungere del suo peculiare stato corporeo. Diversamente da altri stigmatizzati, l'individuo obeso è invero ritenuto l'artefice della sua stessa condizione di anomalia fisica e come tale egli è considerato meritevole tanto della censura estetica per le sue forme corporee quanto della condanna morale per la sua condotta di vita.

Chiaramente, tale considerazione, esperita nel più generale contesto sociale, non sarà esente dall'implicare, per il singolo soggetto obeso, una profonda svalutazione dell'immagine e della considerazione del suo sé. Quest'ultimo, nei fatti, manifesta di aver internalizzato lo stigma collettivamente assegnatoli. Se, come si è avuto modo di ricordare, l'identità del sé di un individuo prende forma nell'alveo delle interazioni sociali, non stupirà costatare come l'obeso possa sovente ritenersi concorde con gli atteggiamenti pregiudizievoli e sminuenti e persino meritevole dei comportamenti discriminatori e degradanti a lui riservati. Peraltro, non si può poi trascurare che, a rafforzare tale processo d'incorporazione dell'identità stigmatizzata e di normalizzazione delle sue conseguenze sociali, vi sia anche il fatto che l'obesità sia uno stigma costantemente e irrimediabilmente percepibile allo sguardo altrui. Essa costituisce una condizione stigmatizzata, di fatto, non occultabile, non permettendo altresì

a chi ne è investito di poter fare, in qualche modo, l'esperienza di un sé affrancato dal suo portato negativo.

Tuttavia, come si è avuto modo di spiegare, il soggetto obeso non interiorizzerà e non farà unicamente propria la svalutazione altrui bensì agirà anche nel tentativo di rispondere e di gestire la stessa, ovvero s'impegnerà in un processo di esteriorizzazione del suo stigma e dei suoi effetti nocivi. Come dimostrato degli studi sulle *coping strategies*, la persona obesa può, nei fatti, mettere in atto una serie atteggiamenti e di comportamenti ai fini di ridurre il disagio percepito interiormente e di limitare le reazioni negative altrui. Nel merito, si ricorda, in particolare, la diffusa attitudine rilevata tra gli individui obesi a evitare di porre attenzione alla loro condizione fisica nonché agli effetti sfavorevoli che essa implica in termini personali e sociali. Oltre ciò, si segnala poi l'inclinazione, notata tra gli stessi soggetti, ad adeguarsi agli stereotipi e alle attese collettive e a compensare il deficit generalmente comportato dalla loro disposizione fisica attraverso l'affermazione in specifici ambiti dell'esistenza in cui quest'ultima sia meno penalizzante. Infine, è possibile rammentare come le persone obese abbiano altresì dimostrato di replicare alla pressione a conformarsi a modelli corporei e condotte di vita socialmente desiderabili per mezzo dell'ingestione d'ingenti quantità di cibo.

# Il corpo e l'identità

## 1. Il corpo nella società contemporanea

In Occidente, nel corso della seconda metà del XX secolo, il corpo umano, tanto esternamente quanto internamente, è diventato l'oggetto di uno spiccato interesse per un'apprezzabile e sempre più crescente quota d'individui. La diffusione senza precedenti di pratiche di decorazione, di estetizzazione, di modellamento e di correzione della morfologia corporea nonché di preservazione, di mantenimento e di cura della condizione fisica attestano chiaramente l'elevato valore sociale e simbolico accordato alla presentazione, alla forma e alla salute del corpo. Si pensi a titolo esemplificativo alla cosmesi, ai tatuaggi e ai piercing, alla fitness, alle diete, agli integratori alimentari, alla medicina estetica e *anti-aging* e alla chirurgia plastica e ricostruttiva. Di recente, il ricorso a tali pratiche è divenuto pressoché comune in entrambi i sessi, a ogni età (a partire dalla prima adolescenza) e a diversi livelli della scala sociale<sup>1</sup>. I tassi di sviluppo del settore di mercato che riguarda il consumo di questa variegata tipologia di prodotti e di servizi sono piuttosto eloquenti. Non vi è alcun dubbio sul fatto che un numero sempre più crescente di persone si prenda cura dell'aspetto del corpo e del suo stato di benessere.

Appare poi innegabile anche la massiccia presenza del corpo all'interno della produzione culturale e dei mezzi di comunicazione. L'elevata frequenza di esposizione e d'impiego d'immagini di corpi e la ripetuta trattazione di temi riconducibili alla gestione della sua salute e della sua

---

<sup>1</sup> È opportuno precisare come a tutt'oggi le pratiche corporee si sviluppino ancora lungo traiettorie differenti a seconda della classe sociale. Tuttavia, Shilling (2003: 1) osserva a riguardo come “[g]rowing numbers of people are increasingly concerned with the health, shape and appearance of their own bodies as expression of individual identity. As a Pierre Bourdieu (1984) notes, this concern may be especially acute among the ‘new’ middle classes. However, in recent years it has spread well beyond these narrow confines”.

bellezza concorrono a testimoniare la rilevanza e l'interesse accordati al corpo nella società contemporanea. Gli spazi urbani e di consumo, i giornali, le riviste, la televisione, il cinema e internet sono sovente saturi – tanto alla vista quanto nei contenuti – di corpi.

Più volte l'opinione pubblica e le scienze umane hanno denunciato come i media assolvessero una funzione diseducativa nei confronti del corpo. Proponendo in via esclusiva la rappresentazione di corpi dalle caratteristiche estranee alla maggioranza degli individui, essi sono stati accusati di condurre gli stessi soggetti verso l'appropriazione di un'estetica, di fatto, lontana dalla realtà e potenzialmente in grado di indurre allo sviluppo, più o meno accentuato, di forme di dispercezione e di disaffezione corporea. Secondo Susan Bordo (1993; 1999), l'attuale scenario culturale sarebbe dominato da un modello corporeo, sia femminile sia maschile, estremamente esigente, cui non sono per nulla estranei severe e insalubri restrizioni alimentari, intense e costanti sedute di esercizio fisico, dolorosi interventi di chirurgia estetica finanche l'impiego della computer-grafica. Attraverso tali espedienti l'immaginario sociale sarebbe stato colonizzato, dalla seconda metà del secolo scorso, da una popolazione di corpi eternamente giovani, minuziosamente scolpiti e cesellati, sodi e aggettanti in alcune parti e snelli e levigati in altre; al limite dell'umano nella loro corrispondenza a un modello ideale e quindi non terreno. Tuttavia, stando a quanto sostenuto da Bordo (1993; 1999), gli effetti prodotti da tali corpi sarebbero altresì tutt'altro che irreali e intangibili nel contesto di vita contemporaneo. Per la studiosa statunitense, infatti, a loro va accollata parte della responsabilità non solo per il diffuso atteggiamento d'insoddisfazione nei confronti del corpo registrato nella società ma anche per l'inedita quanto preoccupante dimensione raggiunta in essa dalla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'immagine corporea, la quale ha interessato una quota di donne e di uomini progressivamente crescente negli ultimi cinquant'anni<sup>2</sup>.

Di là dalle conseguenze che la diffusione dei modelli corporei sopradescritti possano o meno generare sulla salute psichica e fisica dei singoli individui, l'attuale espansione dei disturbi della condotta alimentare e della percezione corporea (siano essi anoressia, bulimia, *binge eating disorder*, ortoressia, vigoressia, etc.) può essere considerata anch'essa una riprova dell'importanza assunta dal dato corporeo nella realtà sociale contemporanea. Suo malgrado, in tali problematiche psichiche il corpo diviene la sede privilegiata per l'espressione e la manifestazione del disagio

---

<sup>2</sup> La disamina di tale questione sarà affrontata più puntualmente nel prossimo capitolo.

esistenziale. Per un numero di persone tutt'altro che trascurabile e in continua espansione, l'azione sul corpo rappresenta attualmente la forma specifica attraverso cui esternare ed elaborare un malessere profondo.

In aggiunta a quanto sinora sostenuto, è però doveroso riconoscere anche il ruolo di primo piano giocato dai progressi delle scienze mediche e biologiche nel determinare la crescita di rilevanza assunta del dato corporeo entro il contesto sociale contemporaneo. Quanto mai prima nella storia dell'uomo, il corpo umano e le sue proprietà sono stati aggiogati e resi controllabili e malleabili. Nei fatti, il recente sviluppo scientifico e tecnologico ha comportato la messa a punta di metodiche di risanamento, di modellazione e di ricostruzione – se non di vera e propria trasformazione – del corpo, ponendo conseguentemente in discussione la presunta stabilità di buona parte dei suoi attributi, la supposta inalterabilità dei suoi processi di evoluzione, di maturazione e di decadimento nonché l'altrettanto ipotetica invariabilità delle sue facoltà. Si pensi ai traguardi ottenuti della medicina e della chirurgia nella cura d'importanti patologie e nei trapianti d'organo ma anche e soprattutto ai risultati da queste conseguite nella correzione estetica e funzionale del corpo, nei trattamenti *anti-aging*, nella rassegnazione del sesso così come nel campo della riproduzione umana medicalmente assistita e della genetica. Come afferma a proposito Anthony Giddens, è opportuno quindi considerare attentamente che

“[n]ell'ambito della riproduzione biologica, dell'ingegneria genetica e degli interventi medici di vario genere, il corpo sta diventando un fenomeno soggetto alla scelta [...] esistono legami molto stretti tra gli aspetti personali dello sviluppo corporeo e i fattori globali. Le tecnologie della riproduzione e l'ingegneria genetica, per esempio, fanno parte di più ampi processi di trasformazione della natura in un campo d'azione propriamente umano” (Giddens, 2001: 12).

In altri termini, è altresì importante riflettere sull'influenza che tale contestualizzazione storica esercita sul modo di pensare e di agire dell'individuo in relazione al suo corpo, permettano la sperimentazione di una progettualità e di un controllo precedentemente impensabile e inattuabile su quest'ultimo. Nel merito Nick Crossley chiarisce come

“[e]ven if individuals have no desire to change their body in the more radical ways facilitated by modern technologies, the influx of new possibilities forces them to make a decision to stay as they are. The sense of necessity that once attached to particular practices and ways of life has been lifted and individuals have no choice, therefore, but to choose” (Crossley, 2006a: 19).

In conseguenza di quanto sinora riportato, appare pertanto ragionevole sostenere come nella realtà sociale contemporanea il corpo sia un elemento da cui è impossibile prescindere per la costruzione e la comunicazione dell'identità. Nell'ultima metà del XX secolo, la rilevanza del dato corporeo a fini costitutivi ed espressivi del sé si è, infatti, decisamente rafforzata. Il dato corporeo rappresenta, oggi più che mai, un punto nodale dell'identità dell'individuo e una risorsa funzionale alla sua stessa fondazione e rappresentazione. Il corpo appare il linguaggio con cui attualmente è possibile comunicare il modo di essere; in quanto tale esso non è più concepito né come un lascito più o meno propizio della natura, frutto del caso o del destino, né come un semplice bagaglio fisico che accompagna il soggetto, imprigionandone la vera essenza. Come afferma più precisamente Chris Shillig, "in condition of high modernity, there is a tendency for the body to become increasingly central to the modern person's sense of self identity (2003: 1). Nel presente, il processo di determinazione dell'identità s'interseca dunque strettamente al processo di definizione corporea. Il pensiero di alcuni studiosi si è persino spinto a sostenere come l'attore sociale contemporaneo non abbia semplicemente un corpo bensì sia un corpo. "Io sono Io diviene in buona misura *Io sono il mio corpo*; attraverso di esso esisto, attraverso di esso comunico e *mi comunico*, il mio corpo è la mia immagine nel mondo" (Salamone, 1999: 245). In altre parole, il deliberare del soggetto su questioni inerenti al suo essere e al suo agire coinvolge sempre più l'ambito del suo apparire; sul corpo si condensano significati sociali inerenti al modo di percepire e di interpretare, individualmente e collettivamente, il senso del sé.

In conseguenza di ciò, la riflessione sull'attuale rilevanza assunta dal dato fisico necessita di essere considerata nei termini espliciti di un processo di mutamento storico-sociale che ha investito, più precisamente, lo stesso concetto d'identità individuale. Il modo di considerare il sé e il corpo esige pertanto di essere ricondotto entro l'alveo del nutrito dibattito in merito ai cambiamenti sociali avvenuti negli scorcii più recenti della modernità e cui note personalità della sociologia contemporanea hanno dedicato il loro fecondo contributo. Tuttavia, prima di addentrarsi all'interno del rapporto che lega tra loro l'interesse verso il corpo, l'attuale concetto d'identità e le peculiarità dell'organizzazione sociale odierna, è opportuno precisare come sarebbe erroneo considerare l'attenzione per il dato corporeo come un fenomeno sociale del tutto inedito e proprio della sola contemporaneità.

## **2. Una digressione sul passato**

Come appena ricordato, la rilevanza sociale accordata al corpo non può essere reputata un aspetto esclusivo della sola contemporaneità; piuttosto, essa va considerata quale l'esito attuale di un processo di ben più lungo corso. A riguardo, Norbert Elias (1988) sostiene, infatti, come, a partire dalla fine del medioevo e dall'inizio dell'epoca moderna, l'Europa fu percorsa da un graduale processo di civilizzazione che permeò in modo progressivo la struttura sociale dall'alto al basso della sua gerarchia e che condusse all'introduzione e al raffinamento delle norme collettive finalizzate a regolare la gestione corporea individuale e, più in particolare, a disciplinare l'espletazione dei bisogni organici e l'appagamento delle pulsioni istintive. Le necessità fisiologiche, gli atti alimentari, i rapporti sessuali, le pratiche igieniche, le interazioni interpersonali nonché le espressioni di aggressività e violenza, documenta il sociologo tedesco, divennero oggetto di una sempre più accurata e minuziosa regolazione sociale, tesa a modellare le singole condotte e a dissimulare, a contenere e a sublimare gli impulsi, i moti e le reazioni fisiche ed emotive dei soggetti (Elias, 1988). Più specificamente, Elias ravvisa nell'emergere del monopolio della violenza fisica da parte dello Stato, nell'esigenza della classe aristocratica di manifestare deferenza, obbedienza e distinzione agli occhi del sovrano all'interno delle corti e nella necessità di una migliore organizzazione della vita associata nei nuovi contesti urbani i possibili fattori innescanti tale processo di sistematizzazione del comportamento individuale e del governo del corpo, che, di fatto, si contraddistinse per l'imposizione di regole e di convenzioni di carattere sociale e quindi arbitrario sul precedentemente incontrastato dominio delle disposizioni naturali, dei bisogni fisiologici e delle pulsioni viscerali proprie dell'uomo (Elias, 1988).

Tuttavia, al fine della presente discussione è bene precisare come il processo di civilizzazione abbia comportato, non solo l'emergere di preoccupazioni in merito al corpo nonché una concreta riconfigurazione del suo management ai soli livelli sociali e individuali, bensì una regressione delle più intime soglie di sensibilità, di vergogna e di ripugnanza, nei riguardi del dato corporeo, delle sue urgenze e delle sue funzioni, anche a un livello intrapsichico (Elias, 1988). Nel pensiero dello stesso studioso, la civilizzazione è invero un processo sociale che s'incorpora nel profondo del soggetto. Di fatto, una sua importante qualità distintiva risiede proprio nella capacità di ricollocazione graduale del controllo dell'individuo dal suo esterno al suo interno. Tale processo prevede quindi l'interiorizzazione

inconsapevole da parte del singolo delle disposizioni collettive, ovvero la strutturazione degli atteggiamenti, dei comportamenti, dei pensieri e delle azioni individuali in conformità ai vincoli e alle limitazioni socialmente determinate. La civilizzazione prevede, in altri termini, la trasfigurazione delle coercizioni sociali riguardo al corpo in “auto-costrizioni automatiche”, vale a dire in “consuetudini che, entro certi limiti, funzionano anche quando l’uomo è da solo” (Elias, 1988: 271).

Nel ripercorrere la genesi dell’attenzione sociale nei confronti del corpo, procedendo dagli albori dell’epoca moderna sino al recente passato, appare poi doveroso ricordare il ruolo svolto dai governi degli Stati nazionali, i quali si mostrarono particolarmente preoccupati della condizione fisica e del benessere delle rispettive popolazioni (Bauman, 1999; Shilling, 2003). Il XIX secolo vede, infatti, le amministrazioni statali dei Paesi più industrializzati agire attivamente al fine di combattere la diffusione delle malattie, di preservare lo stato di salute e di migliorare l’efficienza della classe lavoratrice, delle truppe armate e delle donne in età fertile. Salvaguardare la condizione fisica e potenziare la forza, la resistenza e la resa degli uomini impegnati nelle catene di montaggio e nelle fila degli eserciti, delle donne incaricate di garantire una numerosa progenie nonché della stessa discendenza erano considerate condizioni indispensabili per un florido sviluppo della Nazione. Tale preoccupazione dei governi nazionali si risolse così nell’affrontare principalmente la questione dell’insufficienza alimentare, la quale caratterizzava e affliggeva ancora larga parte della popolazione adulta e infantile degli Stati-nazione. Nel tentativo di fronteggiare tale problema, le amministrazioni statali trovarono non solo il supporto della moderna scienza dell’igiene e della sanità pubblica, che proprio nel corso del XIX secolo vedeva la realizzazione delle prime indagini e dei primi interventi su larga scala, ma anche della neonata dietetica scientifica, la quale nel medesimo periodo storico metteva a punto la scala calorifica. Tale scoperta consentì pertanto di stimare con accuratezza l’ammontare di quantità e il tipo di qualità di nutrienti in relazione alle specificità dell’attività umana svolta e delle necessità delle diverse categorie di soggetti interessati – siano essi uomini, donne, fanciulli, adulti e anziani oppure lavoratori, militari, puerpere, scolari, sportivi, malati e prigionieri. Tuttavia, a dispetto dell’alleanza tra i governi degli Stati nazionali e le branche della moderna scienza medica sopra menzionate, il problema di garantire una sufficiente quantità e una corretta qualità di nutrienti – in particolare di proteine – rimase, nei fatti, irrisolto, lasciando ancora buona parte della popolazione adulta sotto la soglia alimentare minima raccomandata dai sanitari e una cospicua quota di quella

infantile soggetta ai disturbi da carenze nutrizionali, e quindi a un ritardato o a un mancato sviluppo.

Indugiando ancora nel medesimo periodo storico, appare inoltre doveroso riferirsi all'analisi di Michel Foucault nel dare spiegazione della crescente rilevanza accordata al corpo. Foucault (1976; 1978; 1985; 2001) sviluppa, infatti, un discorso articolato su come in Occidente nel tardo XVIII e per tutto il XIX secolo si verificò una trasformazione delle forme di controllo e di governamentalità del corpo. Più precisamente, l'autore afferma come in tale contesto il corpo umano fu progressivamente sottoposto all'attenzione di nuove forme di sapere scientifico e divenne oggetto, da parte delle istituzioni politico-amministrative, d'inedite applicazioni normative e tecnologiche, aventi il fine di regolare e di razionalizzare non già il corpo del singolo individuo bensì il corpo dell'intera società. Sollecitate dalla pressione demografica determinatasi in seno agli angusti e sovraffollati spazi urbani, le nuove forme di discorso esperto della demografia, della sociologia, della criminologia e della scienza psichiatrica e forense<sup>3</sup>, di concerto con le autorità di governo politico, perseguirono, stando sempre all'autore francese, l'obiettivo di controllare e riorganizzare la popolazione per mezzo di un intervento regolatore sul soggetto o, per meglio dire, sul suo corpo. Il corpo, secondo Foucault, si fa così *corpo docile* (1976), vale a dire il punto focale e il bersaglio privilegiato su cui si esercitano le relazioni sociali di potere. Persino la sua più intima natura viene, dalle moderne tecnologie di controllo, a essere scrupolosamente piegata, ai fini di ottenere il disciplinamento dell'individuo e con esso dell'intera collettività (Foucault, 1978; 1985; 2001).

Tuttavia, chiarisce Foucault (1976), l'intervento sul corpo di tali apparati di controllo assume un tratto del tutto peculiare, caratterizzandosi per un particolare *modus operandi*. I regimi disciplinari, si prefiggono, infatti, di educare il soggetto, modellando la sua mente e informando il suo comportamento. In altre parole, le moderne tecnologie di potere agiscono predisponendo l'individuo alla comparsa di un autonomo quanto inconsapevole governo del corpo e del sé. Attraverso l'incorporazione da parte del soggetto dei meccanismi di normalizzazione della condotta, il disciplinamento diviene, di fatto, una forma di autocontrollo (Foucault, 1976). Tale processo d'interiorizzazione della sorveglianza porta dunque in

---

<sup>3</sup> Tali discipline, proprio a cavallo del XVIII e XIX secolo, interessandosi della nascita e della morte, della riproduzione e della sessualità, dell'alimentazione e delle condizioni igieniche, della salute e della malattia, della normalità e della devianza degli esseri umani, muovevano, di fatto, i loro primi passi.

primo piano proprio il corpo, il quale deve essere necessariamente e minuziosamente regolato e sorvegliato. Non è un caso, sostiene lo studioso (1976), che tale momento storico veda l'applicazione del modello architettonico ispirato al *panopticon benthamiano*<sup>4</sup> (Bentham, 1791). Il XIX secolo è invero l'epoca in cui si assiste all'ideazione e alla realizzazione di specifiche forme di carceri, d'istituzioni di salute mentale, di sanatori, di nosocomi, di scuole, di caserme e di fabbriche in cui i corpi dei singoli individui sono sottoposti a una condizione di perpetua visibilità virtuale. L'organizzazione di tali spazi è funzionale proprio al disciplinamento degli individui ivi collocati mediante il principio dell'internalizzazione soggettiva dell'attività di controllo e di sorveglianza. Se nel passato, come dimostrato dall'uso della spettacolarizzazione pubblica delle pratiche di tortura e di esecuzione precedente la fine del XVIII secolo, il potere si esplicava per mezzo dell'esclusiva prerogativa del monarca di disporre dei corpi e delle vite dei suoi sudditi, in età moderna, asserisce Foucault (1976), il potere si manifesta difformemente nel fare in modo che i singoli soggetti siano il più possibile visibili, osservabili, distinguibili, identificabili e raggruppabili, vale a dire potenzialmente sorvegliati e quindi autoregolati<sup>5</sup>. In ultima analisi, si può dunque ribadire

---

<sup>4</sup> Il filosofo, giurista e riformatore inglese Jeremy Bentham progettò nel 1791 un modello di carcere dalla singolare struttura radiocentrica. Più precisamente, esso prevedeva l'edificazione di un complesso architettonico costituito da una torre di guardia, posta in posizione centrale, circondata da singole celle disposte a raggiera e aventi ampie aperture prospicienti la stessa torre. Tale struttura, unitamente ad accorgimenti tecnici come l'oscurità della torre di guardia e l'illuminazione delle singole celle, avrebbe impedito la reciprocità di osservazione fra l'autorità carceraria posta nella prima e i detenuti collocati nelle seconde. I carcerati sarebbero stati così esposti alla possibilità di essere costantemente osservati dai loro sorveglianti, senza alcuna opportunità di accertarsi che ciò stesse, nei fatti, avvenendo. Nel pensiero di Bentham, la condizione di visibilità virtuale avrebbe dunque imposto ai detenuti l'osservazione e l'appropriazione di un comportamento adeguato in via pressoché automatica (Bentham, 1791).

<sup>5</sup> Appare opportuno precisare a riguardo che, nell'analisi di Foucault (1978), il potere moderno non abbia, di fatto, una mera funzione repressiva. Rispetto al passato, il potere non lavora più in termini negativi, discendendo dall'alto sui corpi e sulle volontà degli individui, piegandoli, sottomettendoli, brutalizzandoli finanche sopprimendoli. Piuttosto, esso possiede, invero, la facoltà di produrre le concrete modalità di esistenza dei soggetti. Il potere va quindi necessariamente considerato come un regime di tipo generativo e costitutivo, il quale, lavorando in termini positivi, si diffonde, più propriamente, dal basso. Le moderne tecnologie di controllo modellano, infatti, le qualità umane, estirpando dall'individuo ciò che in esso sarebbe sgradito e coltivando nello stesso ciò che invece sarebbe desiderabile. Come già ricordato, i regimi disciplinari non sono pensati semplicemente allo scopo di punire i soggetti disattendenti, bensì essi rispondono al fine, più sofisticato, di infondere in loro precisi schemi di pensiero e modelli di comportamento. In aggiunta, merita di essere altresì chiarito che il potere non sia più concepibile come un

come lo studioso francese riconosca proprio nel corpo il relè di raccordo tra il livello micro del disciplinamento dei singoli individui e il livello macro del controllo sull'intera popolazione<sup>6</sup>.

### 3. Il progetto dell'identità

Come sopra accennato, l'attuale rilevanza del dato corporeo necessita di essere posta in relazione ai cambiamenti avvenuti negli scorcii più recenti della modernità. Più in particolare, si fa qui puntuale riferimento alle trasformazioni sociali che hanno investito il concetto d'identità individuale. L'identità, denominata anche individualità o soggettività, è una delle questioni classiche e da sempre al centro della sociologia. Come ricorda Luisa Stagi (2002), sono molti gli autori che se ne sono occupati e che si sono cimentati nel compito di fornire una definizione, privilegiando talora la rilevazione di alcuni aspetti anziché altri. Seguendo il suggerimento della sopracitata studiosa e alla luce della riflessione condotta in queste pagine, la più adatta definizione d'identità pare quella proposta da Loredana Sciolla:

“[L]’identità rappresenta quel sistema di significati che, mettendo in comunicazione l’individuo con l’universo culturale dei valori e dei simboli sociali condivisi, gli permette di dare senso alla propria azione agli occhi propri e a quelli degli altri, di operare delle scelte e di dare coerenza alla propria biografia” (Sciolla, 1983: 105).

Tale definizione, mettendo l’accento su quell’aspetto relativo alla scelta di un senso che sia allo stesso tempo soggettivo e condiviso, sembra riuscire a cogliere l’accezione più propriamente contemporanea dell’idea d’identità individuale. Tuttavia, prima di riferire in merito a tale significato, vale la pena di fare un passo indietro e di appurare come tale concetto si presentava nel recente passato.

---

potere eminentemente centralizzato, vale a dire nelle mani di un singolo individuo oppure di una particolare istituzione. Al contrario, questo appare più verosimilmente disperso e polverizzato all’interno di una rete altamente integrata e coesa che connette tra loro luoghi, orari, discorsi e atti delle persone. Il potere è qualcosa che permea l’intera organizzazione dello spazio, del tempo e dei sistemi di pensiero e di azione dei soggetti moderni. “[L] potere non è un’istituzione, e non è una struttura, non è una certa potenza di cui alcuni sarebbero dotati: è il nome che si dà a una situazione strategica complessa in una società data” (Foucault, 1978: 83).

<sup>6</sup> Utilizzando i termini impiegati dallo stesso Foucault (2012), è possibile sostenere, più precisamente, come il corpo rappresenti il dispositivo di interconnessione tra l'*anatomopolitica* e la *biopolitica*.

Procedendo con ordine, si può affermare, innanzitutto, che la riflessione sociologica abbia sovente ribadito come l'identità possa essere concepita nei termini di un concetto proprio della modernità e quindi possa essere, in un qualche modo, ritenuta una categoria di pensiero – per come ovviamente la intendiamo oggi – assente in tempi premoderni. Nelle società tradizionali l'identità era, infatti, definita in via pressoché esclusiva dalla posizione occupata dal singolo individuo all'interno della più generale struttura sociale. Nell'Europa medioevale, per esempio, erano gli attributi prestabiliti quali il lignaggio, il ceto sociale, il genere e l'età a definire e determinare con chiarezza e puntualità l'identità di un soggetto. Il singolo individuo nei confronti del potere esercitato dal dato ascritto sul suo modo di essere aveva un ruolo totalmente marginale. L'identità, nei contesti di vita tradizionali, può quindi essere considerata nei termini espliciti di un vincolo, la quale fissava il soggetto entro l'ordine prestabilito e condiviso della collettività. Di conseguenza, pare corretto affermare che l'identità individuale, intesa come la caratteristica propria di un attore sociale di determinare il proprio concetto di sé, non esistesse nelle società di tipo tradizionale. Affinché all'individuo si schiuda un tale spazio di azione bisognerà, infatti, attendere l'emergere di un nuovo ordine sociale, che allenterà i vincoli imposti dalle istituzioni monopolizzanti le condizioni di esistenza.

A riguardo merita di essere ricordato come Émile Durkheim, nel suo *La divisione del lavoro sociale* (1999), asseriva come la messa a tema dell'identità e dello sviluppo delle potenzialità del singolo individuo si debba all'emergere di quell'inedita organizzazione sociale fondata sulla divisione del lavoro. È proprio in seno a una società a *solidarietà organica*, ovvero necessitante della cooperazione cosciente e libera dei suoi agenti – perché priva dei vincoli meccanici imposti dalla tradizione – che avviene la maturazione di una concezione dell'individuo scissa dalla sua appartenenza collettiva, vale a dire autonoma rispetto alla società cui appartiene. Con la modernità si realizza, nei fatti, il primato dell'identità individuale su quella collettiva. All'individuo è accordato il privilegio morale ed esistenziale; esso diviene la categoria base su cui articolare la legge, la morale pubblica e, più in generale, le diverse forme sociali e culturali.

Concordemente a Durkheim anche celebri studiosi contemporanei, tra cui meritano di essere ricordati Zygmunt Bauman, Ulrich Beck e Anthony Giddens, hanno più volte ribadito l'intima natura del rapporto intercorrente tra l'affermazione dell'identità individuale e la de-tradizionalizzazione del contesto moderno, peraltro non esimendosi dal denunciare anche gli aspetti negativi vissuti dal soggetto in relazione a tale processo di mutamento

sociale. Riprendendo dunque il contributo degli studiosi sopra menzionati, l'identità si configura come "un'invenzione moderna" (Bauman, 1999: 18), che sorge nel momento in cui viene meno la stabilità dell'appartenenza e della collocazione dell'attore nel più vasto orizzonte sociale. Essa, di fatto, emerge nell'alveo di una società altamente differenziata, la quale, avendo perso la prerogativa di integrare nella sua struttura e attraverso le sue istituzioni fondamentali le singole unità, conceda a queste ultime di autodeterminarsi e autocollocarsi nel contesto sociale (Beck, 2008) e di riorganizzare autonomamente e per mezzo delle proprie convinzioni e delle proprie azioni il proprio spazio d'esistenza, in buona parte svuotato di significato collettivo (Giddens, 1997).

Come in parte già preannunciato, tali condizioni di possibilità si sono verificate con l'affermarsi della modernità e il lento e progressivo processo di erosione dell'organizzazione sociale monolitica e delle solide istituzioni di tipo tradizionale. Tuttavia, è in questa sede importante sottolineare come sia solo negli scorci più recenti della modernità<sup>7</sup> che il potenziale di autodefinizione del modo di essere del singolo individuo ha conosciuto il pieno affrancamento dalle residuali forme di vincolo all'ordine sociale (Bauman, 1999; Beck, 2008; Giddens, 2001). Le opportunità del soggetto di pensare il proprio sé in termini auto-costitutivi sono, infatti, dapprima apparse parallelamente allo sgretolamento e alla frammentazione delle totalizzanti e soffocanti istituzioni tradizionali, quali il ceto sociale, la religione e la comunità locale di appartenenza. Successivamente, è stato l'indebolirsi degli elementi costituenti la leggera struttura sociale della prima modernità, quali lo Stato, la classe sociale, le forme stabili di lavoro e di famiglia e la distinzione dei ruoli tra i generi sessuali ad accrescere ulteriormente e a portare al pieno sviluppo le possibilità dell'individuo di autodeterminare la propria identità (Beck, Giddens e Lash, 1999). In altre parole, la caratterizzazione dell'identità soggettiva nei termini di un progetto individuale ha potuto trovare la sua compiuta manifestazione solo una volta sciolti i numerosi legami che costringevano e tenevano ancorato l'attore sociale alle forme prefissate e collettive di riferimento, di orientamento e di ordinamento dell'esistenza. È stato quindi l'ingresso nella fase più recente della modernità, contrassegnato da un'inedita ed eccezionale condizione di debolezza della struttura sociale, ad avere, di

---

<sup>7</sup> I sociologi definiscono gli scorci più recenti della modernità, ovvero l'epoca attuale, con termini diversi, sebbene in buona parte sinonimici. Si fa qui riferimento a espressioni quali postmodernità di Bauman, modernità riflessiva di Beck oppure tarda modernità di Giddens.

fatto, permesso al soggetto di pensare al suo modo di essere come al prodotto di un'autonoma attività di riflessione, di scelta e di costruzione.

È così che l'uomo contemporaneo vede dunque aprirsi la possibilità di ideare e di realizzare la sua identità. “[I]l sé diviene un *progetto riflessivo*” (Giddens, 2001: 42), dove con tale aggettivo si vuole porre espressamente l'enfasi sul carattere intenzionale, premeditato, calcolato e cognitivo del suddetto proponimento. L'identità si configura come il frutto dell'applicazione del soggetto nelle attività di concepimento della propria individualità, di autoassemblaggio secondo l'arte del fai-da-te, di scrittura di un racconto autobiografico *ex ante*; essa deve essere necessariamente pensata, assimilata e messa in pratica dall'individuo. Al tempo presente, “[i] singoli diventano attori, costruttori, giocolieri e scenografi delle rispettive biografie e identità” (Beck, 2008: 14). Il sé è il prodotto di una scelta soggettiva, è l'oggetto di un'etica e di un'estetica personale e, come tale, esso diviene anche una precisa responsabilità nonché un dovere da cui l'individuo non può essere dispensato (Bauman, 2002; Giddens, 2001). Tale lavoro non ha, infatti, una fine. La realizzazione dell'identità copre, senza alcuna risoluzione, l'arco di un'intera vita. Essa rappresenta una questione eternamente in sospeso, una pratica perennemente aperta. È un compito che comporta il regolare monitoraggio e la periodica manutenzione (Bauman, 2001).

La costruzione di sé può essere quindi rappresentata come un processo soggettivo d'individuazione e di perseguimento di una traiettoria d'esistenza, capace di conferire un gratificante senso di coerenza personale al singolo individuo e di trasmettere tale significato alla rete sociale in cui questo sceglie d'inserirsi. All'uomo contemporaneo compete di arrangiare il sé entro un racconto dotato di un senso necessariamente autoreferenziale e, allo stesso tempo, intersoggettivo. Come rammenta Ambrogia Cereda (2010), ciò pone dinanzi al paradosso su cui si fonda il concetto stesso d'identità individuale nell'epoca contemporanea. Da un lato esso richiede, infatti, che si segnali con fermezza l'autonomia dagli altri soggetti, sottolineando così la distinzione della persona, l'originalità e l'autenticità del suo lavoro di auto-creazione e la libertà da qualunque modello e vincolo socialmente preconstituito. Dall'altro lato, l'identità necessita però di possedere anche significati accessibili alla lettura altrui. Essa manifesta altresì il bisogno di conservare elementi di un codice comunicativo che sia condiviso dalla più generale realtà sociale. In altre parole, l'identità individuale nella contemporaneità si costituirebbe precisamente come il risultato di una dialettica, scaturendo nel momento in cui il singolo, tentando di concepire il suo sé, si distingue dal suo universo sociale di

riferimento, rimanendo, allo stesso tempo, intellegibile agli altri. Come afferma l'autrice sopra menzionata, l'interazione rappresenta quindi un momento fondamentale per il processo di costituzione e di espressione dell'identità. Interagendo, di fatto, l'attore si appropria di conoscenze, scambia esperienze, negozia significati, impara a maneggiare ed elaborare in modo personale le risorse identitarie a sua disposizione, testando e mettendo alla prova il suo modo di essere e la sua biografia (Cereda, 2010).

Oltre a quanto sinora precisato, appare altresì opportuno rilevare in questa sede come per il soggetto la possibilità di autodefinizione della propria identità e della propria esistenza presenti, accanto agli indiscutibili aspetti positivi, anche dei risvolti negativi e imputabili al più generale contesto sociale in cui tale attività si colloca. L'opportunità di costruzione del sé, lungi dal rivelarsi un mero trionfo dell'autodeterminazione dell'individuo e una definitiva affrancazione dalla determinazione ascrivita della sua identità, si palesa essere anche una fonte di profonde inquietudini e di pervadenti preoccupazioni per l'uomo contemporaneo. Il compito di dare forma al proprio modo di essere e alla propria biografia si complica, infatti, in virtù dell'incertezza che qualifica l'attuale scenario sociale.

Più specificamente, con il termine incertezza si fa qui riferimento a un complesso e composito coacervo di sentimenti, di percezioni, di esperienze e di previsioni, sperimentati dall'attore sociale contemporaneo e indotti dalle caratteristiche assunte dal suo contesto di vita. Nell'alveo di tale definizione possono essere ricondotti, in primo luogo, l'avvertito e pervasivo senso di precarietà del presente (si pensi all'occupazione, agli affetti, alla posizione sociale, ai diritti garantiti etc.), in secondo luogo, il carattere di quasi assoluta e travolgente imprevedibilità del futuro (il quale può essere inteso come una diretta conseguenza di un presente instabile) e, infine, l'angosciante e vessante sentore di vulnerabilità (esperito nei riguardi della propria persona, della propria salute, dei propri beni, dell'ambiente da cui dipende la propria vita etc.).

Di là da questa precisazione, vi è unanime accordo nel pensiero di alcuni tra i più influenti sociologi contemporanei nel riconoscere come il principale ostacolo alla costruzione e alla piena affermazione della propria identità sia rappresentato proprio dall'elevata incertezza dell'orizzonte contemporaneo (Bauman, 1999; Bauman, 2001; Beck, 2000; Beck, 2008; Beck, Giddens e Lash, 1999; Giddens, 1995; Giddens, 2001). Lo stesso mutamento sociale che ha condotto, nella fase più recente della modernità, alle condizioni di possibilità per i singoli soggetti di modellare se stessi e il proprio destino, ha, di fatto, anche portato il diffondersi di un sentimento di apprensione, associato all'alto grado di precarietà, d'imprevedibilità e di

vulnerabilità del contesto di vita contemporaneo. L'indebolimento della struttura sociale e delle istituzioni della prima modernità se, da un lato, ha aumentato la libertà di scelta dell'individuo di autodeterminarsi, conferendo a tale compito i contorni di una precisa responsabilità del soggetto nei confronti di se stesso, dall'altro lato, ha comportato altresì la collocazione dell'agente in uno spazio sociale che vede compromessa buona parte delle sue possibilità di azione e di controllo (Bauman 1999; Beck, 2000). La percezione congiunta d'impotenza, di mancanza di sicurezza e di elevata esposizione al rischio ha avuto importanti ricadute sulla fiducia nutrita dall'individuo nella possibilità di esercitare efficacemente la facoltà riconosciutagli – e si dovrebbe aggiungere di espletare il dovere attribuitogli – di progettazione della sua personale identità ed esistenza. Negli scorcî più recenti della modernità, le capacità e le risorse a disposizione del singolo sono, nei fatti, largamente inferiori ai requisiti necessari a una sua effettiva affermazione.

“[E]siste un ampio e crescente divario tra la condizione degli individui *de jure* e la loro possibilità di diventare individui *de facto*, vale a dire di diventare padroni del proprio destino e compiere le scelte realmente desiderate. È da questo abissale divario che derivano gli effluvi più velenosi che contaminano la vita dell'uomo d'oggi” (Bauman, 2002: 32).

Lo scenario contemporaneo è, di fatto, governato da più o meno note autorità globali, extraterritoriali e sovranazionali (Bauman, 2001), la cui attività, quasi completamente svincolata dalle correnti forme di controllo politico, le quali sortiscono solo effetti temporanei ed effimeri allo stato attuale, può dare seguito a conseguenze ben poco prevedibili e gestibili dall'attore sociale (Beck, 2000). Oggi l'individuo si muove in uno spazio sociale fortemente dipendente da ciò che si concretizza a livello planetario e che, di là dalla portata delle agenzie politiche, è in grado di influenzare profondamente l'esistenza del singolo. Va da sé che l'incommensurabile divario di scala che separa il livello globale da quello individuale privi, inoltre, l'uomo di qualsiasi possibilità di prevenzione, di controllo e d'intervento, dati il breve e limitato raggio d'azione di cui è provvisto e la mancata attività di tramite cui dovrebbero provvedere le organizzazioni di rappresentanza politica. Si pensi, ad esempio, alle fluttuazioni economiche e del mercato del lavoro e alla sproporzione intercorrente tra la scala globale, in cui si originano e manifestano tali fenomeni, e la possibilità estremamente circoscritta, ovvero locale, dei provvedimenti adottabili dal singolo attore sociale (Giddens, Beck e Lash, 1999; Beck, 2000).

Nonostante l'indiscutibile peso esercitato da questi, come da molti altri problemi, sulla vita quotidiana dell'individuo, essi hanno una natura sistemico-globale e come tale rimangono oltre ogni ragionevole possibilità d'affronto e d'intervento di quest'ultimo.

Tuttavia, le crisi globali non stentano a essere presentate ed esperite, sul piano individuale, come dei veri e propri fallimenti personali (Beck, 2000). Tale transustanziazione dell'imputabilità sistemica in una colpevolezza soggettiva contribuisce a conferire all'attuale vissuto un tratto particolarmente deprimente. Malgrado l'origine del tutto indipendente ed estranea al volere e alle capacità del singolo di numerose difficoltà da lui patite, quest'ultime sono figurate come il frutto di un comportamento negligente e imprudente dell'attore sociale, traducendosi dunque in colpe personali. I fallimenti imputabili all'organizzazione planetaria e alla debolezza delle istituzioni politiche vengono a essere scaricati sul singolo e quindi interiorizzati come forme d'insufficienza e d'inadeguatezza soggettive, determinando l'emergere in quest'ultimo di un pervadente senso d'insoddisfazione, di mortificazione e di rancore verso se stesso. Come afferma Beck (2000), negli ultimi scorcì della modernità, ciò che prima era considerato una beffa del destino, una punizione inviata da Dio o il semplice dispiegarsi delle leggi della natura, viene oggi tradotto nei termini di un mero fallimento personale e di una conseguenza dell'imperizia e della negligenza individuale<sup>8</sup>. E così gli effetti di un più generale malfunzionamento a livello sistemico-globale si riflettono sulle singole disposizioni psichiche, originando nei soggetti sensi di colpa, conflitti, ansie e nevrosi, vale a dire tutte quelle forme di patologie intrapsichiche proprie del quotidiano di cui le psicoterapie – oggi sempre più diffuse come peraltro i casi di sofferenza che tentano di lenire – si occupano (Beck, 2000; Beck, 2008; Giddens, 2001). Nel merito, si potrebbe affermare come all'individuo sia richiesto non solo l'assimilazione delle conseguenze dovute alle disfunzioni sistemiche ma anche il controllo delle inquietudini e dei timori originatisi dall'adempiere a un così gravoso compito.

---

<sup>8</sup> Come peraltro rilevato da Beck (2000), è opportuno sottolineare che le più attuali forme di rischio (come per esempio quello di disoccupazione, quello relativo alle conseguenze sulla salute derivanti da danni ambientali etc.) si accumulino soprattutto alla base della gerarchia sociale, ovvero tra quanti sono caratterizzati dal possesso di un modesto capitale economico, di uno scarso potere politico e di limitate risorse culturali. In altri termini, anche nel presente le più antiche forme di disuguaglianza sociale vengono a essere riconfermate.

“Viene così delineandosi un nuovo, paradossale e immediato rapporto tra individuo e società: una contiguità di crisi e malattia, per cui le crisi sociali appaiono come crisi individuali” (Beck, 2008: 17).

In conclusione, appurate l’instabilità del contesto contemporaneo e la difficoltà di trovare un terreno solido, necessario a fondare il proprio sé e la propria vita, l’attore sociale corre il rischio di adempiere in modo insoddisfacente al compito di auto-creazione. Il pericolo d’incorrere in uno sfaldamento della propria identità e in una frammentazione della propria autobiografia – ovvero di vedere il lavoro di autodeterminazione risolversi in un fallimento nonché di assistere alla consequenziale condanna per un tal esito – è oltremodo presente nella coscienza del singolo. Ciò non può non comportare profonde ripercussioni sul modo di pensare se stessi e la propria esistenza. Come sarà argomentato nel prosieguo, alcune di queste conseguenze tendono a riguardare direttamente il corpo.

#### **4. La certezza del corpo**

Come sopra riportato, l’incertezza che caratterizza l’attuale scenario collettivo unitamente alla percezione di scarso controllo sulla realtà circostante e alla sperimentazione di un senso d’inefficacia dell’azione dell’attore sociale condizionano pesantemente l’attività di progettazione delle singole identità. Nello specifico, risulta assai arduo perseguire nella pratica un sé che presupponga un percorso di costruzione di tipo cumulativo e mantenga altresì un senso il più possibile coerente nel tempo, per lo stesso individuo così come per i soggetti che compongono il suo universo sociale di riferimento. La progettazione, la realizzazione e l’espressione dell’identità personale implicano, di fatto, e in una qualche misura l’ancoraggio a degli elementi stabili (Giddens, 1994; Giddens, 2001). L’atto di costruzione del proprio modo di essere è un processo progressivo, che attraversa i tempi, gli spazi e le esperienze vissuti dall’individuo. Come tale, esso richiede che venga salvaguardata nel soggetto la percezione e la sperimentazione di una certa forma di continuità e di coerenza tra il passato, il presente e il futuro, così come tra i differenti ambiti e luoghi di vita. Se così non fosse, le interruzioni e le contraddizioni biografiche concorrerebbero all’apparizione di un’identità sconnessa, frammentata, debole e inattendibile (Giddens, 2001). Il processo di sviluppo del sé necessita, in altre parole, di *sicurezza ontologica*. Nel merito, Giddens precisa come tale termine faccia riferimento

“a una forma (peraltro molto importante) di sicurezza [...] all’atteggiamento della maggior parte delle persone, che confidano nella continuità della propria identità e nella costanza dell’ambiente sociale e materiale in cui agiscono [...] Un certo senso di affidabilità nelle persone e nelle cose, così importante per la nozione di fiducia, è fondamentale per la sensazione di sicurezza ontologica [...] La sicurezza ontologica ha a che fare con l’«essere» o, per dirla con termini fenomenologici, con l’«essere nel mondo»” (Giddens, 1994: 96).

Se nel recente passato a garantire agli individui un certo livello di sicurezza ontologica provvedevano le istituzioni della prima modernità, al presente, constatata la progressiva perdita di rilevanza di tali garanti meta-sociali, quest’ultima forma di stabilità dei singoli soggetti è sicuramente venuta meno. Nell’attuale società a elevato grado d’incertezza, la persona può invero sperimentare la difficoltà di trovare e di conservare quel tanto di sicurezza ontologica necessario a fondare e a sostenere lo sviluppo del suo sé. In altri termini, si potrebbe asserire come l’attore sociale contemporaneo, in quanto privo di quei puntelli psichici che un tempo agivano come un efficace meccanismo di ancoraggio per l’identità, possa scoprirsi, nei fatti, incapace di conferire una forma coerente e soddisfacente al suo modo di essere e alla sua biografia. Egli parrebbe dunque accusare uno stato di eccessiva *insicurezza ontologica*.

Appurata quindi la presenza di tale limitazione, originatasi dalla precarietà dell’attuale condizione di vita, all’individuo non resta che ripiegare su se stesso in cerca di un terreno stabile e sicuro dove fondare e costruire il proprio modo di essere. Il corpo si dimostra, infatti, come una tra le risorse più immediatamente disponibile, più agevolmente governabile e più indiscutibilmente concreta cui il soggetto possa affidarsi e confidare nell’attività di progettazione dell’identità. Il dato corporeo, negli scorci più recenti della modernità, diventa così la principale materia costitutiva e il più potente mezzo di comunicazione del sé (Bauman, 1999; Beck, 2000; Giddens, 1997). Chris Shilling riassume a suo modo quanto sinora argomentato asserendo come

“[w]ith the decline of formal religious frameworks in the West which constructed and sustained existential and ontological certainties residing *outside* the individual, and the massive rise of the body in consumer cultures as a bearer of symbolic value, there is a tendency for people in high modernity to place ever importance on the body as constitutive of the self. For those who have lost their faith in religious authorities and grand political narratives, and are no longer provided with a clear world view or self-identity by these trans-personal meaning structures, at least the body initially appears to provide a firm foundation on which to reconstruct a

reliable sense of self in the modern world. Indeed, the increasingly reflexive ways in which people are relating to their bodies can be seen as one of the defining features of high modernity” (Shilling, 2003: 2-3).

Posticipando al prosieguo l’importante questione del rapporto intercorrente tra il corpo, la costruzione dell’identità e la cultura di consumo (vedi capitolo 5), appare opportuno sottolineare in queste pagine come, in un contesto di vita collettivo caratterizzato dall’incertezza, il dato fisico possa rappresentare oltre che una solida base su cui erigere un affidabile senso di sé anche un efficace meccanismo di regolazione delle ansie e dei timori scaturenti da una siffatta condizione sociale ed esistenziale. Più specificamente, il soggetto, sottoponendo il corpo a diverse forme di management e all’esercizio della propria volontà, compenserebbe un bisogno di sicurezza altrimenti inevaso, persuadendosi, al contempo, circa l’efficacia delle proprie azioni. In altri termini, il controllo corporeo diventerebbe il surrogato di un impraticabile dominio sulla realtà esterna. Del medesimo avviso è Shilling, il quale afferma come

“[i]nvesting in the body provides people with a means of self expression and a way of potentially feeling good and increasing the control they have over their bodies. If one feels unable to exert influence over an increasingly complex society, at least one can have some effect on the size, shape and appearance of one’s body” (Shilling 2003: 6)

Dal corpo si tenta dunque di attingere quella certa misura di stabilità che risulta necessaria per il benessere psicologico dell’individuo. L’attore sociale contemporaneo scorge, di fatto, nell’elemento corporeo la possibile soluzione di esigenze ontologiche e simboliche altrimenti insoddisfatte. Nel merito, anche Stagi sottolinea similmente come

“[a]ttraverso le diverse pratiche di gestione e disciplinamento del corpo, riusciamo ad assolvere contemporaneamente a due bisogni: rendiamo visibile l’autocontrollo (responsabilità individuale) attraverso le forme corporee, e gestiamo l’incertezza, nell’illusione di poterci riappropriare di una parte del controllo che sentiamo di avere perso. Le pratiche stesse rappresentano dunque sia un mezzo (per la costruzione corporea), sia un fine (per la riduzione della complessità e la percezione di auto-controllo)” (Stagi, 2008: 33).

Tornando invece al rapporto tra l’identità e il corpo, merita ancora di essere puntualizzato come sia, più precisamente, attraverso le pratiche corporee che il soggetto ha modo di illustrare, tanto simbolicamente quanto

materialmente, il suo modo di essere. Nel panorama sociologico, si deve sicuramente alla riflessione di Giddens (1994; 1995; 1997; 2001) la collocazione di tali pratiche entro la più generale disamina dei processi di costruzione dell'identità e della biografia dell'attore sociale contemporaneo. Come, infatti, spiega il sociologo inglese, nel contesto di vita odierno, le *routine* che si orientano e si riflettono sulla dotazione fisica dell'individuo mostrano di possedere un'indubbia rilevanza nella creazione e nella comunicazione del suo sé. Si pensi a titolo esemplificativo alle abitudini alimentari, le quali forniscono precise informazioni circa la provenienza di un soggetto ma anche nel merito dell'immagine coltivata e dell'etica professata dallo stesso. Stando dunque a Giddens, al presente lo stile di vita costituirebbe invero un

“sistema più o meno integrato di pratiche che un individuo abbraccia, non solo perché tali pratiche soddisfano bisogni utilitaristici, ma perché danno forma materiale a una particolare narrazione dell'identità” (Giddens, 2001: 106).

In altri termini, l'attore sociale contemporaneo, attraverso la scelta e l'adozione di un preciso stile di vita, articolerebbe e restituirebbe in forma procedurale, tangibile e continuata la sua identità e la sua biografia. Le scelte che il singolo prende ogni giorno e le abitudini che lo guidano in fatto di abbigliamento, alimentazione, modo di comportarsi, azioni da intraprendere e luoghi da frequentare, per quanto banali e a prima vista insignificanti,

“[s]ono decisioni non solo su come agire ma anche su “chi” essere [...] Più le situazioni nelle quali un individuo si muove sono post-tradizionali, più lo stile di vita concerne il vero cuore dell'identità, il suo comporsi e ricomporsi” (Giddens, 2001: 107).

Tuttavia, è altresì opportuno specificare che lo stesso Giddens discerne, in particolare, come, sempre più frequentemente nel panorama contemporaneo, “si verific[hi] una simmetria completa tra lo sviluppo corporeo e lo stile di vita (che si manifesta, per esempio, quando si seguono specifici regimi fisici)” (Giddens, 2001: 11). Tale aspetto è ben illustrato dalle pratiche corporee, oggi molto diffuse, che ruotano intorno all'ideale del benessere e della forma fisica. Appare ovvio come tali regimi fisici – che si esplicano sostanzialmente nell'acquisizione di precise abitudini alimentari, nella pratica regolare di attività fisica e nel sottoporsi a trattamenti finalizzati alla preservazione dello stato di salute e alla prevenzione delle malattie e dell'invecchiamento – non informino solo il

corpo ma esercitino un condizionamento anche sulle forme assunte dall'esistenza del soggetto, prevedano un'attenta pianificazione delle sue azioni, dei suoi tempi e dei suoi spazi. Per quanti s'ispirano a un tale modello di gestione corporea, sia l'aspetto fisico sia la condotta di vita hanno, nei fatti, una funzione narrativa tanto del loro specifico modo di intendere il sé quanto del loro peculiare progetto di vita. Il corpo nel presente diviene quindi

“parte di un sistema d'azione piuttosto che semplicemente un oggetto passivo [...] Fare esperienza del corpo è un modo di rendere coerente il sé come un tutto integrato”<sup>9</sup> (Giddens, 2001: 101-102).

Oltre ciò, non può essere sottaciuto come lo stesso Giddens (2001), segnali poi l'influenza esercitata dai numerosi fattori di rischio per la salute sulle scelte in materia di stile di vita. A oggi le scienze mediche e biologiche riconoscono, infatti, la facoltà di minare anche irrimediabilmente la salute umana a un cospicuo numero di sostanze presenti nell'ecosistema e di comportamenti agiti dalla persona. L'attore sociale contemporaneo è così sia sottoposto a un quotidiano bombardamento d'informazioni sui rischi alla sua salute, conseguenti all'ambiente e al modo in egli cui vive, sia esortato a fare fronte a questi ultimi, cercando non solo di evitare ogni potenziale fonte di pericolo ma anche di minimizzare preventivamente gli eventuali effetti nocivi. Come suggerisce Crossley (2006a), si potrebbe affermare che il presente richieda al soggetto di diventare il *risk manager* di se stesso, vale a dire che compia una preliminare valutazione del suo portfolio di rischi e una conseguente implementazione delle scelte più opportune nell'ambito del suo stesso stile di vita<sup>10</sup>. Anche coloro che decidono di sottrarsi deliberatamente a tale

---

<sup>9</sup> Merita di essere chiarito come nel pensiero di Giddens (2001) non siano solo l'aspetto della superficie corporea e i regimi ai quali i corpi sono soggetti a essere rilevanti; anche i comportamenti e gli atteggiamenti, unitamente alla sensualità, ovvero alla precisa disposizione corporea a gestire il piacere e il dolore, hanno un'apprezzabile ricaduta sull'espressione della singola identità. Si può sostenere a riguardo come per l'attore sociale contemporaneo sia la completa consapevolezza del corpo, vale a dire il controllo tanto delle sue forme quanto delle sue azioni e dei suoi impulsi, a essere mobilitata in virtù della costruzione e della rappresentazione del sé (Giddens, 2001).

<sup>10</sup> Bauman (1999) osserva nel merito del dovere individuale di salvaguardia del corpo come la stessa politica possa essere concepita nei termini di un'estensione e di un'unione, a livello sociale, di tale impegno personale nella prevenzione, nella difesa e nel contenimento dei possibili fattori di rischi che minacciano la salute ambientale e umana. In tale prospettiva la politica, secondo lo studioso polacco, si ridurrebbe quindi a null'altro che “una cura del corpo con altri mezzi” (1999: 144).

attività di gestione del rischio, ignorando le disposizioni degli esperti, possono nondimeno dirsi al corrente degli effetti potenzialmente dannosi connaturati a una tale opzione. Al nostro tempo, data la pervasività dei mezzi di comunicazione di massa, pensare al proprio stile di vita nei termini espliciti del rischio appare, di fatto, inevitabile (Beck, 2000; Giddens, 2001).

“Così qualcuno potrebbe decidere, per esempio, di ignorare i risultati delle ricerche che sembrano mostrare che una dieta piena di frutta e fibra, e povera di zucchero, grasso e alcool, è fisicamente benefica e riduce il rischio di contrarre alcuni tipi di malattie. Potrebbe decidere di scegliere la stessa dieta di cibi densi, grassi e dolci che le persone della precedente generazione consumavano. Tuttavia, date le opzioni disponibili in materia di dieta e il fatto che l'individuo ha almeno una qualche consapevolezza di essa, tale condotta costituisce comunque un particolare stile di vita” (Giddens, 2001: 108).

In altre parole, nel contesto contemporaneo, anche il management dei molteplici rischi per la salute orienta le pratiche corporee e lo stile di vita del singolo soggetto, venendo così a essere, nei fatti, assorbito all'interno del più generale processo costitutivo dell'identità e della biografia personale.

Ciò posto, appare però doveroso considerare come, nell'analisi di Giddens, le diverse pratiche corporee così come lo stile di vita dell'attore sociale del presente siano di tipo puramente riflessivo, ovvero si caratterizzino per essere il frutto della sua attività di scelta intenzionale e di pianificazione ponderata. Definita in tali termini, la riflessività del singolo soggetto sembrerebbe dunque in buona misura approssimare una razionalità di tipo economico, vale a dire orientata, attraverso la predisposizione di mezzi idonei, al conseguimento di uno scopo predeterminato (Weber, 1962). Stando, infatti, al quadro analitico sopra discusso, l'individuo contemporaneo, cosciente dell'importanza del dato fisico nel processo di costruzione e di rappresentazione della sua identità e della sua biografia, opterebbe e adotterebbe specifiche pratiche corporee in modo funzionale all'espressione del suo sé e al mantenimento della sua traiettoria di vita, non senza soppesare le conseguenze, in termini identitari e biografici, derivanti da una mancata e da un'alternativa selezione e attuazione delle stesse.

Eppure, come segnalato da Nick Crossley (2006a), l'atteggiamento e il comportamento dell'attore sociale in relazione all'aspetto e alla salute del corpo potrebbero, il più delle volte, non strutturarsi in tal modo, specie nel corso dell'esperienza quotidiana. L'attenzione per il dato corporeo da parte

dell'individuo potrebbe essere, invero, meno cronica e più episodica di quanto invece sarebbe lecito attendersi in ottemperanza a uno standard sociale di gestione corporea di tipo compiutamente riflessivo. Nel merito, alcuni studi empirici, fondati, più specificamente, sulla rilevazione del vissuto soggettivo per mezzo di metodiche non-direttive (Calnan e Williams, 1991; Williams, 1996), avrebbero, nei fatti, documentato che la realtà ordinaria sperimentata dalla maggior parte degli individui non si qualificerebbe per la presenza di un management corporeo, di volta in volta, opportunamente ponderato. L'adozione di una tale gestione corporea, per l'appunto riflessiva, si registrerebbe, infatti, solo in concomitanza con la manifestazione di sensibili alterazioni dello stato di salute e dell'aspetto fisico dei soggetti. Come tale, un management corporeo ispirato dalla riflessività sarebbe quindi più verosimilmente limitato alla sola dimensione straordinaria dell'esistenza, anziché attraversare l'intero suo vissuto. In altre parole, il corpo farebbe la sua comparsa sull'orizzonte della riflessione individuale in quelle condizioni contraddistinte da incidentali forme di deterioramento della sua efficienza e di modificazione della sua apparenza.

Tale ipotesi ricalca piuttosto fedelmente la teoria dell'*absent body* (1990) di Drew Leder, secondo cui il corpo, inteso qui come un sistema integrato di percezioni e di azioni, scomparirebbe dall'esperienza cosciente dell'essere umano quando questo è impegnato nelle normali attività quotidiane. In tale condizione, afferma Leder, il corpo sarebbe perlopiù inavvertito dalla persona. Concordemente a ciò, le percezioni e le azioni del soggetto mostrerebbero altresì un carattere spiccatamente preriflessivo benché intenzionale nel corso del suo abituale vissuto. La vita quotidiana si svolgerebbe dunque nell'assenza del dato corporeo; ciò che il singolo individuo distingue a livello della coscienza non sarebbe già il suo corpo, colto nell'attività situata del percepire e dell'agire, ma la realtà sensibile e malleabile dell'ambiente in cui quest'ultimo è immerso. In condizioni di *routine*, il corpo rimarrebbe, infatti, sullo fondo delle attività del soggetto, ponendosi, invero, al di fuori del focus delle sue cognizioni (Leder, 1990).

Tuttavia, secondo lo stesso Leder, tale stato di coscienza subirebbe un repentino e profondo mutamento nel momento in cui l'individuo avverte del dolore, a seguito di una lesione fisica o di un malfunzionamento organico. In tale occasione, l'elemento corporeo affiorerebbe, infatti, violentemente nella consapevolezza del soggetto, portandosi in primo piano e relegando sullo sfondo tutto ciò che lo circonda. Più precisamente, lo studioso americano definisce, con un gioco di lingue e di parole, *bodily*

*dys-appearance*<sup>11</sup> tale alterazione della normale esperienza (Leder, 1990), puntualizzando, altresì, come in essa il corpo diventi il focus della coscienza dell'individuo, assorbendo la maggior parte delle risorse mentali e fisiche e pregiudicando in buona misura le capacità di pensiero e di azione sulla realtà esterna. In altri termini, il vissuto prodotto nella persona risulterebbe così adeso alla sensazione di dolore da inibire, nei fatti, le facoltà cognitive e motorie che permettono una proficua interazione di quest'ultima con l'ambiente circostante.

La teorizzazione dell'*absent body* di Leder (1990), riconoscendo l'abbinamento e la reciproca opposizione tra l'assenza del corpo e il suo stato di efficienza e tra la presenza del corpo e il suo stato d'inefficienza, potrebbe indurre a ritenere come quella riflessiva sia una forma di esperienza e di relazione tra il soggetto e il suo corpo che si dà solo piuttosto sporadicamente nella prassi quotidiana. Se, infatti, l'assenza del corpo fosse la condizione normale della soggettività – ovvero se l'uomo fosse strutturato in modo che la sua coscienza sia perlopiù indifferente al corpo – una gestione corporea caratterizzata da una spiccata riflessività risulterebbe difficilmente perseguibile, se non al prezzo di onerosi, ripetuti e prolungati sforzi di reindirizzamento del focus soggettivo della percezione e dell'azione.

Peraltro, la teoria dell'*absent body* (Leder, 1990) – unitamente alla consecutiva revisione della rilevanza assunta dalla riflessività nell'esperienza dell'attore sociale contemporaneo – permetterebbe, inoltre, di spiegare la ragione che porta mutamenti dell'aspetto e della funzionalità corporei, dallo sviluppo perlopiù lento e progressivo, a passare sovente e lungamente inosservati alla coscienza di quanti li sperimentano, per poi appalesarsi improvvisamente in tutta la loro estensione e in tutta la loro distanza dagli stati fisici precedenti. Crossley definisce *blind spots* (2006a) tale fenomeno di prolungata insensibilità e ritardata presa di consapevolezza del cambiamento corporeo da parte della soggettività. Lo studioso inglese (2006a), specifica poi come, nel merito della presa d'atto della transizione, questa necessita sovente di uno stimolo, il quale, nei fatti, agevoli e consenta all'individuo di assumere un punto di riferimento il più possibile esterno e oggettivo sulla propria esperienza corporea; si pensi a titolo esemplificativo alle fotografie, alle taglie degli abiti, alla rilevazione

---

<sup>11</sup> Leder (1990) compone questo termine congiungendo il prefisso greco antico *dys*, vale a dire malato, con il sostantivo inglese *appearance*, ovvero apparizione. Nella disamina dello studioso, con il concetto di *bodily dys-appearance* si fa esplicito riferimento al momento in cui il corpo, a causa di un sopraggiunto stato fisico disfunzionale o patologico, diventa il focus dell'esperienza soggettiva (Leder, 1990).

del peso ma anche al controllo della pressione sanguigna, della temperatura corporea e all'esame optometrico. Riguardo alla mancata percezione dei mutamenti fisici e organici del corpo, Crossley (2006a) segnala, in aggiunta, come questa si verifichi anche in conseguenza del fatto che i cambiamenti realizzatisi nel breve periodo si accompagnino a gradualmente aggiustamenti nelle attese soggettive. Solo quando si palesa uno iato incolmabile tra i mutamenti e le aspettative, in quanto i primi sono progrediti più velocemente rispetto al loro accomodamento da parte delle seconde, si determina l'effettiva presa di consapevolezza nell'individuo di un'avvenuta alterazione corporea.

Di là dalle specificazioni, si può sostenere in ultima analisi come l'*absent body* di Leder (1990) e il *blind spots* di Crossley (2006a) impongano di tenere in opportuna considerazione come la relazione instaurata dall'attore sociale contemporaneo con il suo corpo possa assumere toni meno riflessivi, vale a dire essere meno strumentale, intenzionale e razionale di quanto appare nella disamina di Giddens (2001). Sembra pertanto ragionevole avanzare l'ipotesi che la stessa riflessività corporea possa ricalcare più l'ideale di gestione del corpo socialmente diffuso e accettato che non riprodurre la realtà vissuta dalla maggior parte degli individui nella loro quotidianità (Crossley, 2006a). In altre parole, le argomentazioni di Giddens (2001) sull'esperienza corporea di tipo riflessivo dell'attore sociale contemporaneo potrebbero dare luogo a imprecise generalizzazioni laddove mancassero della possibilità di distinguere le ingiunzioni normative, proprie di un discorso pubblico e collettivo, dalle esperienze pratiche dei singoli soggetti (Sassatelli, 2000).

## 5. Conclusioni

Ripercorrendo in sintesi il percorso teorico tracciato in queste pagine, può essere innanzitutto ricordato come, nella società contemporanea, sempre più persone si prendano cura dell'aspetto, della salute e del benessere del corpo. Il dato corporeo suscita l'indiscutibile interesse di una cospicua e crescente quota d'individui di entrambi i sessi e di tutte le età (a partire dalla prima adolescenza) e gli status sociali. Nel merito, va però evidenziato come la ragione di una tale attenzione possa essere anche rintracciata, più specificamente, nel fatto che il corpo è riconosciuto, dagli stessi soggetti, veicolo di significati inerenti alle loro singole identità personali. L'attore sociale contemporaneo colloca, infatti, il corpo in una

posizione centrale rispetto al processo di costruzione e comunicazione del suo sé.

In aggiunta, come si è avuto modo di precisare, la rilevanza accordata al dato corporeo per fini identitari è altresì frutto di un più generale processo di mutamento storico-sociale che, avviatosi sin dagli albori della modernità, ha consentito, nei più recenti scorci della stessa epoca, a ciascun individuo di affrancarsi dalla maggior parte delle determinazioni sociali, un tempo vincolanti, e determinare, in prima persona, la propria identità e la propria biografia. Solo nel momento in cui il sé diviene a tutti gli effetti un progetto riflessivo, vale a dire perseguito attraverso un' autonoma, intenzionale e ben ponderata attività di scelta da parte del singolo soggetto, il corpo può, nei fatti, partecipare pienamente alla realizzazione di un tale proponimento e all'affermazione di un tale principio.

Peraltro, l'importanza conferita oggi al corpo, nel processo di concepimento e di compimento dei propri modi di essere e di stare al mondo, è accresciuta dall'incertezza che affligge l'attuale scenario sociale. Dati la percezione di scarso controllo sulla realtà circostante, la sperimentazione di un acuto senso d'inefficacia dell'azione individuale e il conseguente ed elevato rischio di fallimento della stessa attività di autodeterminazione, all'attore contemporaneo non resta altra possibilità che ripiegare su se stesso nella ricerca di un terreno stabile e sicuro dove poter radicare e far crescere la propria identità. Tale soggetto sembra dunque utilizzare il corpo come una gruccia di sostegno cui affidare, in mancanza di altri solidi appigli, il progetto del sé e, al contempo, trarre dal controllo fisico, derivante dalle pratiche corporee, un rassicurante surrogato di un altrimenti impraticabile dominio sulla realtà esterna. Ciò posto, è necessario però temperare una rappresentazione eccessivamente riflessiva, ovvero calcolata e funzionale, della relazione instaurata dall'individuo contemporaneo con il dato corporeo. Un management del corpo in termini compiutamente riflessivi potrebbe, invero, ricalcare più l'ideale di gestione oggi socialmente diffuso e accettato che non riprodurre la realtà vissuta al presente dall'attore sociale nella sua quotidianità.

## **Il corpo e la cultura**

### **1. L'incorporazione dell'esperienza**

Appurato quindi come il corpo e le sue diverse pratiche di management siano, nell'ultimo scorcio della modernità, essenziali al fine del processo di costruzione, mantenimento e rappresentazione dell'identità personale, non si può ignorare come il dato fisico, oltre a essere per l'appunto funzionale all'espressione del carattere unico e propriamente individuale dell'attore contemporaneo, si presti altresì a veicolare precise informazioni inerenti anche alla sua appartenenza sociale. L'aspetto del corpo, i suoi comportamenti e, più in generale, le peculiarità che riguardano il vasto spettro di attività attinenti alla sua gestione pongono, di fatto, il singolo individuo in relazione con la struttura sociale in cui questo è inserito, precisandone la sua collocazione in termini di status nonché la natura dei rapporti intrattenuti con altri. Ne consegue dunque che il progetto e le scelte concernenti il modo di essere, la biografia e lo stile di vita avvengano in uno spazio sociale che, in quanto tale, pone dei vincoli e dei limiti al soggetto. La riflessività dell'attore non può dunque essere né concepita come un'attività totalmente affrancata dalla posizione occupata all'interno della gerarchia sociale né rappresentata come dipendente unicamente dalle capacità d'ideazione, di elaborazione e di azione personali. Il dominio e il confine dell'agire dell'uomo contemporaneo necessitano pertanto di essere riveduti alla luce della considerazione che il processo di definizione dell'identità, e quindi anche delle pratiche corporee a esso funzionali, si mostra in parte predeterminato dall'ambiente sociale, ovvero si configura in una certa misura a un livello preriflessivo per il singolo. Il sé incomincia, infatti, a strutturarsi in un individuo sin dalla sua più tenera età in un ineluttabile rapporto di scambio con il suo precipuo contesto sociale e

materiale d'esistenza. Come tale, il modo di essere di un soggetto non può prescindere dal condizionamento dell'ambiente in cui esso si sviluppa.

Nella disamina della definizione del sé e del ruolo rivestito in tale processo dal corpo, porre attenzione oltre che alla riflessività individuale anche alla prassi socialmente situata prescrive necessariamente un attento esame dei contributi di Pierre Bourdieu (1984; 1987; 2003; 2005), in quanto tale autore si è concentrato, tanto nell'esplorazione teorica quanto nella ricerca empirica, proprio sui processi d'incorporazione soggettiva delle condizioni sociali e materiali di esistenza. Con maggior chiarezza, Bourdieu, nel suo *Per una teoria della pratica* (2003), propone una teoria della conoscenza fondata propriamente sul primato della stessa pratica, marcando, in particolare, la funzione generativa e pedagogica esercitata dalla prassi umana. Stando, infatti, al pensiero di Bourdieu, nella pratica si situano, più esattamente, la produzione della stessa conoscenza così come la sua riproduzione, trasmissione e trasformazione. Ciò che l'uomo conosce è, in altre parole, ciò che è stato esperito nel corso della sua attività pratica, vale a dire ciò che, durante la diretta sperimentazione e applicazione, è stato dapprima assimilato dal soggetto e poi successivamente organizzato in una disposizione di pronto utilizzo (Bourdieu, 2003).

È importante sottolineare, ai fini del presente contributo, che nella riflessione proposta dallo studioso francese, dati l'origine e l'orientamento essenzialmente pratici della conoscenza, quest'ultima dimostra uno spiccato carattere incorporato. Il soggetto trarrebbe, invero, le proprie conoscenze e le possibilità di orientare la propria esistenza in modo sperimentale e procedurale, ovvero non attraverso un processo d'apprendimento razionalizzato in termini astratti e proprio del livello del discorso bensì per tramite di un *modus operandi*, vale a dire di un pragmatico adattamento alla situazione materiale e di una sua incorporazione. Nell'individuo si vedrebbe dunque realizzata la “*dialettica dell'interiorità e dell'esteriorità, cioè dell'interiorizzazione dell'esteriorità e dell'esteriorizzazione dell'interiorità*” (Bourdieu, 2003: 206). In ciò, il corpo, con la sua vocazione appropriativa e la sua capacità assimilatrice, assolverebbe un ruolo determinante, permettendo, nei fatti, l'instaurarsi della relazione, alla base del processo di costruzione della conoscenza, tra il soggetto e la realtà esterna che lo circonda.

In conseguenza del primato dell'esperienza pratica e della sua natura essenzialmente incorporata, l'attore sociale verrebbe dunque ad appropriarsi in modo adattivo, quasi meccanico e in buona misura inconsapevole anche delle strutture e delle regolarità associative che sono costitutive di uno specifico ambiente sociale e di una precisa situazione di

vita. L'incorporazione dell'oggettività della realtà sociale nel singolo individuo diviene così intimamente legata all'interiorizzazione degli schemi collettivi, in quanto ciò che è assimilato soggettivamente è il prodotto dell'esteriorizzazione di una soggettività e di una socialità precedentemente strutturata. Ciò nonostante, Bourdieu tiene a puntualizzare come da tale fatto non consegua necessariamente la sola riproduzione di ciò che è già noto e oggettivo. Nell'incorporare le forme di conoscenza *prêt-à-porter*, ciascun soggetto ha, infatti, la possibilità di apportare modifiche e innovazioni. L'assimilazione della prassi, chiarisce nel merito lo studioso, contiene in sé un insopprimibile impulso generativo; essa è, di fatto, un'arte della scoperta (*ars inveniendi*), ovvero un'azione votata, al contempo, sia all'acquisizione di una padronanza tecnica precedentemente affermata sia all'introduzione di espedienti inediti e innovativi (Bourdieu, 2003).

In aggiunta a ciò, merita poi di essere rilevato come nel pensiero di Bourdieu la sperimentazione e l'incorporazione di una data condizioni d'esistenza siano altresì all'origine del celebre concetto di *habitus*. È, infatti, nell'esperienza pratica e corporea che si genera quel

“sistema di *disposizioni* durature, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, vale a dire in quanto principio di generazione e di strutturazione di pratiche e di rappresentazioni che possono essere oggettivamente “regolate” e “regolare” senza essere affatto il prodotto dell'obbedienza a delle regole, oggettivamente adattate al loro scopo, senza presupporre l'intenzione cosciente dei fini e il dominio intenzionale delle opzioni necessarie per raggiungerli e, dato tutto questo, collettivamente orchestrate senza essere il prodotto dell'azione organizzatrice di un direttore d'orchestra” (Bourdieu, 2003: 207).

Alla luce della discussione presentata in queste pagine, appare prioritario evidenziare come l'*habitus* trova quindi una compiuta espressione, tanto inconsapevole quanto regolare, proprio nel corpo. L'*habitus*, specifica lo stesso Bourdieu (2003), è, invero, un assetto, una sistemazione, un'attitudine e una propensione, prima di tutto, del corpo. Esso non è qualcosa che si possiede in modo mentalistico, non è una proprietà discorsiva bensì è qualcosa che si avvicina a una struttura incorporata, vale a dire a una matrice ontologica incarnata nel soggetto. Tale sistema di disposizioni, nei fatti, produce gesti, movimenti, comportamenti, impulsi, sensazioni e sentimenti, pervade gli automatismi e gli schemi di azione e di pensiero, modella le tecniche motorie ed espressive e informa le stesse percezioni e valutazioni (Bourdieu, 2003).

Di là dalla sua eminente natura corporea, Bourdieu riconosce, inoltre, all'habitus la facoltà di dotare il soggetto di un modo organizzato d'essere rispetto a sé e agli altri. Di fatto, per mezzo dell'habitus, ovvero sulla scorta di uguaglianze e di differenze, di analogie e di opposizioni, inferite tra i singoli sistemi di disposizioni, l'attore sociale ordina, classifica, omologa e distingue se stesso rispetto alla più complessa realtà sociale. A tale riguardo, lo studioso riferisce espressamente come un diverso habitus e una difforme gestione del corpo tra gli individui permettano, nei fatti, ai singoli soggetti di naturalizzare, incarnandole, le rispettive posizioni occupate nel più generale sistema di potere, siano esse di dominio oppure di subordinazione. In altri termini, l'habitus sarebbe all'origine, tanto dell'omologia rilevabile tra le difformità corporee individuali e le relative differenze economiche, culturali e sociali, quanto della loro incorporazione e naturalizzazione in seno al singolo e all'intera collettività (Bourdieu, 2003).

Lo stesso Bourdieu, peraltro, rileva e illustra minuziosamente il funzionamento di tale dinamica nel suo celebre studio sulle preferenze di consumo e sui gusti dei francesi, realizzato alla fine degli anni sessanta del secolo scorso (Bourdieu, 1984). Tale analisi, individuando, nei fatti, una stretta correlazione fra gruppi sociali e generi, da un lato, e modelli di consumo e di gestione corporea, dall'altro, ha segnalato come gli individui, attraverso i gusti e le abitudini, non discernano solo fra i beni di consumo e le pratiche corporee ma differenzino, altresì, fra loro stessi. Lo studioso ha così potuto dimostrare come, nella pratica, le diverse preferenze e attività, collocando gli attori su piani dissimili quanto alla ripartizione del capitale economico, culturale e sociale, riflettano e stabilizzino posizioni di reciproca somiglianza e differenza all'interno di una gerarchia di potere. Stando quindi alle conclusioni tratte da Bourdieu, nel gioco apparentemente innocuo delle distanze tra i gusti e le abitudini soggettive si celerebbe il tentativo sia della classe superiore sia del genere maschile di distinguersi, simbolicamente e materialmente, dai loro opposti, al fine di confermare, naturalizzare e reiterare non solo il loro sistema di valutazione ma anche la loro posizione di vantaggio (Bourdieu, 1984).

D'altra parte, anche passando dalla Francia studiata da Bourdieu alla realtà contemporanea, è possibile apprezzare come perdurino profonde differenze nelle pratiche relative al management corporeo tra i diversi status sociali. A titolo esemplificativo, si pensi alle discrepanze rilevabili nelle abitudini e nei consumi alimentari, nella pratica regolare di attività sportiva e di esercizio fisico e nell'uso di servizi specialistici finalizzati al mantenimento della salute e alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle

affezioni. Nel merito delle prime si può precisare che numerosi studi segnalino come a un reddito e a un'istruzione elevati si associ più frequentemente una dieta nutrizionalmente migliore, ovvero con un più alto consumo di frutta e verdura. Le stesse indagini indicano, all'opposto, come al decrescere delle sopraccitate variabili segua un peggioramento della qualità dell'alimentazione e, più in particolare, un sensibile aumento del consumo di *junk food*<sup>1</sup> (Offer, 1998). Riguardo invece alla regolare pratica di attività sportiva e di esercizio fisico, i dati del *Bureau of Census* (citati in Offer, 1998), riferiti alla popolazione statunitense dell'ultima decade del secolo scorso, attestano come tali attività crescano significativamente all'aumentare del reddito e dell'istruzione e decrescano, altrettanto sensibilmente, al diminuire delle medesime variabili. Allo stesso modo, anche per il Regno Unito i dati raccolti nell'ultimo ventennio del XX secolo dalla *General Household Survey* (citati in Offer, 1998) rilevano che l'abitudine a svolgere attività fisica sia notevolmente più diffusa tra la popolazione di alto status sociale e sicuramente più contenuta tra quella di basso status sociale. Una situazione del tutto analoga si osserva poi anche nel ricorso ai servizi specialistici finalizzati al mantenimento della salute e alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie. Le evidenze presenti in letteratura (citati in Crossley, 2006a) non lasciano, infatti, dubbi sulle maggiori probabilità di accertare l'attuazione di un consulto medico e di un esame diagnostico tra gli status socioeconomici più favoriti rispetto a quelli più umili<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Peraltro, può essere aggiunto che lo stesso studio di Bourdieu (1984) rilevava che, salendo la scala sociale, diminuivano i consumi di cibi molto nutrienti ed economici, come i tuberi, i cereali, i legumi, le carni suine e lo strutto, mentre, al contrario, aumentavano le assunzioni di alimenti leggeri, magri e più costosi, come il manzo, il vitello, il pesce nonché la frutta e la verdura. Coerentemente a ciò, la medesima indagine segnalava, inoltre, una predilezione degli status sociali superiori per gli alimenti leggeri, dal gusto delicato e offerti in dosi contenute e una preferenza dei ceti sociali più umili per gli alimenti energetici, dal sapore forte e serviti in porzioni abbondanti. Va da sé che Bourdieu riconduca tali evidenze a una differenza di *habitus*, vale a dire a una distinzione operata in seno alla gerarchia sociale tra il *gusto del necessario* della classe operaia, contraddistinto per l'appunto dalla suddetta propensione per cibi nutrienti ed economici, e il *gusto del lusso* della classe media, caratterizzato, invece, dalla volontà di stilizzazione del consumo alimentare, dal contenimento dell'appetito e dal privilegio della forma sulla sostanza (Bourdieu, 1984).

<sup>2</sup> Nel merito Roberta Sassatelli (2012) afferma come la classe media si mostri, di fatto, più preoccupata e attenta nei riguardi del corpo e della salute rispetto alla classe operaia. Più specificamente, la classe media si sottoporrebbe con maggiore regolarità a check-up medici, ritenendo la cura del corpo e della salute una responsabilità personale. Diversamente, la classe operaia, evidenziando un atteggiamento più fatalistico nei confronti del corpo e della salute, si dimostrerebbe, all'opposto, più reclutante nell'interpellare un medico, se non in caso di evidente necessità. Tale differenza di atteggiamento e di comportamento nei

In ultima analisi e ai fini del presente contributo, le evidenze appena presentate nonché la più generale disamina del pensiero di Bourdieu, permettono di precisare – utilizzando le stesse parole dal sopracitato studioso – che

“il corpo in ciò che ha di più naturale in apparenza, cioè nelle dimensioni della sua conformazione visibile (volume, statura, peso ecc.) è un prodotto sociale, dato che la distribuzione ineguale tra le classi delle proprietà corporee si compie attraverso diverse mediazioni come le condizioni di lavoro e le abitudini di consumo e viene filtrata attraverso categorie e classificazioni le quali non sono indipendenti da tale distribuzione” (Bourdieu, 1987: 164).

È pertanto necessario considerare come, in aggiunta a quanto sinora riportato, il corpo costituisca anche l'esito di un processo di definizione sociale. Oltre a essere l'obiettivo di un programmato intervento riflessivo, al presente, il corpo del singolo individuo assimila altresì, in modo non del tutto consapevole, le condizioni materiali e sociali in cui si svolge la sua esistenza, strutturandosi in conformità e dunque restituendo precisi significati comuni, anticipatamente alla sua messa in discussione a fini identitari. Si può dunque sostenere, più precisamente, come habitus e riflessività, determinismo materiale e progetto personale concorrano nel dare forma e significato al corpo dell'attore sociale contemporaneo. Il suo aspetto, la sua salute e le stesse pratiche che lo informano possono essere comprese solo tenendo in opportuna considerazione l'incontro di tali istanze. Il corpo, prima di darsi come un corpo personalizzato è, invero, un corpo socializzato, il quale, incarnando strutture pre-codificate e preordinate, mette in relazione il soggetto con la comunità umana cui appartiene.

Tuttavia, come riportato in apertura del presente paragrafo, la più generale riflessione di Bourdieu (2003) istituisce, di fatto, una teoria della conoscenza tesa a sottolineare la natura spiccatamente pratica, non mentalistica e quindi incorporata di quest'ultima. Ciò impone però di interrogarsi con maggiore puntualità e di tenere in opportuna considerazione come il corpo e la sua prassi possano costituire materialmente per l'individuo non già la condizione per l'esperienza conoscitiva bensì la stessa conoscenza (Crossley, 1995). Nel merito di tale questione, l'esame del contributo di Maurice Merleau-Ponty, caratterizzato

---

confronti del corpo e della salute, ricorda poi la stessa studiosa, non esita a rivelare i suoi effetti sull'aspettativa di vita. La classe media ha, infatti, un'esistenza in media più lunga della classe operaia (Sassatelli, 2012).

proprio per il primato della percezione e dell'esperienza corporee sulle modalità originarie della coscienza e della conoscenza del soggetto, appare irrinunciabile. Come, infatti, sostenuto dal filosofo francese nel suo *Fenomenologia della percezione* (2003), la soggettività e la conoscenza discenderebbero specificamente dal radicamento corporeo dell'individuo nel mondo, vale a dire dalla sua *esperienza corporeo-percettiva*. Merleau-Ponty (2003) rigetta l'assunto secondo cui il corpo possa rappresentare, al pari della realtà esterna al singolo, un semplice oggetto della conoscenza, asserendo diversamente come il dato corporeo rappresenti l'insopprimibile e altrimenti insuperabile fondazione di qualunque atto di attribuzione di senso. La struttura di significato del mondo, lontana, nel pensiero del filosofo, dall'essere data in anticipo, viene a essere, invero, inferita nell'esperienza corporea-percettiva. Non vi sarebbe pertanto conoscenza per Merleau-Ponty di là dalla relazione tra il corpo e la realtà in cui quest'ultimo è situato, ovvero che possa prescindere dall'apertura percettiva del corpo e dal suo coinvolgimento con l'ambiente circostante. La coscienza e la conoscenza possono così qualificarsi, stando alle parole dello stesso studioso, nei termini espliciti di un incontro fisico del corpo con il mondo.

“Io chiamo esperienza della cosa o della realtà [...] la mia piena coesistenza con il fenomeno [...] ogni percezione è una comunicazione o una comunione [...] la realizziamo dall'esterno delle nostre potenze percettive e come un accoppiamento del nostro corpo con le cose” (Merleau-Ponty, 2003: 416-417).

Il rapporto di tipo corporeo-percettivo instaurato dall'individuo con il mondo si dimostra quindi la *condicio sine qua non* per il concepimento delle forme originarie di coscienza e di conoscenza. Più precisamente, Merleau-Ponty (2003) identifica tre elementi, attinenti all'esperienza corporeo-percettiva, considerati imprescindibili nell'istituzione della relazione conoscitiva tra il singolo e l'ambiente circostante. Il primo di questi, definito *schema corporeo*, fa riferimento alla consapevolezza sia dell'unità del corpo con le sue singole parti sia della posizione assunta dalle stesse in relazione allo spazio. Tale schema, specifica lo studioso, si sviluppa e si consolida progressivamente, a partire da un'organizzazione iniziale approssimativa e frammentaria, nell'arco dei primi anni di vita dell'essere umano. La *motilità corporea*, il secondo elemento, attiene invece, più specificamente, alla capacità di movimento del corpo nello spazio, sia esso realizzato, figurato oppure integrato dall'uso di strumenti, al fine di incrementare le primigenie potenzialità. La motilità corporea,

precisa sempre Merleau-Ponty, va inoltre intesa come un completamento dello schema corporeo, vale a dire come la proiezione di quest'ultimo in una più vasta realtà spaziale. Infine, il terzo e ultimo elemento, nominato *sensibilità corporea*, concerne le capacità dell'individuo e del suo corpo di recepire singolarmente, organizzare in modo unitario ed elaborare in un significato coerente le stimolazioni che sopraggiungono ai suoi cinque sensi nel corso del rapporto con il mondo. Anche la sensibilità corporea può essere vista come un'ulteriore fase di sviluppo della relazione del soggetto con lo spazio circostante. Nei fatti, stando all'autore, essa permette di dare spessore e di arricchire l'esperienza corporea, in virtù della più vasta apertura percettiva a ciò che vi è di esterno.

In aggiunta a ciò, appare interessante riportare come Merleau-Ponty (2003) sottolinei altresì il fatto che la stessa esperienza corporeo-percettiva permetta all'individuo di assumere anche una prospettiva oggettivizzante sul proprio corpo e quindi sul proprio sé. Più in dettaglio, spiega il filosofo, tale evento si verificherebbe nel momento in cui il soggetto, toccando la propria mano, sente fluire l'esperienza da quella propria del toccare a quella dell'essere toccato oppure quando, dinanzi allo specchio, si avverte il passaggio dall'esperienza del vedere a quella dell'essere visto. In tali frangenti avrebbe luogo, nel singolo, una transizione e un mutuo avvicendamento tra gli altrimenti antitetici ruoli di soggetto e di oggetto dell'esperienza. Nel farsi del corpo alternativamente il soggetto e l'oggetto dell'esperienza percettiva, Merleau-Ponty (2003) ravvisa poi – a riprova del profondo radicamento della soggettività umana nell'elemento corporeo – la ragione della peculiare e per certi versi paradossale sensazione, sperimentata talvolta dall'individuo, di essere nel medesimo tempo, in contatto e a distanza dal suo stesso sé.

Il contributo di Merleau-Ponty (2003) può dunque essere letto come un monito a considerare con maggiore attenzione il lavoro del corpo nella costruzione dell'esperienza soggettiva e del senso della realtà, tanto individuale quanto sociale. Se la coscienza e la conoscenza umana nascono originariamente dall'incorporazione della realtà esterna, ovvero si originano dall'essere del corpo del soggetto nel mondo, non si possono ignorare le conseguenze e le implicazioni teoriche derivanti da tale attività. Riconoscere l'importante ruolo svolto dal corpo, induce, infatti, a porsi con maggiore cautela rispetto a rappresentazioni teoretiche dell'attore sociale tese a fare emergere in via prioritaria una sua natura o intenzionalmente e cognitivamente prodotta o, al contrario, socialmente e politicamente determinata (Shilling, 2005).

## 2. Il corpo e la cultura del consumo

Come precedentemente riportato, nel contesto contemporaneo, l'individuo pare sempre più impegnato in tutta una serie di pratiche il cui scopo principale è lavorare sul corpo, in modo da modificarlo, mantenerlo o tematizzarlo in qualche maniera. Peraltro, per la rilevanza che alcune di queste attività assumono nella quotidianità dei singoli soggetti, esse paiono assolvere un ruolo tutt'altro che marginale all'interno delle loro vite. Nondimeno e come già anticipato, alcuni autori sottolineano a riguardo come tali pratiche corporee intrattengano una stretta relazione con la più generale *cultura del consumo*, diffusasi in modo pervasivo, a partire dall'Occidente, nella seconda metà del secolo scorso (Baudrillard 1976; Featherstone, 1991; Shilling, 2003; Turner, 2008).

Più precisamente, l'analisi del rapporto intercorrente tra la cultura del consumo e il corpo si è, innanzitutto, incaricata di evidenziare come l'interesse riscontrato nei confronti di quest'ultimo abbia una natura sostanzialmente alimentata, ovvero sostenuta dalle dinamiche espansive del capitalismo avanzato. Alla ricerca di nuovi territori da colonizzare, le imprese, ideando e instillando nei singoli soggetti un inedito set di bisogni e di desideri in relazione ai loro corpi, sarebbero, di fatto, approdate allo spazio corporeo. Le differenti parti che compongono il corpo e i disparati aspetti che caratterizzano il suo vissuto sarebbero stati così progressivamente conquistati e mercificati, attraverso la commercializzazione di appositi prodotti e servizi. Parallelamente, il tempo libero si costituisce nei termini del momento elettivo da dedicare al corpo. Jean Baudrillard riassume tale condizione osservando, più precisamente, come

“questo corpo riappropriato non lo è secondo le finalità autonome del soggetto, ma secondo un principio normativo di godimento e di resa edonistica, secondo una costruzione strumentale direttamente ancorata sul codice e sulle norme di una società di produzione e di consumo guidato. In altri termini si gestisce il proprio corpo, lo si ammaestra come patrimonio, lo si manipola come uno dei molteplici significati dello status sociale” (Baudrillard, 1976: 187).

La soddisfazione del desiderio viene dunque a essere incoraggiata e coltivata, sebbene entro lo spazio predefinito del mercato. Per mezzo dell'esplicito invito a indulgere ai piaceri e ad agire assecondando gli impulsi, l'individuo è accompagnato al consumo di ciò che è prodotto. L'ethos edonistico della cultura del consumo appare quindi molto differente

dallo spirito che animava il primo capitalismo industriale, il quale, invece, diffondeva l'esaltazione di virtù ascetiche quali l'autocontrollo, la disciplina e il deferimento del compiacimento e della gratificazione, in ottemperanza a un rigoroso ritmo di lavoro e al principio dell'accumulo e del consecutivo reinvestimento del capitale (Weber, 1965).

Da un tale presupposto prende le mosse e si articola anche il pensiero di Mike Featherstone (1991). Più in dettaglio, attenendosi a quest'ultimo autore, il corpo e le pratiche che lo riguardano possono essere ripartiti secondo due categorie, intimamente connesse alle dinamiche di produzione, di promozione e di consumo (Featherstone, 1991). Nella prima di tali categorie può essere fatto confluire ciò che interessa l'esterno del corpo, la sua superficie, il suo aspetto e, per estensione, anche tutto ciò che riguarda la gestione dell'espressione e del movimento corporeo nello spazio sociale. Tale dimensione, come suggerisce lo stesso autore, è particolarmente rilevante nelle interazioni *face-to-face*, in cui la presentazione del sé e il controllo delle impressioni altrui costituiscono degli elementi d'indubbia importanza<sup>3</sup>. Diversamente, nella seconda categoria, trova invece posto ciò che concerne l'interno del corpo o, più precisamente, ciò che ha attinenza con lo stato di salute e il funzionamento dell'organismo, la protezione e la cura delle sue malattie nonché la prevenzione e il monitoraggio del suo deterioramento, in conseguenza di abitudini di vita nocive e dell'inevitabile procedere dell'età.

Tuttavia, il nucleo centrale della riflessione di Featherstone (1991), si colloca nella constatazione che sempre più spesso tali due dimensioni si trovano non solo intrecciate tra loro ma anche situate all'interno di specifiche pratiche di consumo, le quali sono espressamente indotte e dirette dalle dinamiche espansive del mercato. L'esemplificazione più eloquente di ciò sarebbe rintracciabile, stando sempre all'autore, nell'attenzione dilagante per la *forma fisica*, diffusasi a partire dagli anni settanta e ottanta dello scorso secolo e a tutt'oggi ancora perdurante (Featherstone, 1991). Appare innegabile come in tale fenomeno – il quale si compone essenzialmente di pratiche dietetiche e sportive – l'interesse per l'aspetto fisico, ovvero esteriore, si coniughi con valutazioni sulla salute

---

<sup>3</sup> In tale punto il contributo di Featherstone (1991) richiama il pensiero di Erving Goffman (1971). Quest'ultimo sosteneva, infatti, come il corpo e la sua gestione fossero elementi fondamentali per la definizione di una situazione sociale. Più in particolare, sia gli aspetti non verbali della comunicazione (apparenza fisica, abbigliamento, trucco del volto etc.) sia gli atti personali (tono della voce, postura, movimento del corpo etc.), contribuendo a veicolare un'immagine credibile degli attori, manterrebbero altresì l'ordine e il senso delle loro interazioni (Goffman, 1971).

organica, vale a dire interna, sancendo così l'unione tra ciò che è bello e ciò che è sano. Inoltre, sembra altrettanto indubbio come intorno alla forma fisica graviti, invero, tutta una serie di compositi interessi di tipo economico e di mercato. Si pensi, in particolare, alla commercializzazione di cibi dietetici e d'integratori alimentari, di attrezzi e di corsi per l'esercizio fisico, di manuali di autoistruzione sulla nutrizione, l'attività motoria e la preservazione della salute.

Oltre ciò, un aspetto particolarmente interessante messo in luce da Featherstone (1991), in merito non solo alla forma fisica ma, più generale, alla relazione intrattenuta dall'individuo contemporaneo con il corpo, è la sua forte tensione etica, vale a dire il riferimento alla responsabilità morale percepita dal soggetto verso la preservazione, il mantenimento e la cura del proprio corpo, del proprio aspetto e della propria salute e il conseguente riconoscimento sociale accordato all'adempimento di un tale dovere. Più precisamente, spiega lo stesso studioso, l'individuo, attraverso l'attenzione per la propria forma fisica, mostra a se stesso e agli altri non solo di avere adempiuto i doveri nei confronti del proprio corpo ma di essere altresì meritevole di ottenerne in cambio l'atteso riconoscimento collettivo. Mantenersi in forma sarebbe dunque un sacrificio funzionale all'acquisizione di crediti spendibili nel più generale ambito della competizione sociale. Adeguare quanto più possibile la propria condotta e il proprio fisico al modello del corpo in forma aumenterebbe quindi le chance di successo del singolo nei rapporti interpersonali e nell'arena lavorativa.

In ciò, è possibile, inoltre, scorgere chiaramente i tratti di un ascetismo<sup>4</sup> indirizzato, il quale incoraggia il soggetto a una programmata forma di abnegazione – si pensi alle rinunce imposte dalle diete e alla fatica sperimentata nella pratica del jogging o di altre attività sportive – al fine di conseguire un vantaggio nelle performance sociali di tipo competitivo (Featherstone, 1991). Ovviamente, a chiunque è consentita la possibilità d'ignorare, di trascurare e di rifiutare la coltivazione della sua forma fisica, precisa poi Featherstone (1991), sebbene ciò sarà seguito da precise conseguenze, tra cui l'accusa di pigrizia, di negligenza, di possesso di una scarsa stima di sé e di un inadeguato esercizio della coscienza morale e la più generale perdita della considerazione altrui. Si può quindi affermare come la cultura del consumo generi specifiche forme d'incentivi e di

---

<sup>4</sup> La parola ascetismo deriva dal termine greco *askesis*, il quale indicava, in origine, la pratica congiunta di un'alimentazione opportunamente regolata, di un allenamento fisico rigoroso e di una minuziosa disciplina corporea (riguardante diversi ambiti dell'esistenza tra i quali quello del riposo, dell'attività sessuale e dell'igiene del corpo) cui era sottoposto l'atleta al fine di migliorare le sue prestazioni agonistiche.

ricompense, ma anche di disincentivi e di punizioni, per coloro che si adeguano o meno ai modelli comportamentali da questa promossi (Crossley, 2006a).

Di là da Featherstone, anche Bauman (1999; 2002) sottolinea analogamente come attorno alla gestione e alla cura dell'aspetto e della salute del corpo si siano cristallizzati specifici significati etici, ovvero inerenti al doveroso esercizio della responsabilità individuale di ogni persona al fine della loro salvaguardia. Tuttavia, il sociologo polacco radicalizza tale discorso aggiungendo, inoltre, come nel corrente contesto sociale, il corpo sia diventato "in modo incontestabile una *proprietà privata*" (Bauman, 1999: 116) e come ogni suo genere di malfunzionamento verrebbe a simboleggiare il fallimento morale dell'individuo. Stando quindi a Bauman, ogni eventuale disfunzione corporea e da considerarsi non già una fatalità quanto una lesione autoinflitta, frutto dell'incuria, della negligenza, dell'incompetenza e di un insufficiente sforzo di perseveranza del soggetto nei riguardi del suo sé e del suo corpo. Al presente, qualunque sia il risultato dell'attenzione rivolta al proprio corpo, ciascun individuo può rivolgersi solo a se stesso, tanto nell'elogio quanto nella condanna (Bauman, 2002).

Tonando alla riflessione di Featherstone (1991) sulla forma fisica, va aggiunto come quest'ultima non si qualifichi per essere unicamente un dovere etico del soggetto contemporaneo, finalizzato al riconoscimento sociale. Nella cultura del consumo, premette lo studioso, il corpo rappresenta, infatti, oltre che l'emblema della moralità anche lo strumento con cui si esperisce il piacere e si appaga il desiderio. In ottemperanza all'ethos proprio della cultura del consumo, ciascun individuo è, di fatto, chiamato alla coltivazione dei suoi desideri, alla ricerca del suo piacere e alla soddisfazione dei suoi impulsi nonché votato all'indulgere nel suo godimento. Conseguentemente, riservare attenzione alla propria forma fisica equivarrebbe pertanto anche a stimolare, a incentivare e a sostenere la frequenza, la durata e l'intensità della propria come dell'altrui esperienza edonistica (Featherstone, 1991). Lavorare sul e con il corpo implicherebbe, più specificamente, per il soggetto l'affinamento, il miglioramento e il mantenimento delle sue potenzialità di godimento, tanto ricettive quanto induttive, permettendo altresì di sperimentare sia il piacere narcisistico di sentirsi e di vedersi bene sia il piacere voyeuristico di essere visti e di far star bene. Appare poi ovvio come tale accento edonistico si trovi a essere perfettamente confacente con il sostentamento dell'offerta di beni e servizi del capitalismo avanzato. La forma fisica non si conquista solo attraverso i consumi bensì si allena, si mantiene e s'incrementa proprio consumando.

Nel merito, anche Bauman (1999; 2002) pone l'accento sull'ethos edonistico soggiacente all'ideale della forma fisica, sebbene egli rilevi e sottolinei, in aggiunta a quanto sino riportato, lo sforzo e l'inquietudine risultanti dall'affannosa, incessante e irrisolvibile ricerca del piacere. In dettaglio, può essere precisato che tale autore riconosce innanzitutto come la forma fisica sia

“[u]n concetto che implica l'essere sempre in movimento o pronti a muoversi, la capacità di assorbire e digerire stimoli in quantità sempre crescenti, la flessibilità e un'avversione a ogni forma di chiusura [...] la qualità richiesta al collezionista di esperienza, la qualità che costui deve davvero possedere per poter cercare e assimilare le sensazioni” (Bauman, 2002: 281).

La forma fisica, in altre parole, si costituisce come la perpetua e inarrestabile tensione dell'individuo verso la sperimentazione di forme di piacere, di volta in volta, inedite e sempre più intense. Ciò che conta nella forma fisica non è, infatti, il risultato della prestazione corporea bensì la qualità della sensazione avvertita, la capacità di trarne da essa quanto più immediato e intenso godimento. Per Bauman, mantenersi in forma significa quindi essere pronti, tanto nel corpo quanto nello spirito, ad assorbire e recepire stimoli, a infrangere qualunque limite già raggiunto, ad andare oltre ciò che è standard; è il protendersi del soggetto al nuovo, al sorprendente e allo straordinario. Come tale, la forma fisica esprime dunque una disposizione incorporata di perpetua e illimitata disponibilità al consumo delle molteplici alternative e delle ultime novità presenti sul mercato. Al contrario, essere fuori forma, nel pensiero dello studioso, corrisponde a uno stato personale contrassegnato da fiacchezza, indolenza, indifferenza e apatia dinanzi a qualunque genere di stimolo e di piacere. L'individuo fuori forma è sostanzialmente chi si dimostra incapace di godere delle infinite possibilità offerte dalla vita; colui che presenta, rispetto alla media, una ridotta suscettibilità al consumo (Bauman, 1999; Bauman, 2002).

Tuttavia, la riflessione di Bauman (1999; 2002) mette, inoltre, in evidenza come tale corsa alla forma fisica, di fatto, non contempli la possibilità di tagliare alcun traguardo. Il soggetto non può mai né fermare la sua ricerca né considerarsi pienamente soddisfatto della forma raggiunta, in quanto quest'ultima è, invero, una sagoma incerta posta sull'orizzonte inaccessibile di un tempo futuro. Essa costituisce, infatti, un potenziale illimitato di espansione, spronando a sforzi perpetui, incessanti, nessuno dei quali può essere ritenuto, a torto o a ragione, l'ultimo. L'accertamento dello stato di forma fisica è sempre qualcosa di là da venire, il senso di colpa per

non aver fatto abbastanza è, al contrario, ogni qual volta imminente. Non c'è momento per riposare e celebrare il risultato raggiunto. Nessuna estasi è definitiva, nessuna potenzialità è imperfettibile, nessuna sensazione è assoluta, nessuna distanza percorsa può dispensare da ulteriori esplorazioni, così da allontanare il presagio della perdita del piacere conquistato e di quello atteso. Da ciò consegue come raggiungere e mantenere la forma fisica possa essere altresì un'esperienza altamente frustrante e angustiante, fonte di ansia e di tormento, nonché all'origine di un auto-scrutinio che nella sua perpetuità e mancanza di risoluzione si fa estremamente gravoso e logorante, approssimando una pratica di autoflagellazione.

“La ricerca della perfetta forma fisica è afflitta da un'inquietudine difficile da evitare. La capacità del corpo di provare sensazioni intense ed estatiche, condannata a rimanere per sempre al di sotto di un ideale irraggiungibile, poiché nessuna cura o esercizio fisico è in grado di fuggire il sospetto corrosivo dell'insoddisfazione latente” (Bauman, 1999: 114).

Riguardo alla definizione della forma fisica nei termini, tanto vaghi quanto espliciti, di un potenziale di sviluppo psico-fisico a fini edonistici si è espresso anche Giddens (2001). Più specificamente, il sociologo inglese ha sottolineato come, nello scenario contemporaneo, le applicazioni pratiche dei diversi sistemi astratti di sapere, interessati a vario titolo al corpo, enfatizzano proprio la *sensualità* (*sensuality*), vale a dire la “disposizione a gestire il piacere e il dolore” (Giddens, 2001: 129) del corpo. Coerentemente a tale proponimento, tali pratiche propugnano dunque lo sviluppo del potenziale senziente del corpo e il perfezionamento della facoltà di trarre da esso quanto più giovamento possibile. Stando quindi al pensiero di Giddens, attualmente le sempre più numerose discipline che si occupano del corpo dispenserebbero non solo conoscenze e competenze dirette al mantenimento e al ripristino dello stato di salute dell'organismo bensì promuoverebbero un più articolato, integrato e globale regime di cura del corpo, finalizzato allo sviluppo delle *capacità proprie del corpo* e al raggiungimento di quello che lo stesso studioso chiama *senso del corpo*.

“Cura del corpo significa “ascoltare il corpo”, costantemente, sia per vivere pienamente i benefici di una buona salute, sia per cogliere i segnali che qualcosa potrebbe andare male. La cura del corpo comportata il “possesso del corpo”, l'accresciuta capacità di evitare malattie serie e di curare il minimo sintomo senza l'uso di medicinali. Il possesso del corpo può aiutare una persona a conservare, e anche a migliorare il suo aspetto: capire come funziona il corpo e stare all'erta nel

controllare strettamente questo funzionamento, mantiene la pelle di una persona fresca e il corpo snello” (Giddens, 2001: 132).

Nondimeno, è bene precisare come in tale e attuale modello di gestione del dato fisico sia altresì implicita la promessa che il raggiungimento del senso del corpo si traduca in un'inedita quanto migliore esperienza non solo corporea ma più propriamente esistenziale. Come chiarisce lo stesso Giddens, sottese ai correnti regimi corporei, risiedono le speranze di un'ottimizzazione della condizione personale e relazionale del singolo individuo. Lavorare sul corpo permetterebbe, infatti, di rinnovare sia i suoi vissuti interiori, siano essi organici e psichici, sia le sue relazioni con il mondo fisico e sociale. Eppure, è importante osservare come lo stesso sociologo inglese limiti esplicitamente di scorgere nella pubblicità, nei media e nei modelli di aspetto fisico da questi veicolati degli elementi influenti sull'attuale diffusione dei regimi corporei che si reggono sugli schemi della sensualità. Diversamente, quest'ultimo preferisce attribuire un ruolo determinate al principio della responsabilità personale nella difesa della salute del corpo dai rischi provenienti dal più generale contesto ambientale (Giddens, 2001).

Ritornando per l'ultima volta sul pensiero di Featherstone (1991), va, infine, segnalato che la riflessione proposta da tale autore sottolinea, inoltre, come l'attuale cultura del consumo, colonizzando il corpo del soggetto, abbia altresì potuto muoversi alla conquista della sua stessa identità. La cultura del consumo avrebbe, infatti, instillato nei singoli individui, per tramite delle promesse contenute nella pubblicità e nei media, l'idea che chiunque possa acquisire e proiettare, attraverso l'intervento sul corpo e la mediazione simbolica e materiale dei beni e dei servizi, un sé autentico e conforme a un determinato progetto identitario. Ciò facendo però la stessa cultura del consumo renderebbe, di fatto, l'identità un elemento eminentemente rappresentazionale. Attenendosi a Featherstone, si diffonderebbe, infatti, nella società contemporanea un modello del sé sostanzialmente *performativo* (*performing self*)<sup>5</sup>, vale a dire un archetipo d'identità che “places greater emphasis upon appearance, display and the management of impression” (Featherstone, 1991: 187). Il soggetto, plasmando e guarnendo il suo corpo e modulando la sua presentazione, vale a dire attraverso un processo d'incorporazione dei beni e dei servizi e di

---

<sup>5</sup> Nel pensiero di Featherstone (1991) il concetto di *performing self* coincide approssimativamente con il tipo d'individuo narcisistico descritto da Christopher Lasch (1976; 1977; 1979).

esternalizzazione dei loro relativi significati, creerebbe quindi il suo sé<sup>6</sup>. Le pratiche di consumo sono viste così appropriarsi, in ultima analisi, non già solo dei corpi ma anche delle singole identità, dotando queste ultime di un'immagine di facciata e di una natura standardizzata ed eterodiretta dagli attori economici e dalla pubblicità.

Riguardo alla disamina sopra condotta, merita poi di essere considerato con maggiore attenzione come il rapporto che lega tra loro la cultura del consumo e il rinnovato e articolato interesse per il corpo poggi, di fatto, le fonda su una concezione, da un lato, perlopiù passiva e acritica dell'attore sociale e, dall'altro, su una rappresentazione largamente condizionata e manipolata dei suoi bisogni e delle sue volontà da parte delle molteplici *sirene del consumo*. Stando alle analisi sopra riportate, la gestione e l'esperienza del corpo, così come i più generali comportamenti, atteggiamenti e significati individuali, verrebbero, infatti, a essere largamente influenzati, plasmati e persino coartati in funzione dell'espansione del mercato. Tuttavia, proprio tale premessa teorica, relativa al carattere sostanzialmente governato del soggetto e alla natura indotta delle sue necessità e delle sue pratiche, è stata da più parti criticata, in quanto, di fatto, ritrae l'attore contemporaneo nei termini espliciti di un *drogato culturale (cultural dope)* oppure di uno *schiaivo* a servizio del profitto e della riproduzione di un sistema capitalistico e consumistico di tipo avanzato (Crossley, 2006a; Sassatelli, 2012).

Pertanto, pare opportuno riconoscere come l'attenzione individuale per il corpo e il suo management, così come qualunque altra azione che includa un qualche tipo di consumo, non sia unicamente la risultante dell'esposizione del soggetto al bombardamento pubblicitario. L'individuo non può essere considerato semplicisticamente come un terminale stupido, ricettore ed esecutore di un messaggio, per quanto ripetuto, pervasivo e seducente quest'ultimo possa rivelarsi. Come ogni altro atto di consumo, anche quello che investe in maniera più diretta il corpo, lungi dal palesarsi come la sola conseguenza delle ingiunzioni esterne, appare, più esattamente, l'esito di un processo di costruzione culturale che coinvolge tutti gli attori economici e sociali implicati. L'inedito e attuale interesse verso il corpo e le sue pratiche è dunque il frutto di una più articolata attività di produzione, ricezione, elaborazione e retroazione che interessa

---

<sup>6</sup> Analogamente a Featherstone (1991), Bauman sostiene che il presente vedrebbe accordato al singolo individuo "la possibilità di «andare a fare shopping» nel supermercato delle identità (Bauman, 2002: 89), riconoscendo, altresì e al contempo, nel fatto di "evitare ogni tipo di fissazione e lasciare aperte tutte le possibilità" (Bauman, 1999: 27) la problematicità maggiore legata all'identità contemporanea.

indiscriminatamente tutti i soggetti in esso coinvolti. In termini più generali si può quindi affermare come l'incontro tra il consumatore e l'oggetto di consumo sia, invero, un atto di appropriazione creativa, in cui il contesto materiale e locale del consumo – si pensi, più in particolare, alle istituzioni, alle reti sociali e alle specificità individuali – svolge un ruolo tutt'altro che trascurabile, poiché media l'acquisizione, l'impiego e il significato attribuito allo stesso bene (Sassatelli, 2012). Ne consegue che, nel corso delle singole, concrete e situate prassi del consumatore, il consumo di un prodotto possa dare origine a usi e a significati plurali e non determinabili a priori, vale a dire in tutto, in parte o per nulla in accordo con quanto concepito e previsto a riguardo in fase di produzione e di promozione.

Come suggerito da Roberta Sassatelli (1995), l'analisi della cultura del consumo dovrebbe riconoscere nelle molteplici e localizzate azioni di consumo dell'attore sociale contemporaneo l'opportunità per quest'ultimo di autodeterminarsi, vale a dire la possibilità di costruire la propria soggettività attraverso le diverse opzioni disponibili nonché per mezzo di un'autonoma attività di significazione. Così pensati gli spazi del consumo, da ambiti di dominio e di manipolazione del sé contemporaneo, si fanno, invero, la fucina di assemblaggio e di costituzione delle singole identità. In aggiunta, stando sempre a Sassatelli (2012), si dovrebbe, altresì, accettare che la cultura del consumo è, innanzitutto, una cultura *vissuta e incorporata* dal singolo soggetto. L'atto del consumo è una pratica, la quale impegna materialmente e fisicamente l'individuo, ponendolo in relazioni a sé, al suo corpo, agli altri e al contesto sociale, istituzionale e, più genericamente, ambientale che lo circonda. La cultura del consumo non è solo una raccolta d'immagini bensì la sperimentazione concreta e corporea di una più complessa esperienza di vita e di relazione (Sassatelli, 2012).

Tali obiezioni paiono essere ancora più calzanti proprio per quei consumi che, investendo in modo più immediato il corpo, contribuiscono a strutturarne la sua esperienza soggettiva così come la sua fisionomia. Per tornare a un concetto incontrato nelle pagine precedenti, si pensi nuovamente alle numerose e diversificate attività di consumo che ruotano intorno all'ideale della forma fisica. A riguardo, gli studi empirici e d'impostazione etnografica, condotti all'interno di palestre e di centri per la fitness da Crossley (2006b) e da Sassatelli (2000; 2010), hanno dimostrato come i loro frequentatori, durante l'attività pratica svolta in tali contesti, siano adusi ritagliarsi margini di adattamento, di negoziazione e persino di resistenza e di rifiuto verso quei contenuti e quei significati solitamente associati al concetto di forma fisica, ovvero relativi sia alla responsabilità e al dovere di controllo e di cura del corpo sia al miglioramento della sua

immagine, del suo benessere e delle sue prestazioni nonché alle conseguenti forme di ricompense tanto sociali quanto edonistiche. Tale fatto, precisano i due studiosi, si accerta in quanto il senso, il valore e la funzione delle attività svolte nei centri per la fitness sono, prima di tutto, il portato di un'esperienza soggettiva, pratica e situata e non il risultato di un acritico e passivo processo di appropriazione di significati impersonali, astratti e decontestualizzati (Crossley, 2006b; Sassatelli, 2000; Sassatelli, 2010).

È così che nei concreti vissuti di molti seguaci della forma fisica, attenendosi ai risultati delle ricerche di Sassatelli (2000; 2010), l'attività in palestra può rivelarsi, innanzitutto, l'occasione di un temporaneo distacco dalle responsabilità quotidiane e un momento speso e dedicato in via esclusiva a se stessi. L'allenamento, infatti, nonostante implichi impegno, disciplina, fatica e, a volte, anche dolore, è sentito come il mezzo attraverso cui, scaricando le tensioni fisiche ed emotive, riconciliarsi con il proprio sé e con il proprio corpo. Non stupisce apprendere che, così esperita, l'attività svolta in palestra possa essere descritta come piacevole, coinvolgente, divertente e altresì rilassante. In aggiunta, è poi opportuno segnalare come il fine dell'allenamento non sia sempre per chi lo pratica il raggiungimento e il mantenimento di un corpo a misura d'ideale. Non tutti i frequentatori dei centri per la fitness, nei fatti, appaiono eternamente giovani, invidiabilmente snelli e perfettamente sani. Più esattamente, questi variano notevolmente quanto a età, a forme corporee e persino ad acciacchi e, lungi dal perseguire standard fisici predeterminati, si allenano, più precisamente, per ottenere un miglioramento estetico e funzionale del tutto compatibile con il rispetto della propria dotazione corporea originaria (Sassatelli, 2000; Sassatelli, 2010).

Come sostenuto da Sassatelli (2000), benché il concetto di forma fisica si associ nell'immaginario collettivo al riscatto personale, mediante valori quali l'autodisciplina e l'autodeterminazione, nelle prassi situate dei frequentatori dei centri per la fitness l'enfasi sul controllo appare, invero, una pretesa ideologica. Allenandosi tali individui si creano, infatti, un personale set di definizioni e di orientamenti riguardo non solo l'attività praticata ma anche il proprio corpo, la propria forma fisica e il proprio sé. Non tenere in considerazione i significati emergenti dalle pratiche situate dei soggetti equivale a non distinguere tra i modelli ideali e le prassi reali, ostacolando, altresì, il riconoscimento della dialettica tra la dimensione individuale, vissuta e incorporata e la dimensione sociale, istituzionale e di mercato, alla base dell'esperienza non già nel caso specifico della sola fitness ma di qualunque altra attività di consumo (Sassatelli, 2000).

### 3. Le sindromi culturali

La cultura del consumo richiede al singolo individuo sia il governo del corpo sia di disporre quest'ultimo al piacere. Come è stato illustrato nel caso della forma fisica, il corpo sarebbe dunque percorso, nello stesso tempo, da un'istanza morale, che impone un management di tipo ascetico, e da un ethos edonistico, che, diversamente, sprona alla continua ricerca di piacere. Sebbene nella disamina proposta da Featherstone (1991) tali istanze, l'una ascetica e l'altra edonistica, sarebbero solo all'apparenza antitetiche, mentre si rivelerebbero a un'analisi più profonda conformi alle necessità del capitalismo avanzato, stando al pensiero di Susan Bordo (1993) tali sollecitazioni non solo si dimostrerebbero fra loro inconciliabili ma per di più calerebbero, invero, il soggetto in uno stato d'irrisolvibile e profonda contraddizione e incoerenza.

Da una prospettiva d'indagine propriamente femminista e interessata a stabilire un approccio critico alla cultura, Bordo sostiene, più precisamente, come il forte valore etico attribuito alle diverse pratiche di disciplinamento del corpo, quali la dieta e la ginnastica, nonché le indiscusse qualità estetiche riconosciute al corpo asciutto e tonico da queste ultime prodotto siano, di fatto, in contraddizione con l'insistente esortazione al consumo alimentare. Stando a tale studiosa, l'individuo sarebbe così posto tra l'incudine di un ideale di gestione e di conformazione corporea che impone di soggiogare la pulsione al consumo e il martello di un'accanita e seducente offerta alimentare che invita, al contrario, a cedere alle sue inesauribili tentazioni. Il modello corporeo imposto dalla cultura del consumo, già di per sé estremamente esigente tanto nelle forme quanto nelle condotte prescritte, diviene, immersi in un contesto che stimola i sensi, muove all'appagamento del desiderio e induce alla ricerca del piacere, ancora più difficile da incarnare e praticare. Nei fatti, afferma Bordo, così strutturata la regolazione del corpo e dei suoi desideri è "un problema che non da tregua, perché mentre subiamo l'attacco continuo della tentazione siamo socialmente condannati per la nostra eccessiva debolezza" (Bordo, 1993: 134).

Nella versione di Bordo, lo scontro tra i due orientamenti veicolati dalla cultura del consumo appare pertanto inevitabile; non c'è, infatti, soluzione che possa conciliare tale opposizione e risolvere tale incoerenza. Ciò sarebbe poi comprovato dal succedersi alternato, alla televisione e sui giornali, di spot e d'immagini che promuovono cibi estremamente grassi e

calorici con quelli che pubblicizzano programmi e prodotti dimagranti<sup>7</sup>. L'incongruenza intrinseca alla cultura del consumo, sostiene la studiosa, intrappola, di fatto, l'individuo contemporaneo in un *double bind*, costringendolo altresì a scegliere tra l'uno o l'altro dei due fuochi e, allo stesso tempo, condannandolo per la rinuncia a uno di essi. Tale e disorientante condizione configurerebbe per il singolo uno stato interiore di profonda, ripetuta e lacerante incoerenza, il cui esito ultimo sarebbe tutt'altro che banale. Date, infatti, l'incompatibilità e l'inconciliabilità delle istanze cui l'individuo è chiamato a rispondere, il suo sé, ammonisce Bordo, è ineluttabilmente condannato a subire una scissione. Peraltro, la stessa studiosa aggiunge nel merito come l'inevitabilità di una tale conseguenza sarebbe attualmente rafforzata dalla recente esacerbazione assunta dalla vocazione edonistica, la quale non contempla più alcuna forma di moderazione, di equilibrio e di ragionevolezza ma, al contrario, esalta la totale perdita dei freni inibitori dinanzi al richiamo del piacere (Bordo, 1993) – tale retorica è stata, invero, evocata frequentemente nei messaggi pubblicitari degli ultimi decenni.

Postulata dunque l'esistenza di un *double bind*, all'uomo contemporaneo non rimarrebbero altre opzioni percorribili all'infuori di una strenua difesa contro le tentazioni o, al contrario, di una resa incondizionata alle stesse. L'individuo che s'impegnerà nel mostrare un corpo e nel praticare un management corporeo a misura dell'ideale estetico ed etico proposto, spiega la studiosa, dovrà necessariamente imporsi la più completa negazione e repressione del desiderio, avvicinandosi così pericolosamente allo sviluppo di una relazione ossessiva nei confronti del corpo e dei suoi bisogni. Il corpo magro e l'anoressia, precisa nel merito Bordo, rappresentano, infatti, nell'immaginario individuale e collettivo,

“l'ideale allettante (e ingannevole) di un sé perfettamente gestito e regolato, all'interno di una cultura consumistica che ha reso profondamente problematica la gestione della fame e del desiderio” (Bordo, 1993: 27).

Al contrario, il soggetto che opterà per abbandonarsi alla sollecitazione dei sensi e all'allettamento del piacere – perché è bene ricordare che anche la più ferrea volontà sottoposta a forti pressioni corre il rischio di cedere –

---

<sup>7</sup> Bauman (1999) suggerisce, altresì, come un'analogia dimostrazione di tale contraddizione possa essere scorta nel trovare sofisticati ricettari di cucina e proutuari per diete dimagranti ai primi posti delle classifiche editoriali. Come fossero “ombre inseparabili” (Bauman, 1999: 119), tale accostamento sembra alludere al fatto che l'uno debba ovviare a ciò che l'altro lede.

dovrà, invece, mostrare un'inesauribile capacità di consumo, un'attitudine alla veloce assimilazione e un'insaziabile fame di gratificazioni. In tal caso, per Bordo, sono il corpo obeso e il *binge eating* a simbolizzare nella società e a incarnare nel singolo individuo la capitolazione alla stimolazione continua del desiderio. La contraddizione insita nel sistema culturale si manifesterebbe dunque nei corpi. Nelle stesse parole dell'autrice,

“l'anoressia potrebbe essere vista come la somma capacità di annullare se stessi e reprimere il desiderio [...]; l'obesità come la somma capacità di cedere al desiderio” (Bordo, 1993: 135-6).

Non dovrebbe pertanto stupire che la società contemporanea sia percorsa dall'apparente paradosso della repentina crescita sia dei casi di anoressia mentale sia di quelli di sovrappeso e di obesità, soggiunge poi Bordo. Tale fenomeno sarebbe, infatti, riconducibile alla più generale problematicità della gestione del desiderio del corpo vissuta a livello individuale, la quale però trarrebbe a sua volta origine dalla

“presenza di fattori destabilizzanti in quella che potremo chiamare la macroregolazione del desiderio nell'ambito del sistema costitutivo del corpo sociale”<sup>8</sup> (Bordo, 1993: 134).

In ultima analisi, ricade quindi tra gli effetti di una cultura del consumo profondamente incoerente il concepimento di una struttura di personalità fortemente instabile, drammaticamente compromessa e perennemente contesa e combattuta tra l'adesione a un'ascetica forma di privazione e controllo e lo scivolamento in un'edonistica esaltazione del desiderio, del piacere e dell'appetito. Come chiosa Bordo, “[l]a bulimia è la costruzione tipica della personalità moderna”<sup>9</sup> (Bordo, 1993: 135). In altre parole, al presente ciascun soggetto verrebbe spinto, dalle pressioni proprie del suo contesto culturale, in un funesto e irrisolvibile circolo vizioso, in cui a digiuni punitivi fanno inesorabilmente seguito pantagrueliche abbuffate.

---

<sup>8</sup> Una tale conclusione si dimostra in evidente stato di affinità con il pensiero di sociologi contemporanei quali Bauman, (1999) e Beck (2000) e prima ancora con la riflessione proposta dall'antropologa Mary Douglas (1966). Douglas sosteneva, infatti, come l'ansia relativa alla necessità di conservare rigidi confini corporei sarebbe particolarmente avvertita in quelle società in cui l'integrità dei confini esterni sarebbe in pericolo (Douglas, 1966).

<sup>9</sup> È doveroso aggiungere come anche Bauman (1999) rilevi analogamente che l'attore sociale contemporaneo sia sovente imprigionato in un circolo vizioso settimanale in cui ai molti peccati di gola perpetrati nel weekend seguono a ruota la dieta e gli allenamenti dei giorni lavorativi, quali fossero forme di compensazione e di rimedio ai primi.

Di là dall'analisi di Bordo sugli effetti della cultura del consumo, non si può tuttavia tacere, come già ricordato, che la società contemporanea viva un'inedita diffusione dei disturbi del comportamento alimentare, siano essi anoressia, bulimia, *binge eating disorder*, ortoressia e vigoressia. Non a caso, molti tra gli studiosi che si sono occupati di tali condotte patologiche propendono per una loro definizione nei termini precipui di *sindromi culturali* ovvero di *disturbi etnici*, a sottolineare esplicitamente il legame con la cultura in cui sorgono e si manifestano (Stagi, 2002; Stagi, 2008). Oltre a quest'aspetto, merita poi di essere rilevato come, sebbene la prevalenza delle varianti al maschile di tali disordini sia attualmente in progressiva crescita, i disturbi dell'alimentazione, in particolare, anoressia e bulimia, affliggano ancora nella maggioranza dei casi soggetti femminili, specialmente adolescenti e giovani donne, essendo la loro età d'esordio compresa tra i 12 e i 25 anni<sup>10</sup> (Stagi, 2002).

Nell'alveo del nutrito dibattito scatenatosi all'interno delle scienze umane circa i problemi del comportamento alimentare, l'anoressia è stata, senza dubbio, il tipo di disturbo che ha attirato maggiore attenzione. Nel determinare ciò ha sicuramente concorso sia l'impatto visivo pressoché atterrente del corpo letteralmente pelle e ossa delle anoressiche sia la scoperta storicamente più remota di tale malattia. Lo studio clinico dei primi casi di anoressia nervosa risale, infatti, agli anni settanta del XIX secolo mentre il suo ingresso nel più generale dibattito pubblico avvenne durante il medesimo decennio del secolo seguente. Diversamente, la bulimia nervosa si è imposta all'attenzione delle scienze mediche e psicologiche non prima degli anni ottanta del XX secolo, per approdare a una platea più vasta nella decade seguente (Stagi, 2002). Altri disordini della condotta alimentare, quali il *binge eating disorder*, l'ortoressia e la vigoressia, registrarono l'ingresso nei manuali diagnostici in un tempo ancora più recente, ovvero poco meno di un decennio fa, e solo ora si stanno costituendo come oggetti d'interesse non meramente clinico.

Concentrandosi sull'anoressia, va altresì precisato come nel corso della storia siano stati documentati diversi casi con sintomi simili a quelli che distinguono oggi un tale disturbo. Le cronache cristiane, per esempio, ci restituiscono diverse testimonianze di Sante ascete, le quali sono descritte come immuni da ogni genere di appetito e capaci di sostentarsi solo grazie alla preghiera e alla devozione. I fisici del periodo definivano tale

---

<sup>10</sup> A oggi non vi sono stime attendibili sulla diffusione dei disturbi alimentari nelle popolazioni occidentali. I dati presenti in letteratura sono, infatti, tra loro ampiamente discordanti. A ciò si deve la mancata presentazione di tassi di prevalenza di tali fenomeni nel presente contributo.

fenomeno con il termine di *anorexia mirabilis*. Tra i casi più celebri si possono citare quelli di Sant'Angela da Foligno e di Santa Caterina da Siena<sup>11</sup>. Di là da questi, pare però opportuno ricordare come, nel medioevo, il digiuno e l'astinenza verso particolari cibi, anche per periodi piuttosto prolungati, rappresentassero delle pratiche religiose piuttosto diffuse e frequenti, tanto tra i religiosi quanto tra i laici. Essi erano, di fatto, delle tecniche di mortificazione e di abnegazione del corpo, usate dai fedeli ai fini di abbandonare le preoccupazioni egoistiche e mondane, aumentare la purezza dell'anima e la forza dello spirito e guadagnare così la salvezza eterna. Peraltro, simili forme di digiuno, conformi al rituale religioso, sono tutt'oggi ancora diffuse e presenti; si pensi alle celebrazioni del Ramadan per i musulmani e del Gran Perdono per gli ebrei. Tuttavia, avvicinandosi al presente, può essere notato come i resoconti medici della fine del XIX secolo e dei primi decenni del XX, riportassero la conta di un numero pressoché limitato di casi di astinenza da cibo di tipo volontario e prolungato. L'anoressia nervosa era al tempo ancora un disturbo psichico raro e isolato. Tale sporadicità venne definitivamente meno tra gli anni settanta e ottanta del XX secolo. Da quel momento si avviò, infatti, una sorprendente esplosione della prevalenza della malattia, che, come già precisato, interessò, allora come oggi, soprattutto le giovani donne.

Sovente il dibattito pubblico e specialistico ha associato l'inedita diffusione dell'anoressia alla recente crescita di rilevanza del dato corporeo nella società contemporanea e, soprattutto, all'affermazione in tale contesto di un ideale fisico femminile premiante l'estrema magrezza. Tra i molti che si sono espressi in tal senso vi è sicuramente Giddens (2001), il quale ha sostenuto come l'aumento dei casi di anoressia registrati tra le donne in epoca recente abbia

“indubbiamente a che fare con l'associazione tra dieta e cambiamento dei valori relativa all'aspetto fisico. Il legame precedentemente stabilito tra figura corpulenta e prosperità, scomparve definitivamente al termine delle prime due o tre decadi del ventesimo secolo. Le donne cominciarono a interessarsi al peso in modi che, per la maggior parte, gli uomini non seguivano” (Giddens, 2001: 136).

---

<sup>11</sup> Rudolph Bell (1987) sostiene l'esistenza di una precisa analogia tra l'*anorexia mirabilis* delle Sante vissute nel passato e l'anoressia nervosa che affligge le donne del presente. Più specificamente, lo storico asserisce come in entrambe le due varianti di anoressia si possa riconoscere il tentativo della donna di affermare il proprio sé e di acquisire il dominio sulla propria vita in un contesto storico-sociale – sia esso quello del passato oppure quello del presente – che reprime, di fatto, l'autonomia femminile (Bell, 1987).

Nei fatti, l'analisi del contenuto delle riviste femminili ha mostrato come, dalla prima metà del secolo scorso sino agli anni a noi più recenti, si sia realizzato un progressivo e sensibile aumento degli articoli dedicati al tema delle diete e dei rimedi dimagranti. Più precisamente, l'andamento di tale crescita si è distinto per essere piuttosto contenuto nei primi decenni del XX secolo, più sostenuto dopo la sua metà, sicuramente notevole sino agli anni ottanta e del tutto impressionante da quel momento in avanti (Stagi, 2002). Parallelamente al rinforzarsi della presenza di contenuti concernenti il dimagrimento sui magazine, anche i corpi ritratti sulle pagine di questi ultimi sono divenuti via via sempre più magri. A riguardo, diverse ricerche nordamericane hanno documentato come, nel corso del secolo scorso e in particolare nella seconda metà dello stesso, il corpo delle donne rappresentate sui periodici femminili e maschili – siano esse modelle, attrici, concorrenti di concorsi di bellezza e playmate – si sia fatto gradualmente sempre più esile (Garner *et al.*, 1980; Silverstein *et al.*, 1986; Spitzer *et al.*, 1999; Wiseman *et al.*, 1992). Come precedentemente riferito, il delinarsi di un tale scenario culturale ha sicuramente determinato per le donne una forte pressione sociale alla magrezza e al controllo delle assunzioni di cibo. Tale insistenza avrebbe poi indotto molte di queste a stabilire e a riconoscere proprio nel corpo la sede privilegiata per l'espressione e l'elaborazione del malessere esistenziale.

Nondimeno, appare però imprescindibile interrogarsi sulle ragioni che hanno sospinto un tale modello di aspetto fisico e di gestione corporea a diventare l'ideale femminile culturalmente dominante nella società contemporanea. In altre parole, diviene essenziale riuscire a decodificare i significati culturali veicolati, nel caso femminile, dal possesso e dal mantenimento di un corpo magro. Se, come suggerisce Bordo (1993), sembra ragionevole sostenere che il vocabolario e la sintassi del corpo, al pari di tutte le altre lingue, sono definiti culturalmente, appare altresì possibile convenire sul fatto che, al presente,

“il rifiuto del cibo, la perdita di peso, l'esercizio fisico intenso e la capacità di sopportare il dolore e l'esaurimento fisico sono divenuti le metafore culturali dell'autodeterminazione, della volontà e della fermezza morale” (Bordo, 1993: 26).

La decodifica simbolica proposta dalla studiosa associa quindi la magrezza, intesa qui come *significante* o segno fisicamente percepibile, alla volontà, all'autocontrollo, alla disciplina, alla determinazione, alla competenza, all'autonomia, alla fermezza morale e all'intelligenza. Tuttavia, precisa Bordo, a ciò bisogna poi aggiungere che tali qualità, vale a dire i *significati* o

i concetti mentali cui la snellezza femminile rimanda, siano, di fatto, attributi che la nostra cultura ascrive a una personalità maschile. Per converso, la rotondità e l'abbondanza delle forme corporee rinviano alla debolezza d'animo, allo scarso controllo di sé, alla vulnerabilità ai piaceri e alle emozioni, all'autoindulgenza finanche alla fatuità<sup>12</sup>, vale a dire, stando sempre alla studiosa, a caratteristiche culturalmente assegnate a una personalità femminile. Pertanto, raggiungere e mantenere la magrezza potrebbero rappresentare per la donna un modo di rivendicare, tanto fisicamente quanto simbolicamente, il possesso di requisiti virili culturalmente negati, quali volontà, autonomia, rigore e competenza, trascendendo, allo stesso tempo, un'identità femminile tradizionalmente intesa e dunque contraddistinta da arrendevolezza, incompetenza e inadeguatezza (Bordo, 1993).

In aggiunta, l'analisi di Bordo riconosce poi nell'imporsi dell'ideale corporeo di magrezza sulle donne una recente forma di reiterazione del tradizionale dominio e controllo delle stesse, all'interno di una cultura di chiara matrice patriarcale. Da sempre la cultura patriarcale, spiega la studiosa, avrebbe spronato a ritenere i bisogni, i desideri, le volontà e persino gli stessi appetiti femminili come delle vergogne, delle turpitudini e delle depravazioni, in conseguenza del fatto che la soddisfazione di tali istanze avrebbe potuto rivelarsi assai rischiosa per la conservazione di uno *status quo* fondato sull'impari distribuzione di potere tra i generi e, più precisamente, sulla subordinazione della donna. Non è un caso, sostiene Bordo, che quest'ultima sia stata culturalmente indotta a trarre una masochistica forma di appagamento nell'espletare un ruolo oblativo, vale a dire a compiacersi della soddisfazione dei bisogni altrui e a rifuggire, invece, dall'assolvimento delle proprie necessità. Tuttavia, continua altresì la studiosa, in epoca odierna il tentativo di circoscrivere e contenere le intenzioni e le rivendicazioni femminili passerebbe anche attraverso l'ingiunzione ad adeguarsi a uno standard fisico di assoluta magrezza. La limitazione nel consumo di cibo e la riduzione dell'ingombro fisico attualmente prescritti alle donne tradirebbero, invero, l'annoso proposito di controllare lo spazio politico loro concesso, nell'alveo di un sistema culturale che prevede ancora la loro oppressione (Bordo, 1993).

A tale riguardo, da più parti è stato osservato come anche il diffondersi dell'uso del corsetto tra le donne, che si affermò nella seconda metà del XIX secolo, avrebbe assolto tale funzione di contenimento politico

---

<sup>12</sup> Si ricorda, come mostrato nel capitolo 2, che proprio tali qualità siano altresì pregiudizievolemente attribuite agli individui obesi di entrambi i sessi.

(Borgna, 2005; Stagi, 2002). La moda vittoriana della curva a S, che imponeva alla donna d'indossare un busto più stretto di quanto le fosse mai stato richiesto – nonostante l'offensiva delle femministe e di alcune delle autorità di pubblica sanità che denunciava i molti rischi per la salute – rendeva, di fatto, quest'ultima non solo incapace di respirare e di alimentarsi regolarmente ma anche inabile a qualunque altra attività all'infuori di quelle decorative e ornamentali nonché finalizzate alla sola gestione e alla mera sopportazione dei dolori e dei disturbi provocati da tale accessorio, ivi comprese le azioni di rivendicazione politica. Peraltro, le stesse riviste popolari stabilivano per la donna una relazione tra la sopportazione del corsetto strettamente legato, la padronanza e il controllo di sé e l'accettazione del ruolo tradizionalmente attribuitole. Il busto, recita un allusivo messaggio pubblicitario del 1878, “è uno strumento per mantenere la mente ben disciplinata e le emozioni ben regolate” (Ferguson, 1983). Sarebbe impossibile, non scorgere quindi una precisa analogia tra la moda del busto del XIX secolo e la presente attenzione delle donne per la dieta e il peso corporeo. Come suggerisce Walter Vandereycken e Ron van Deth, in tempi recenti,

“il corsetto delle donne vittoriane è stato sostituito dal corsetto dell'autocontrollo. La costrizione esterna del passato (essere legati dagli altri, letteralmente) è stata sostituita da una costrizione interna: controlla il tuo corpo, mantieni un freno” (Vandereycken e van Deth, 1995: 293).

Una riflessione del tutto simile si ritrova altresì nel pensiero di Susie Orbach (1986), la quale sostiene come la forte pressione sociale, cui sarebbero soggette le donne affinché si conformino allo standard corporeo premiante la magrezza, assolve la funzione di assorbire il loro tempo e le loro risorse fisiche e mentali, ostacolando, di fatto, le stesse nel raggiungimento di posizioni sociali di potere e di prestigio. Analogamente, anche Kim Chernin (1986) ravvisa nell'anoressia un meccanismo inconscio finalizzato al boicottaggio dell'uscita della donna dall'opprimente spazio domestico. Nel momento di svolta storica della vita individuale e sociale delle donne, afferma l'autrice, esse sarebbero indotte a spendere la maggior parte della loro esistenza impegnandosi nell'ossessiva e affannosa acquisizione di un ideale corporeo irraggiungibile anziché nel compimento della loro liberazione (Chernin, 1986).

Similmente a quanto sinora riportato, anche Giddens (2001) considera la ricerca ossessiva della magrezza come una risposta femminile estremamente complessa e articolata dinanzi a un modello contemporaneo

d'identità, sotto molti punti di vista, contraddittorio. Impegnate, come ogni altro soggetto del presente, a dare forma al proprio sé e alla propria biografia, le donne non fanno solo l'esperienza degli ostacoli già ampiamente discussi (vedi capitolo 4); a questa si devono, infatti, aggiungere le importanti limitazioni all'effettiva possibilità di autodeterminazione insite in una cultura patriarcale ancora largamente caratterizzata da un diverso riconoscimento e da un'impari distribuzione di potere tra i generi. Più precisamente, Giddens sostiene come

“[l]’anoressia dovrebbe essere piuttosto interpretata in termini di pluralità di scelte che la tarda Modernità rende disponibili – sullo sfondo della continua esclusione delle donne dalla piena partecipazione nell’universo delle attività sociali che generano quelle scelte. Le donne hanno oggi l’opportunità nominale di seguire tutta la varietà di possibilità e scelte: tuttavia, in una cultura maschilista, molte di queste strade rimangono effettivamente fuori dalla loro portata” (Giddens, 2001: 138).

Stando quindi al sociologo inglese, rispetto agli uomini, le donne sarebbero interessate in misura maggiore dalle conseguenze sfavorevoli derivanti da un contesto sociale contrassegnato dall’irrisolvibile contraddizione instauratasi tra l’ingiunzione all’autodefinizione del proprio modo di essere e di vivere e la possibilità solo apparente di espletare, nei fatti, a un tale mandato. Sebbene vi siano forti pressioni sociali perché ogni individuo provveda al suo dovere di auto-concepimento e, in particolare, affinché ciascuna donna abbandoni le vetuste e limitanti rappresentazioni dell’identità femminile di tipo tradizionale, la società accorda poi proprio a quest’ultima le più basse chance di successo nell’adempimento di un tale compito. La donna si trova così nella sconcertante condizione di essere, da un lato, privata dell’opportunità di percorrere i sentieri battuti dei modelli di femminilità tradizionale e, dall’altro, della possibilità di avventurarsi, a pieno titolo, in nuove forme d’identità e di esistenza<sup>13</sup>. Proprio da ciò trarrebbero origine le condotte alimentari disturbate, le quali

---

<sup>13</sup> È opportuno aggiungere come anche Richard Gordon (1991), uno dei primi studiosi che in riferimento ad anoressia e bulimia parlò espressamente di un’epidemia sociale, riconosca che i disordini della condotta alimentare siano “disturbi socialmente strutturati” (Gordon, 1991: 12), ovvero derivanti da contraddizioni e da problemi sociali lasciati irrisolti in una specifica epoca storica e in una determinata cultura. Secondo l’autore, l’anoressia e la bulimia rappresenterebbero, invero, l’espressione, a livello sintomatico, delle profonde incoerenze radicatesi nell’identità femminile contemporanea. In altre parole, l’ossessione verso il cibo e la magrezza funzionerebbe come un dispositivo di difesa e di distrazione psichica, che allontanerebbe le donne dal profondo malessere interiore provocato dall’essere

“dovrebbero essere interpretate come conseguenze del bisogno – e della responsabilità – dell’individuo di creare e mantenere una propria identità. Esse sono versioni estreme del controllo dei regimi corporei che oggi sono diventati parte della vita quotidiana [...] L’anoressia può essere interpretata come una patologia dell’autocontrollo riflessivo, operante attorno all’asse dell’identità e dell’aspetto fisico, nel quale l’angoscia della vergogna gioca un ruolo preponderante” (Giddens, 2001: 136-137).

L’anoressia può quindi essere pensata come una forma di protesta del genere femminile per ciò che virtualmente viene proposto e poi, di fatto, negato. Essa rappresenterebbe un modo per portare in scena e palesare le radicate e laceranti contraddizioni e incoerenze che la cultura occidentale contemporanea riserva alle donne. Se, nel XIX secolo, queste ultime davano voce alla loro ribellione attraverso il corpo e, più precisamente, per mezzo del sintomo isterico, al presente la contestazione femminile si esprime mediante i disturbi del comportamento alimentare, vale a dire tramite la produzione, tanto drammatica quanto carnale, di un atto di autoaffermazione sul corpo. Come precisa anche Orbach (1986), la donna anoressica non si ritrae dal mondo bensì s’impegna nel dimostrare la potenzialità e la furia della sua attività di auto-concepimento e di autodeterminazione, la quale, non trovando una possibilità di sbocco altrettanto fruttuosa, si libera in una virtuosistica e parossistica performance di sviluppo fisico e di resistenza alla più umana tra le pulsioni. Quel poco che resta del corpo dell’anoressica costituirebbe pertanto solo un caso – tanto morboso quanto sofisticato – di gestione corporea, del tutto conforme all’ingiunzione sociale al compimento di sé. L’anoressica avrebbe, infatti, compreso appieno il valore rassicurante e simbolico del corpo ai fini della costruzione dell’identità e della biografia. Tuttavia, il suo unico difetto

---

sottoposte a pressioni e ad aspettative sociali fra loro discordanti. Per l’anoressica e la bulimica, precisa Gordon, l’incorporazione di un modello sociale di femminilità fortemente incoerente sarebbe all’origine di un intenso senso di disagio intrapsichico, il quale troverebbe poi una forma di compensazione e di soluzione – tanto apparente quanto patologica – proprio nel controllo ossessivo del corpo (Gordon, 1991). Del tutto analoga a tale visione si mostra altresì il pensiero di Marilyn Lawrence (1984), che individua nell’anoressia l’esito di un conflitto tra la vocazione della donna alla realizzazione personale e al superamento della femminilità tradizionale, e la spinta della stessa al sacrificio di sé e alla subordinazione, in ottemperanza al modello femminile patriarcale. Nell’anoressica, spiega la studiosa, l’attenzione maniacale al corpo e al cibo si rivelerebbe dunque funzionale a eludere e a ritardare lo scontro di tali istanze identitarie. Non è quindi un caso, stando sempre alla stessa Lawrence, che tale patologia si presenti sovente in concomitanza delle cosiddette *crisi evolutive* – si pensi al picco di manifestazioni del disturbo nella popolazione femminile adolescenziale (Lawrence, 1984).

sarebbe lo spingersi dapprima semplicemente un poco oltre, per poi cadere fatalmente nel patologico.

“I regimi fisici degli individui anoressici sono spesso estremi. Una persona può, ad esempio, correre per molte miglia, prendere parte ad esercizi lunghi e punitivi a scuola, e poi fare esercizio anche in orari extra-scolastici. Tali attività danno un senso di realizzazione, invece che semplicemente far disperare, e si possono chiaramente vedere in esse importanti aspetti di acquisizione di potere” (Giddens, 2001:138-139).

Tale contiguità e continuità nonché la differenza, che si risolve essenzialmente in una variazione di grado, tra la normalità e l'anormalità di talune esperienze corporee – come è nel caso dei disturbi del comportamento alimentare – richiamano la riflessione sul *corpo senza organi* di Gilles Deleuze e Felix Guattari (2002; 2006). Il manifestarsi del corpo senza organi e l'emergere di un vissuto che appare svincolato dai limiti imposti dalla natura fisica e organica dell'individuo, facilmente osservabili nel soggetto affetto da schizofrenia o *schizo* nel vocabolario dei due studiosi, sarebbero altresì rilevabili, sebbene in forme variabilmente distinguibili, in altre condizioni, tanto patologiche quanto regolari. In altri termini, ciascun individuo sarebbe più o meno portato a superare la sua esperienza corporea, estraniandosi, di fatto, dalla sua stessa entità materiale, percettiva e situazionale.

Con maggior precisione, Deleuze e Guattari (2002; 2006) individuano proprio nel vissuto schizofrenico il palesarsi di un'esperienza corporea in profondo e continuo conflitto con le determinazioni organiche e sensoriali. Stando ai due autori, lo schizofrenico dimostrerebbe, infatti, una spiccata tendenza a porsi oltre la realtà fisica e organica, vale a dire a superare il suo corpo e il suo organismo e a rifuggire dalla consapevolezza della sua natura sensoriale, dal riconoscimento del suo funzionamento interno e delle sue stesse necessità fisiologiche. Lo schizo farebbe dunque esperienza di un corpo senza organi, in cui ogni singolo elemento costituente la sua fisicità e la sua organicità sarebbe sussunto in un sistema indifferenziato, tendendo così a disintegrarsi e a collassare su un nocciolo pulsionale e anarchico. Come tale, appare scontato che il corpo senza organi si ponga agli antipodi del corpo organico e della sua disposizione concertata. Al contrario del cedimento delle frazioni e della consequenziale coagulazione intorno a un nucleo desiderante, il corpo organico impone ai singoli organi un regime di disgiunzione e di separazione nonché di collaborazione e d'integrazione

sinergica tra le diverse parti (Deleuze e Guattari, 2002; Deleuze e Guattari, 2006).

Tuttavia, come sopra accennato, il corpo senza organi raggiungerebbe nella schizofrenia il massimo grado di osservabilità, non esaurendo però in tale condizione la sua espressione nel genere umano. Il ricorrere di allucinazioni, di deliri paranoici e di discorsi disorganizzati nello schizo, sostengono Deleuze e Guattari (2002), renderebbe, infatti, evidente il passaggio della coscienza soggettiva al di là dell'organico. Come fossero una lente d'ingrandimento, i sintomi schizofrenici mostrerebbero dunque la presenza di una forma di esperienza altrimenti difficilmente rilevabile in condizioni ordinarie. Nondimeno, è necessario aggiungere come ciò che, di fatto, permetterebbe la piena espressione del corpo senza organi nella schizofrenia, differenziando tale vissuto non-organico dalla forma più sottaciuta e tipica della normalità, sarebbe, attenendosi alle argomentazioni dei due autori, la sua eccezionale intensità. Più precisamente, il corpo senza organi, qualificandosi nei termini espliciti di una realtà prettamente *intensa* o *intensiva*, produrrebbe e, allo stesso tempo, esperirebbe diverse ampiezze dei livelli, delle soglie e delle variazioni di tali intensità; ed è proprio dalla difformità tra i poli, le zone, i gradi, le ondate e gli stati di queste intensità, asseriscono Deleuze e Guattari, che avrebbero origine le differenti soggettività e le relative ed eterogenee esperienze non-organiche. In altri termini, solo laddove la coscienza è attraversata da una potente vitalità non-organica, che riempie con la sua *intensità* la materia e il vissuto soggettivo, il corpo senza organi si rivelerebbe in tutto il suo essere disgregato, polivalente, indeterminato e temporaneo, rendendo, di fatto, isterica l'esperienza del corpo organico e senziente (Deleuze e Guattari, 2002). Vi sarebbe quindi una continuità sostanziale, ancorché difformemente modulata nella sua intensità, tra il vissuto sovracuto e perturbante del corpo senza organi nella schizofrenia e il contenimento dello stesso nella normalità.

“Si parla spesso delle allucinazioni e del delirio; ma il dato allucinatorio (vedo, sento) e il dato delirante (penso...) presuppongono un Io sentito più profondo, che dà alle allucinazioni il loro oggetto e al delirio del pensiero il suo contenuto” (Deleuze e Guattari, 2002).

Il vissuto non-organico ha dunque la sua matrice in ogni forma di coscienza. Peraltro, nella coscienza individuale, il corpo organico, puntualizzano gli stessi Deleuze e Guattari (2002), non precede il corpo senza organi. Quest'ultimo si darebbe, infatti, da sempre adiacente al

primo, costituendo la risposta all'innata vocazione del soggetto di superare la materialità e la limitatezza del suo corpo, di affrancarsi dalla prigionia della sua organicità e della sua sensibilità. Il corpo senza organi permetterebbe all'individuo di librarsi nel compimento del suo stato di desiderio. La normalità appare conseguentemente come la condizione in cui, data la bassa intensità del primigenio sentire non-organico, la singola coscienza si dimostra in grado d'imporre forme di organizzazione, di significazione e di decodificazione sulla realtà. È quindi possibile affermare come, nella lezione di Deleuze e Guattari (2002; 2006), il soggetto, impegnato nell'ingenito e insanabile conflitto tra la sua disposizione organica e la sua vocazione desiderante, riveli la potenzialità, almeno in via teorica, di superare la sua natura fisica e senziente, attraverso il modellamento della sua esperienza interiore. Il profondo vissuto dell'individuo, non solo nelle sue iperboli non-organiche e ad alta intensità proprie della malattia ma anche nelle sue concordanze con le configurazioni strutturate della realtà tipiche della normalità, appare pertanto suscettibile di risentire, in qualche modo, delle sue ingenite inclinazioni alla rottura delle forme rigide e al compimento del desiderio. Tali istanze meritano di essere tenute in opportuna considerazione nell'analisi delle esperienze corporee, tanto delle più banali e ordinarie quanto delle più estreme e parossistiche.

## **5. Conclusioni**

Ripercorrendo le tappe principali del percorso teorico appena concluso, può essere, innanzitutto, ricordato come il corpo si sia dimostrato in grado d'incorporare, mediante le pratiche cui è sottoposto, la collocazione del singolo soggetto all'interno della più generale struttura sociale, e di veicolare, conseguentemente, precise informazioni in merito. È, infatti, possibile affermare che il corpo di un individuo sia, in una certa misura, determinato dall'ambiente fisico e sociale in cui quest'ultimo è situato. Come illustrano le discrepanze e le affinità nelle pratiche corporee, presenti tra e nei diversi livelli della gerarchia sociale, il corpo anche in ciò che appare più naturale, istintuale e idiosincratico, vale a dire nella sua conformazione fisica, nei suoi comportamenti esteriori e nell'espressione delle sue pulsioni interiori, siano esse di predilezione e di avversione, è un prodotto sociale, ovvero il risultato delle condizioni materiali e delle attribuzioni simboliche derivanti dalle affiliazioni di gruppo.

Oltre ciò, merita di essere aggiunto come la riflessione sociologica abbia segnalato a più riprese che nel contesto di vita contemporaneo i consumi occupino, di fatto, un posto di tutto rilievo nel rapporto intrattenuto dal soggetto con il corpo. La critica alla cultura del consumo ha, invero, sostenuto come le imprese economiche, interessate a espandere il proprio mercato, abbiano indotto i singoli individui a sperimentare inediti ed effimeri bisogni in relazione al proprio corpo e persuaso circa la necessità di rispondervi attraverso i beni e i servizi da esse prodotti. Ciò avrebbe, inoltre, condotto in anni recenti all'affermazione di una concezione del corpo caratterizzata, da un lato, dal riconoscimento di un forte valore etico, ovvero relativo al dovere morale di ogni persona alla cura del proprio aspetto e della propria salute, e, dall'altro, dall'esaltazione della sua funzione edonistica, vale a dire attinente alla soddisfazione fisica del piacere e del godimento. In altri parole, nella società del consumo, il corpo dell'uomo sarebbe percorso, allo stesso tempo, da un ethos ascetico e uno edonistico, le cui relative osservanze non possono prescindere dalle offerte presenti sul mercato.

Tuttavia, si deve alla critica culturale di matrice femminista l'aver denunciato come le sopraccitate e, per certi aspetti, contraddittorie istanze possano comportare delle conseguenze negative per il soggetto e, più specificamente, compromettere la relazione istaurata dallo stesso con il proprio corpo. Di fatto, ponendo il singolo tra l'incudine di un ideale etico ed estetico che prescrive la magrezza e impone di controllare l'appetito, e il martello di un'accanita e seducente offerta di cibo che sprona, al contrario, a godere delle sue inesauribili tentazioni, la cultura contemporanea concorre allo sviluppo di personalità anoressiche, obese e bulimiche, a seconda che l'individuo opti per la ferrea repressione di ogni desiderio, per la sua più piena e assidua soddisfazione oppure per alternanza di tali e antitetiche disposizioni. Non sorprenderà dunque che la critica femminista si sia spinta a definire i sempre più diffusi disturbi del comportamento alimentare nei termini di vere e proprie sindromi culturali, vale a dire di patologie la cui insorgenza è da ricondursi altresì alle incoerenze e alle contraddizioni insite nel contesto sociale e culturale.

Nondimeno, non bisogna però dimenticare il ruolo attivo e creativo svolto, più o meno consapevolmente, dal soggetto dinanzi ai modelli di condotta culturalmente proposti. Sarebbe tanto erroneo quanto ingannevole ritenere il singolo attore un ricettore passivo e acritico nonché un esecutore fedele e domato, alla completa mercé delle diverse istanze presenti all'interno del suo ambiente sociale. Le ingiunzioni veicolate dalla cultura sono sottoposte dall'individuo a processo di vaglio e di elaborazione, il cui

esito, in termini di appropriazione e d'incorporazione, è da supporre tutt'altro che scontato. Nella fattispecie di quelle che interessano il corpo e i suoi standard di gestione, è, infatti, opportuno ricordare come il soggetto possa, nel corso del loro concreto e situato adempimento, empirle di un significato ed esperirne un vissuto non necessariamente congruente con quanto originariamente previsto a livello ideale.

# La ricerca

## 1. La premessa

L'indagine, del cui disegno di ricerca si darà conto in queste pagine, ha, come già annunciato, preso avvio sulla base dell'interesse suscitato da due importanti fenomeni, entrambi inerenti al corpo e osservabili all'interno del contesto sociale contemporaneo. Il primo, dal carattere propriamente fattuale e oggettivo e di cui si è riferito nel capitolo 1 del presente elaborato, rimanda alla crescente e all'ampia diffusione della condizione fisica di obesità nella popolazione di buona parte del globo. Il secondo, di natura più speculativa e di cui si è discusso nei capitoli 4 e 5, rinvia invece all'estrema rilevanza del corpo nel processo di costruzione e di comunicazione dell'identità e della biografia dell'attore sociale contemporaneo. Riannodando le fila dei discorsi in precedenza condotti, si può dunque sostenere che, nell'odierna realtà sociale, l'accrescersi del valore espressivo e simbolico accordato al corpo sia stato altresì accompagnato dall'aumento ponderale di un numero sempre più vasto d'individui.

Tuttavia, nell'affermare e nel considerare ciò non si può certo ignorare come tale concomitanza celi invero una problematicità e un'incoerenza di fondo, in quanto, sempre all'interno del contesto sociale contemporaneo, la condizione fisica di obesità è motivo di stigmatizzazione. Come illustrato nei capitoli 2 e 3, il possesso di un corpo obeso comporta per la persona che lo sperimenta sia un'attribuzione pregiudizievole di caratteristiche fortemente negative sia una discriminazione sociale e una relativa perdita di status. In una società come quella attuale in cui il modello fisico dominante, dal punto di vista estetico nonché da quello della corretta gestione della

salute e del benessere tanto individuale quanto collettivo<sup>1</sup>, prescrive la magrezza, l'obesità non pare essere una condizione corporea funzionale a rivelare e a illustrare un'identità positiva e coerente e un percorso biografico coeso e riuscito. In ragione della sua spiccata svalutazione sociale, l'obesità sembrerebbe, nei fati, dimostrarsi una costituzione fisica penalizzante l'attore sociale impegnato a dare una forma e un'espressione al proprio sé.

Ciò posto, il desiderio di comprendere come si coniughi e s'intrecci l'odierno rilievo assunto dal corpo ai fini identitari con la concreta sperimentazione di un corpo obeso ha costituito lo stimolo da cui ha preso le mosse la presente ricerca. In altre parole, gli impulsi iniziali all'indagine sono stati quelli di capire come l'individuo obeso vivesse il suo corpo in relazione al processo di costruzione e di comunicazione dell'identità e, più in particolare, se allo stesso soggetto fosse concessa la possibilità di elaborare e di aggirare, in qualche modo, il portato negativo implicato dalla sua dotazione corporea. Comprensibilmente nell'ottemperare a un tale intento non si è potuto prescindere dall'attingere alla stessa esperienza di vita delle persone in stato di obesità.

## 2. L'intervista

Come appena annunciato, dati gli iniziali obiettivi della ricerca, è apparso necessario approcciarsi all'obesità da un punto di vista *interno*, vale a dire dalla prospettiva di chi fa in prima persona l'esperienza di una tale condizione fisica. Conseguentemente, si è imposto l'impiego di tecniche d'indagine di tipo qualitativo e, più specificamente, si è stabilito di sottoporre a un'*intervista discorsiva*, focalizzata sul vissuto di obesità, un gruppo d'individui considerati per l'appunto obesi secondo l'attuale definizione medica, ovvero aventi un BMI<sup>2</sup> uguale o maggiore di 30. La scelta di ricorrere a un tale strumento di ricerca non è stata però immediata, essendosi affermata solo in seguito alla conclusione della fase preliminare

---

<sup>1</sup> Più specificamente, si fa qui riferimento alla questione posta dalle istituzioni pubbliche in merito agli elevati costi sociali dell'obesità, i quali sarebbero principalmente riconducibili alle ingenti spese sanitarie dovute al trattamento medico delle numerose morbidità che affliggono le persone in tale condizione fisica.

<sup>2</sup> Si ricorda che il BMI (*Body Mass Index*) è un dato biometrico riconosciuto dalla WHO indicatore internazionale dello stato ponderale di un individuo. Esso è ottenuto mediante il rapporto tra il peso di una persona espresso in chilogrammi e il quadrato della sua altezza valutata in metri (kg/m<sup>2</sup>). Per maggiori dettagli si rimanda al capitolo 1.

dell'indagine. Tale fase, che ha previsto la realizzazione di cinque interviste di tipo *semi-strutturato* su un gruppo di altrettanti soggetti obesi, ha, infatti, persuaso circa la necessità di una sostituzione della sopracitata forma d'intervista a favore di una modalità garante di una maggiore reciprocità nella distribuzione di potere e nella definizione del grado di libertà della narrazione tra l'intervistatore e l'intervistato.

Nel merito delle cinque interviste semi-strutturate si può precisare come la traccia d'intervista contenesse interrogativi tesi a ricostruire, innanzitutto, la storia di obesità del singolo individuo, rievocando, in particolare, il momento della manifestazione di tale condizione fisica, la modalità della sua presa di coscienza e l'identificazione delle sue cause. Oltre ciò, la traccia d'intervista includeva poi domande predisposte a rilevare, tanto per il passato quanto per il presente, gli atteggiamenti e i sentimenti che il soggetto obeso nutriva nei confronti del proprio corpo nonché le percezioni e le sensazioni sperimentate attraverso di esso. Numerosi quesiti vertevano, inoltre, sulle relazioni intrattenute dall'individuo obeso con gli altri. Più in dettaglio, questi prevedevano, da un lato, di accertare la presenza, la natura e la frequenza degli episodi di stigmatizzazione sociale dell'obesità e, dall'altro, di investigare altresì le reazioni e le strategie adottate dalla persona intervistata al fine di farvi fronte.

Nonostante la relativa bontà della traccia d'intervista elaborata e la flessibilità e l'autonomia sperimentate dall'intervistatore sui modi e sui tempi di effettuazione delle singole domande, l'intervista semi-strutturata si è mostrata, come sopra annunciato, non pienamente soddisfacente e confacente le esigenze dell'indagine. Ciò può essere sostanzialmente ricondotto a due ragioni. La prima riporta all'elevato grado di variabilità e di complessità dei singoli vissuti di obesità e alla necessità degli interpellati di ricorrere sovente a risposte particolarmente articolate, ricche di premesse, di rimandi, di specificazioni e anche di apparenti divagazioni. Le diverse storie di obesità, di fatto, mal si prestano a essere approcciate attraverso una seppur elastica ma in ogni caso prefissata lista di quesiti, in quanto quest'ultima determina, pur sempre e in qualche modo, un'intromissione, una delimitazione e un'interruzione nel pensiero e nel discorso di chi si racconta. L'intervento dell'intervistatore nel porre le domande, con le inevitabili cesure tematiche che tale atto comporta, si è rivelato di ostacolo allo sviluppo di una narrazione dotata di senso per l'intervistato, mostrandosi invero confondente e perturbante. La seconda motivazione può essere invece rintracciata nello stabilirsi di una relazione di tipo interrogatorio tra l'intervistatore e l'interpellato. Tale clima, dovuto

principalmente al ricorrere di domande, si è dimostrato, nel corso dei colloqui, favorire, di fatto, l'insorgere di momenti d'imbarazzo, d'insofferenza, di disagio e talvolta anche di tensione. Il destarsi di tali sentimenti negli intervistati ha comprensibilmente alterato i resoconti da loro forniti, precludendo all'intervistatore la possibilità di addentrarsi con maggior profondità all'interno del loro vissuto.

Valutati i costi insiti nell'utilizzo dell'intervista semi-strutturata, si è dunque ipotizzato di passare all'impiego dell'intervista discorsiva, in quanto quest'ultimo strumento d'indagine garantisce a ciascun soggetto interrogato, almeno in via teorica, sia una maggiore libertà di narrare e di argomentare elementi ancillari e tuttavia rilevanti dell'esperienza in esame sia l'istituirsi di un più rassicurante frame di tipo comunicativo e confidenziale. Le prove d'intervista in forma discorsiva, effettuate su un gruppo di cinque individui obesi, hanno poi confermato tali considerazioni, validando l'opportunità di operare il passaggio a quest'ultima modalità d'interrogazione. Più in particolare, l'intervista discorsiva si è dimostrata, alla prova dei fatti, in grado di favorire l'instaurarsi durante il colloquio di una relazione di piena fiducia tra l'interpellato e l'intervistatore, facendo percepire quest'ultimo un ascoltatore genuinamente interessato all'intendimento della specifica storia di vita del soggetto intervistato, nel più pieno rispetto delle sue peculiarità tanto biografiche quanto narrative e relazionali.

Ciò posto, tutte le interviste non direttive realizzate per la presente ricerca hanno previsto che l'intervistatore fornisse un generico stimolo iniziale, il quale invitava l'interpellato ad avviare la narrazione a partire da un momento, da una circostanza o da un evento a sua discrezione<sup>3</sup>. Tale esortazione iniziale ha portato gli intervistati, il più delle volte e con la sola eccezione di qualche caso, a cimentarsi in un resoconto franco e dettagliato del loro vissuto di obesità, arricchito peraltro da preziose e frequenti digressioni all'interno della loro esperienza più intima e personale. Spesso è stato prediletto dagli stessi interpellati procedere nel loro racconto secondo un ordine cronologico, dal momento delle prime manifestazioni e delle prime forme di presa di consapevolezza di tale condizione corporea sino ad arrivare ai vissuti più recenti. Oltre a questo, è poi possibile anticipare sin d'ora come la quasi totalità delle narrazioni si sia ampiamente

---

<sup>3</sup> Più precisamente, il colloquio ha preso avvio sulla base della seguente esortazione da parte dell'intervistatore: "Mi piacerebbe che mi parlassi/lei mi parlasse della tua/sua storia, con riferimento alla tua/sua condizione fisica, partendo da dove tu preferisci/lei preferisce. Sentiti/Si senta pure di parlare liberamente, di raccontare quello che tu vuoi/lei vuole. Io non ho domande prestabilite, vorrei solo ascoltare la tua/sua storia".

concentrata sulla discussione degli episodi di stigmatizzazione subiti dagli intervistati a causa della loro specifica disposizione fisica nonché sulla disamina delle conseguenze che tale condanna e tale rifiuto altrui hanno comportato nel modo di percepire se stessi, di vedere e di gestire la propria corporeità e di esperire i rapporti con gli altri.

Merita, infine, di essere puntualizzato come l'intervistatore, nel corso di tutte le interviste, abbia altresì cercato di limitare al minimo il suo intervento. Laddove si è reso necessario indirizzare la narrazione oppure esortare ad approfondimenti e precisazioni l'interpellato, è stato preferito utilizzare un rimando il più possibile neutro<sup>4</sup>. Di fatto, l'intervistatore ha svolto, per la maggior parte del tempo del colloquio, il ruolo dell'ascoltatore, impiegando l'elenco delle principali aree tematiche da esaminare durante l'intervista<sup>5</sup> come un semplice promemoria, avente la funzione di accertare, giunti spesso al termine della stessa, che per ognuna di esse si fosse ricavata una soddisfacente ed esaustiva quantità d'informazioni.

### **3. Gli intervistati**

Data l'oggettiva difficoltà di reclutare un congruo numero d'individui obesi cui sottoporre la sopra descritta intervista discorsiva, è stato previsto di avvalersi della collaborazione di enti e di figure professionali, aventi frequenti contatti con tale categoria di persone. Più in particolare, nel tentativo di rintracciare soggetti fisicamente idonei e fattivamente disponibili a prendere parte alla presente indagine, è parso proficuo rivolgersi a strutture ospedaliere specializzate nel trattamento dietologico e chirurgico dell'obesità, a differenti professionisti, quali medici dietologi, biologi nutrizionisti e dietisti, trattanti, in regime ambulatoriale, le problematiche di peso nonché ad associazioni no profit interessate, a vario titolo e con diverse finalità, alla sopracitata condizione corporea, presenti nella città di Milano e nelle province lombarde a essa immediatamente attigue. Le richieste di collaborazione a enti esterni per il reclutamento degli intervistati sono state così avanzate tra il mese di gennaio e di maggio 2012.

---

<sup>4</sup> Si precisa come tali rimandi neutri siano stati modellati di volta in volta sulla base della seguente forma di domanda: "Puoi spiegarmi meglio come/quanto/perché/quando/dove etc."

<sup>5</sup> Si rimanda per la visione della traccia d'intervista discorsiva all'appendice del presente contributo.

A giugno dello stesso anno, gli enti che avevano accolto la domanda a concorrere all'attività di reclutamento, invitando i loro pazienti e i loro associati qualora fisicamente idonei a prendere parte all'indagine, erano l'unità di *Chirurgia Bariatrica e Mininvasiva* dell'*Istituto Clinico Sant'Ambrogio – Gruppo Ospedaliero San Donato* di Milano, presieduta dal dottor Alessandro Giovanelli, gli studi di consulenza nutrizionale di Como e di Appiano Gentile (Como) della dottoressa Francesca Noli, e, infine, l'associazione *Insieme – Amici Obesi No Profit*<sup>6</sup> con sede a Milano e diretta, in qualità di presidente, da Marina Biglia. Nel mese di maggio del 2013, a questi si è poi aggiunta l'unità di *Chirurgia Bariatrica e Mininvasiva* del *Policlinico San Pietro – Gruppo Ospedaliero San Donato* di Ponte San Pietro (Bergamo), guidata dalla dottoressa Lilia Bertolani.

Al reclutamento d'individui obesi per tramite dei sopracitati enti si è poi sommata un'attività di aggancio diretto, effettuata dallo stesso autore della ricerca tra i mesi di gennaio 2012 e di luglio 2013. Chi scrive ha, infatti, provveduto di persona alla consegna di un invito a partecipare all'indagine a quei soggetti, tra gli studenti, i dottorandi e il personale tecnico e amministrativo dell'*Università degli Studi di Milano* e dell'*Università degli Studi di Milano-Bicocca*, in palese stato di obesità. Oltre ciò, è stata altresì perseguita la possibilità di avvalersi nell'attività di reclutamento della collaborazione degli stessi individui obesi intervistati. Essi, sono stati dunque sollecitati ad avanzare l'invito a prendere parte alla ricerca a quanti, tra le loro conoscenze e con l'esclusione dei familiari, si trovassero nella medesima condizione fisica<sup>7</sup>.

Nel merito di queste due ultime forme di reclutamento va precisato come esse siano state approntate al fine esplicito di ovviare a un'importante conseguenza implicata della scelta di coinvolgere delle strutture ospedaliere e degli studi di nutrizione nell'ingaggio degli intervistati. Sia il reclutamento per mezzo del contatto diretto dell'intervistatore sia quello per tramite delle conoscenze interpersonali degli stessi interpellati sono stati, infatti, predisposti allo scopo di temperare nel gruppo studiato la presenza di soggetti obesi altresì impegnati nel tentativo di correggere la loro specifica condizione fisica al momento della rilevazione. Ciò ha così garantito la possibilità di operare, in fase di elaborazione delle

---

<sup>6</sup> *Insieme – Amici Obesi No Profit* è un'associazione senza scopo di lucro che oltre a organizzare attività di comunicazione e di divulgazione sulle principali tematiche legate alla condizione di obesità, con particolare riferimento alle questioni inerenti alla salute, gestisce un forum di discussione on-line frequentato, in massima parte, da persone in tale stato fisico.

<sup>7</sup> Tale tecnica è propria di un campionamento non probabilistico a valanga (*snowball sampling*).

informazioni, degli opportuni confronti tra l'esperienza di quanti avevano intrapreso un percorso di dimagrimento al tempo dell'intervista e il vissuto di chi, al contrario, non si dedicava ad alcuna intenzionale attività finalizzata alla riduzione ponderale.

Essendo questa una questione particolarmente rilevante e dalla quale si potrebbe presumere discendano non indifferenti implicazioni nella rilevazione di alcune importanti dimensioni inerenti al fenomeno indagato, pare opportuno sin d'ora anticipare come l'esame del contenuto tratto dalle interviste abbia rivelato che la volontà di dimagrire e la consequenziale esperienza di un importante calo ponderale, ovvero nell'ordine di svariate decine di chili, siano non solo presenti in tutti i vissuti analizzati e quindi comuni a tutti i membri del gruppo ma siano altresì sovente ripetuti, vale a dire frequentemente sperimentati anche diverse volte all'interno della stessa biografia. In altri termini, sebbene sia stato doveroso considerare con la dovuta attenzione, in sede di definizione del disegno della ricerca, la particolarità della condizione di quegli individui obesi impegnati al tempo della rilevazione nel correggere la propria disposizione fisica, essa non pare rappresentare, in ultima analisi, un fattore discriminante all'interno del più generale gruppo di soggetti studiato, una volta valutata per ciascuno di essi l'intera esperienza di vita<sup>8</sup>.

Di là da quest'ultima precisazione, tale e composito piano di reclutamento ha, di fatto, permesso di svolgere, tra il febbraio 2012 e il luglio 2013, quaranta interviste non direttive su un gruppo di altrettanti individui obesi. Nonostante l'ingaggio dei soggetti interpellati fosse di tipo opportunistico e dunque fondato essenzialmente sulla loro disponibilità a essere intervistati, va chiarito che, durante la progressiva raccolta delle testimonianze, si sia altresì tenuto conto di assicurare, all'interno del gruppo studiato, un adeguato grado di eterogeneità, vale a dire un'effettiva differenziazione in merito al sesso, all'età, allo status socioculturale e al grado di obesità dei suoi membri. Tale selezione dei casi esaminati è stata perseguita allo scopo di garantire in seguito, ovvero nella fase di analisi delle narrazioni, l'identificazione di quegli elementi del vissuto soggettivo di ciascun intervistato più specificamente legati al solo stato di obesità, vale a dire al netto dell'influenza esercitata dalle altre condizioni individuali sopra riportate.

Venendo quindi a descrivere con maggior precisione le caratteristiche del gruppo d'interpellati, si può precisare che, in relazione al sesso, 24

---

<sup>8</sup> Si ricorda in proposito come l'intervista discorsiva sia finalizzata a ricostruire retrospettivamente l'intera storia di obesità di ogni singolo soggetto studiato.

erano donne e 16 erano invece uomini. Per ciò che concerne l'età, 19 soggetti avevano tra i 20 e i 34 anni, 14 avevano tra i 35 e i 49 anni e i restanti 7 avevano 50 anni o più. Considerando poi gli individui intervistati dal punto di vista dello status socioculturale, la valutazione congiunta del titolo di studio conseguito, del tipo di professione svolta e del contesto familiare di origine, ha permesso di ricondurre 12 di essi entro i termini di un profilo socioculturale basso<sup>9</sup> e 28 all'interno di un profilo socioculturale medio-alto<sup>10</sup>. Si segnala, inoltre, come nel gruppo di soggetti studiato abbiano trovato espressione le tre diverse classi di obesità. Nello specifico, attraverso la dichiarazione del peso e dell'altezza, 10 individui attestavano di essere obesi di I grado (BMI compreso tra 30 e 34,9), 8 di II grado (BMI compreso tra 35 e 39,9) e 22 di III grado (BMI uguale o maggiore di 40)<sup>11</sup>. Alla luce di quanto sopra discusso sulle conseguenze indotte dal coinvolgimento degli enti sopracitati nel reclutamento degli intervistati, vale, infine, la pena di chiarire che, al momento dell'intervista, 11 soggetti non erano impegnati in nessuna attività esplicitamente progettata e finalizzata alla riduzione del peso, 12 stavano seguendo un regime dietetico ipocalorico, 5 erano in attesa di sottoporsi a un intervento di chirurgia bariatrica e 12 avevano recentemente subito un'operazione chirurgica dello stesso tipo. Di seguito è riportata la tabella 1 che mostra in sintesi le principali caratteristiche di ogni individuo avente preso parte all'indagine.

---

<sup>9</sup> Tali soggetti sono stati classificati conformi a un profilo socioculturale basso in quanto aventi conseguito la licenza media o un attestato di formazione professionale ed essendo impegnati in un'occupazione di tipo manuale.

<sup>10</sup> Tali soggetti sono stati classificati conformi a un profilo socioculturale medio-alto in quanto aventi acquisito un diploma o una laurea ed esercitanti professioni di tipo impiegatizio o di carattere prettamente intellettuale.

<sup>11</sup> Si specifica che in alcuni casi l'attestazione del peso non sia stata puntuale bensì approssimativa, in quanto preceduta da espressioni quali "più o meno", "intorno a", "sopra ai" e "oltre i".

Tab. 1 Caratteristiche degli intervistati

<i>Nome*</i>	<i>Età</i>	<i>Titolo di studio</i>	<i>Occupazione</i>	<i>Peso (kg)</i>	<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>
Agnese	54	Licenza media	Disoccupata (ex sarta)	130	53
Alberta	26	Diploma	Studentessa	135	46
Aleandro	30	Diploma	Tecnico di laboratorio	130	46
Alessia	31	Laurea	Architetto	> 80	≥ 30
Andrea	25	Attestato professionale	Cuoco	> 75	≥ 30
Anna	27	Laurea	Studentessa	95	36
Annalisa	40	Laurea	Mediatrice culturale	> 80	≥ 30
Antonino	50	Diploma	Dirigente (casa editrice)	120	46
Barbara	27	Diploma	Studentessa	136	52
Claudio	38	Licenza media	Operaio	106	34
Daniela	39	Diploma	Casalinga (ex impiegata)	139	52
Daniele	40	Attestato professionale	Addetto ai servizi (scuola)	> 100	> 43
Davide	28	Laurea	Dottorando di ricerca	> 98	> 34
Diego	37	Laurea	Biologo nutrizionista	121	39
Donata	43	Diploma	Capostazione	103	36
Eleonora	28	Laurea	Truccatrice	88	32
Elisabetta	33	Diploma	Impiegata	> 80	≥ 30
Emanuela	23	Diploma	Studentessa	> 70	≥ 30
Enrica	33	Diploma	Dirigente (logistica)	> 110	> 41
Fabio	42	Attestato professionale	Barista	125	36
Fabrizio	23	Diploma	Studente	> 100	≥ 30
Giona	35	Licenza media	Disoccupato (ex operaio)	200	63
Giovanna	48	Diploma	Casalinga (ex impiegata)	> 100	> 38
Guido	33	Diploma	Tecnico informatico	194	61
Ilario	49	Licenza media	Disoccupato (ex operaio)	166	57
Isabella	50	Diploma	Impiegata	110	41
Manuel	26	Laurea	Informatico	> 105	> 35
Marella	55	Licenza media	Casalinga	98	39
Maria	56	Licenza media	Disoccupata (ex badante)	130	58
Marilena	52	Diploma	Impiegata	136	47
Melania	31	Diploma	Educatrice	142	50

<i>Nome*</i>	<i>Età</i>	<i>Titolo di studio</i>	<i>Occupazione</i>	<i>Peso (kg)</i>	<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>
Niccolò	35	Diploma	Ottico	> 130	> 43
Roberto	45	Laurea	Fotografo	138	39
Sara	22	Diploma	Studentessa	109	43
Serena	50	Laurea	Dottoranda di ricerca	130	48
Sofia	43	Licenza media	Addetta ai servizi (scuola)	130	51
Sole	34	Diploma	Casalinga (ex impiegata)	127	45
Stella	27	Licenza media	Piercer	100	46
Tina	41	Diploma	Decoratrice tessile	94	32
Vanni	24	Attestato professionale	Disoccupato (ex elettricista)	132	42

\*: Al fine di garantire l'anonimato, a ogni intervistato è stato attribuito uno pseudonimo.

#### 4. Qualche precisazione

In conclusione a tale nota metodologica e prima di passare a illustrare le evidenze emerse dall'analisi delle quaranta interviste raccolte, pare opportuno aggiungere qualche informazione e considerazione in merito al modo attraverso cui queste ultime sono state effettuate e al metodo tramite cui il loro contenuto è stato elaborato. Riguardo alla concreta modalità di realizzazione, si precisa che ventisette delle interviste non direttive abbiano previsto l'incontro fisico tra l'intervistatore e l'intervistato, ovvero siano state realizzate nel corso di un colloquio *vis-à-vis* tenutosi, secondo il singolo caso, presso l'abitazione dello stesso interpellato, negli uffici di pertinenza dell'intervistatore nell'*Università degli Studi di Milano* e nell'*Università degli Studi di Milano-Bicocca*, negli studi di consulenza nutrizionale della dottoressa Noli e all'interno degli ambulatori messi a disposizione dal *Policlinico San Pietro*.

Diversamente, tredici interviste non hanno contemplato l'incontro fisico tra l'intervistatore e l'intervistato, essendo state effettuate in videochiamata al computer mediante l'impiego del software *Skype*. Più in particolare, quest'ultima modalità d'intervista è stata approntata al fine di accogliere le richieste dei membri dell'associazione *Insieme – Amici Obesi No Profit* e dei frequentatori dell'omonimo forum di discussione on-line, i quali si erano mostrati desiderosi di contribuire all'indagine proprio sfruttando

l'uso di tali risorse informatiche<sup>12</sup>. Rispetto ai colloqui faccia-a-faccia, le interviste condotte in videochiamata non hanno peraltro evidenziato alcuna apprezzabile differenza, sia per ciò che concerne il concreto svolgimento del colloquio e l'interazione stabilita tra l'intervistatore e l'intervistato sia per ciò che afferisce alla qualità e alla quantità delle informazioni ricavate, risultando dunque, sotto ogni punto di vista, equivalenti ai primi.

Inoltre, può essere chiarito che tutte le quaranta interviste effettuate sono state audio-registrate e quindi trascritte integralmente, riportando parallelamente al testo anche le informazioni relative al sistema paralinguistico e alla comunicazione non verbale; si pensi, più specificamente, al tono, alla frequenza (il volume), al ritmo e alle pause di silenzio nonché al riso e al pianto.

Venendo poi a esporre il metodo usato nel processo di analisi delle interviste, è possibile riportare come, in principio, si sia proceduto a un esame del contenuto di ogni colloquio, al fine di trarre indipendentemente dagli altri e per ciascuno di essi le evidenze più salienti in merito alla singolare esperienza di obesità. Secondariamente, è stata svolta una comparazione dei risultati ottenuti dall'analisi delle singole testimonianze, allo scopo di ricavare un'elencazione precisa e puntuale dei temi, dei fatti, dei vissuti, delle emozioni, delle reazioni, ma anche delle stesse parole e delle metafore utilizzate per descriverli, maggiormente ricorrenti all'interno delle narrazioni raccolte. In tale fase di studio si è ricorsi altresì all'ausilio di un software per la gestione e il trattamento informatico dei contenuti prodotti dalla trascrizione delle interviste (*NVivo 9*). Sulla scorta di tale lavoro di decostruzione e di comparazione dell'esperienza narrata, si è dunque proseguito con l'approfondimento dell'analisi di quegli estratti d'intervista concernenti, nello specifico, le evidenze emerse più frequentemente nel corpus di testimonianze considerato, appurando, laddove possibile, la presenza di analogie, di differenze e di peculiarità al variare del singolo caso e delle sue caratteristiche, tanto individuali quanto contestuali. Infine, le considerazioni così ottenute sono state ordinate e sistematizzate all'interno di un quadro analitico e interpretativo dotato di senso. In altre parole, si potrebbe affermare come le esperienze soggettive di obesità, dopo essere state minuziosamente dissezionate e scrupolosamente esaminate, siano state, in ultimo, ricomposte e arrangiate, al fine di restituire la prospettiva argomentativa elaborata da chi scrive.

---

<sup>12</sup> Si specifica che la modalità di colloquio per tramite di videochiamata al computer abbia permesso, di fatto, agli intervistati di rilasciare l'intervista dalla loro abitazione, perlopiù in orario tardo-serale nonché durante il fine settimana.

Nel fare ciò, vale la pena di precisare che si sia prestata la massima attenzione affinché fosse sempre rispettato il più stretto rigore metodologico. L'elaborazione dei dati raccolti ha, di fatto, perseguito l'obiettivo non già di confermare attraverso quanto rilevato sul campo posizioni teoretiche predefinite bensì di dare origine a una costante tensione dialogica tra due polarità, quella empirica e quella teorica, così da ingenerare un fruttuoso feedback tra i vissuti testimoniati dagli intervistati e gli schemi concettuali e le ipotesi interpretative impiegate per comprenderli e spiegarli. Peraltro, proprio all'instaurarsi di tale dialettica tra il dato rilevato e l'elaborazione analitica si deve la propensione mostrata dal presente lavoro di andare, in un certo senso, oltre i confini inizialmente stabiliti in fase di definizione del progetto di ricerca, vale a dire di protendere verso la considerazione di aspetti del fenomeno indagato talvolta inattesi.

Infine, pare opportuno preannunciare come nelle pagine a seguire, dedicate all'esposizione dei risultati emersi dall'indagine, si sia sovente ricorso all'ausilio di lunghi estratti d'intervista a illustrazione del percorso analitico e interpretativo offerto. Ciò non deve essere tuttavia inteso come un mero artificio retorico o una sola scelta stilistica bensì come una prassi propria della stessa ricerca sociale, finalizzata a validare la bontà della traiettoria analitica e interpretativa intrapresa dall'autore (Cardano, 2001; Cardano, 2008). L'obiettività, la plausibilità e la fondatezza delle interpretazioni e delle analisi proposte da quest'ultimo si fondano, infatti, sulla possibilità accordata al lettore di essere quanto più possibile edotto in merito al processo che ha portato alla loro genesi. In altri termini, l'ispezionabilità del dato da cui muove l'autore costituisce un presupposto imprescindibile per la valutazione intersoggettiva di congruità tra il quadro analitico e interpretativo da questo avanzato e il materiale empirico portato a suo sostegno (Ricolfi, 1997).

# **L'esperienza dell'obesità nei ricordi giovanili**

## **1. Il valore del corpo**

Le informazioni raccolte attraverso le interviste hanno messo in luce come la condizione fisica di obesità abbia costituito un aspetto d'indubbia e di primaria rilevanza nel vissuto dei soggetti interpellati dalla ricerca. Dalle testimonianze rese da quanti lo sperimentano in prima persona, il possesso di un corpo obeso si delinea essere una caratteristica afferente alla propria identità e alla propria biografia particolarmente condizionante. Secondo quanto riferito dagli intervistati, l'obesità è, infatti, una caratteristica corporea in grado di influire precocemente e marcatamente su un vasto campo di esperienze, da quelle più intime e relative al vissuto interiore della persona a quelle più propriamente interpersonali e inerenti all'ambito delle interazioni sociali. Lontana dunque dall'essere percepita e dal rappresentare una semplice caratterizzazione corporea, un elemento ancillare nel racconto che i soggetti obesi interpellati offrono di sé e della propria vita, tale dotazione fisica mostra invece di svolgere un ruolo chiave nel vissuto narrato, profilandosi come uno status personale da cui è impossibile prescindere al fine di comprendere la più generale esperienza riferita da tali individui. Lo stato di obesità appare pertanto in grado non solo d'indurre la sperimentazione di un particolare vissuto di tipo corporeo, ovvero attinente alle sensazioni fisiche e alla concreta gestione di un corpo dalle forme e dalle dimensioni atipiche e peculiari, bensì – e occorrerebbe aggiungere soprattutto – di condizionare la più complessiva esperienza personale e sociale provata dal soggetto, vale a dire concernente la stessa percezione che quest'ultimo ha del proprio sé e della propria soggettività in relazione a quella degli altri.

Entrando nel merito delle evidenze raccolte nel corso della presente indagine, è possibile asserire come non vi siano dubbi sul fatto che il

possesso di un corpo obeso costituisca un pesante vincolo per la persona interessata. Si può, infatti, attestare che l'obesità comporti per l'individuo che la sperimenta l'ineludibile incorporazione del valore negativo socialmente accordato a tale condizione corporea. Come osservato nelle pagine precedenti (vedi capitoli 2 e 3), l'obesità è un tratto somatico che nella nostra società si accompagna a una serie di valutazioni pregiudizievoli e dal portato altamente sfavorente e discriminate. La pressoché totalità dei contesti di vita e delle strutture di appartenenza in cui l'attore contemporaneo è incardinato esperisce, di fatto, il corpo grasso come un'anomalia rispetto ai modelli fisici, estetici, morali e comportamentali largamente consolidati, sancendone, di conseguenza, la sua riprovazione. All'interno del nostro contesto sociale, l'obesità risulta dunque essere un'importante fonte d'interferenza nei rapporti interpersonali nonché un comprovato motivo di svalutazione sociale. Conformemente a tale scenario, anche i soggetti obesi qui considerati attestano come, dall'infanzia all'età adulta, essi siano stati oggetto, nel corso delle plurime interazioni intrattenute con l'ambiente sociale circostante, di diverse forme di condanna e di rifiuto, proprio a causa della loro particolare conformazione corporea. Tali episodi di stigmatizzazione instillano, strutturano e reiterano nell'individuo obeso un pervasivo senso di disagio, di difformità e d'inadeguatezza, inducendolo allo stesso a un vissuto di marginalizzazione, d'isolamento e di esclusione dalla più vasta realtà sociale.

Prima di addentarsi in una puntuale disamina del contenuto emerso dalle interviste, pare sin d'ora utile anticipare che, nel merito delle esperienze di stigmatizzazione dell'obesità, si evidenzia una sostanziale omogeneità nei vissuti riportati dai diversi soggetti intervistati. A riguardo non si rilevano, infatti, sensibili difformità a seconda del variare del sesso, dell'età e dello status socioculturale dei singoli. Lo stigma dell'obesità appare, invero, livellare le differenze individuali e generazionali, favorendo altresì l'emergere di un vissuto reso uniforme e omogeneo proprio dalla svalutazione sociale conseguente al possesso di una siffatta dotazione fisica. Come sarà meglio illustrato nel prosieguo, l'inappellabile e la pervasiva condanna dell'obesità annulla, di fatto, qualunque possibile variazione legata alle peculiarità dei soggetti interpellati. Diversamente, le stesse testimonianze raccolte indicano poi come la frequenza degli episodi di stigmatizzazione muti, invece, a seconda dello specifico grado di obesità mostrato dall'individuo. In altri termini, sebbene ogni membro appartenente al gruppo considerato abbia lamentato di subire, in modi pressoché analoghi, la riprovazione e la discriminazione per la sua condizione corporea, a denunciare le manifestazioni più assidue risultano,

tuttavia, quei soggetti che presentavano in passato o esibiscono al presente, un'obesità di III grado, ovvero di tipo più avanzato<sup>1</sup>.

## 2. Una carriera precoce

Come appena annunciato, uno degli aspetti maggiormente preminenti del vissuto narrato dagli individui obesi nel corso delle interviste si palesa essere, con tutta evidenza, la svalutazione di tale condizione corporea all'interno delle interazioni sociali. È precisamente la stigmatizzazione del corpo obeso nel più generico ambito delle relazioni intrattenute con gli altri a rappresentare il nodo centrale e problematico attorno cui ruotano, sviluppandosi in modo non dissimile, le singole storie di obesità. La condanna e il rifiuto del soggetto obeso a causa della sua disposizione fisica, unitamente al profondo senso di mortificazione personale a essi conseguente, non sono solo ribaditi di frequente dagli intervistati ma sono altresì ricordati fare la loro comparsa piuttosto precocemente, vale a dire già dall'infanzia. La stigmatizzazione dell'obesità si manifesta, infatti, nei resoconti degli individui intervistati a partire dalle prime esperienze di relazione al di fuori del ristretto e protetto ambito familiare. Attingendo liberamente alla *lectio* goffmaniana, si può affermare che la *carriera morale* della persona obesa in quanto soggetto stigmatizzato prenda avvio sin dall'uscita di quest'ultima dal cerchio magico costituitosi in seno all'ambiente domestico. È proprio in tale momento, coincidente il più delle volte con l'ingresso nelle istituzioni educative e con la sperimentazione delle prevaricazioni, delle prese in giro e dell'ostracismo nel gruppo dei pari, che il singolo apprende del suo stesso stigma, interiorizzando i preconcetti alla base della più generale svalutazione di un tale possesso (Goffman, 1963).

Prima di affrontare nello specifico tale questione, pare però opportuno precisare che la quasi totalità degli individui interpellati abbia dichiarato di aver avuto già dai primi anni di vita un corpo grasso. Ciò nonostante, tale stato di primigenio eccesso ponderale non è stato valutato costituire, all'epoca, una compiuta condizione di obesità infantile<sup>2</sup>, se non in qualche caso. A ciò ha sicuramente concorso la mancanza, sino a un recente

---

<sup>1</sup> Si ricorda che sono considerati obesi di III grado gli individui adulti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) uguale o superiore a 40.

<sup>2</sup> Si ricorda che attualmente sono considerati obesi i bambini e gli adolescenti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto uguale o superiore a 30 (IOTF International Cut-off Point).

passato, di un accordo su un unanime criterio di definizione dello stato di obesità nei bambini e negli adolescenti (vedi capitolo 1), tradottasi nell'impossibilità per gli specialisti di esprimersi in tal senso, specialmente durante la fase di accrescimento dell'organismo. Non stupisce pertanto che dalle singole testimonianze si apprenda come l'accertamento di trovarsi nella condizione di obesità avvenga, di fatto, solo nel corso della tarda adolescenza e della prima età adulta, ovvero a sviluppo corporeo concluso. Ciò posto, appare plausibile ipotizzare dalla disamina dei contributi raccolti che un numero considerevole d'intervistati abbia tuttavia sperimentato lo stato di obesità già durante l'infanzia e l'adolescenza, sebbene la quasi totalità di essi riferisca più esattamente di aver avuto in tali periodi un corpo caratterizzato da una più o meno accentuata quanto generica forma di sovrappeso<sup>3</sup> o di grassezza. Più in dettaglio, alcune tra le persone obese interrogate descrivono in tali termini la situazione corporea e ponderale vissuta nei primi anni di vita:

“Eh... Considera poi che la mia storia di obesità è nata, io sono stato un po' rotondetto già da piccolo, nel senso che io già intorno ai dieci anni pesavo intorno ai sessanta chili, però non l'ho mai vissuta come un dramma. Sì, mi prendevano in giro un po' i compagni ma non ne ho mai fatto un problema. Poi con lo sviluppo, cioè con l'adolescenza, un po' perché inizi a svilupparti, cambia completamente il metabolismo, insomma con lo sviluppo ho incominciato a prendere sì un po' di chili ma a dare una forma al mio corpo, però sempre un po' rotondetto ma nei limiti. Poi a sedici, diciassette anni ero diventato proprio... Dicevo: “Maddò quando peso!”. Eh, ero già intorno agli ottantaquattro chili” (Diego, 37 anni, biologo nutrizionista, peso massimo raggiunto 121 kg, BMI 39).

“Sì, io diciamo che magra non lo sono mai stata. Sono nata sottopeso ma mi sono ripresa molto bene. E già, sì diciamo che forse l'infanzia c'era un sovrappeso che poi si è consolidato nel tempo quindi, già alle medie c'era una questione di sovrappeso importante e alle scuole superiori ancora di più. Di sovrappeso, si parlava sempre di sovrappeso. Diciamo che l'obesità è arrivata intorno circa ai venti anni, forse anche qualche anno prima, ecco” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Io diciamo che non sono stato obeso dalla nascita, mia madre mi dice che sono nato piccolo, due chili e qualcosa, neanche tre chili. Poi dai tre anni mi ricordo, però io non mi accorgevo, però associo in tenera età, cioè, non mi accorgevo del

---

<sup>3</sup> Si ricorda che sono attualmente considerati sovrappeso i bambini e gli adolescenti con BMI (kg/m<sup>2</sup>), per età e per sesso, corrispondente al BMI nell'adulto compreso tra 25 e 29,9 (IOTF International Cut-off Point).

peso, erano gli altri che me lo facevano notare. Diciamo che dall'infanzia ho iniziato a mettere su peso e nel periodo delle medie o no, un po' prima ho incominciato. Cioè no, ero già esploso, diciamo che quando ero in tenera età sono esploso, sono esploso a mano a mano sino alle scuole medie in cui ero già sui novanta, cento chili" (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

"Io sono stata sin da bambina cicciottella, sempre, sempre, sempre. Non ricordo un momento in cui sia stata magra in assoluto. Sono sempre stata rotonda. Non proprio obesa ma sì diciamo con quei, dei chili in più rispetto agli altri bambini. Questo da sempre però non so dirti se era obesità già all'epoca" (Alessia, 31 anni, architetto, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

Posta quindi la precocità dell'insorgenza di uno stato di eccesso ponderale nella quasi totalità degli intervistati, appare interessante rilevare che, dalle testimonianze considerate, è proprio il contatto e la messa in relazione del soggetto con gli altri e con il più vasto ambiente sociale a fare in modo che nel giovane individuo si costituisca la consapevolezza della propria grassezza. Più specificamente, esortati a raccontare come nell'infanzia si sia compreso di possedere un corpo in sovrappeso, la maggior parte degli interpellati allude proprio alle valutazioni negative provenienti, in special modo ma non esclusivamente, dai coetanei. È, infatti, la considerazione del corpo fornita dai giudizi altrui a informare negli intervistati la percezione della loro condizione fisica. Il bambino grasso si appropria dunque di un'immagine di sé e del suo corpo originatasi all'interno delle interazioni e nell'alveo delle reciproche aspettative relazionali. In altre parole, stando all'analisi dei resoconti raccolti, la percezione della propria grassezza affiora nel momento in cui il bambino, imparando a guardare il proprio corpo da una prospettiva esterna, apprende come gli altri se lo rappresentano. Si considerino in proposito le parole rese dagli stessi soggetti interrogati, sollecitati a rievocare la presa di consapevolezza della loro peculiare fisicità durante la narrazione:

"Un po' da sempre un po' da mai forse perché... Questo francamente non ti so rispondere. Non ho capito bene la domanda più che altro. Come ho capito di essere... Beh, sì, sì alle elementari. Alla fine ti facevi il pianto perché ti pigliano in giro. Francamente il succo è questo. Non è che tu da solo quando sei piccolo ti metti a fare certi pensieri" (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“Beh allora, in realtà sempre grassottella, sempre grassottella lo sono stata sin da piccola... Ehm, ma stupidamente io non ci ho dato peso, non ci pensavo, cioè nel senso che, sì, va bene, le prese in giro è quello, è quello che ti fa pensare a come sei” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Ehm è più difficile perché comunque sono sempre stato così, cioè da che io ricordo sono sempre stato sovrappeso. Eh, le foto mi dicono che da bimbo non ero sovrappeso, me lo dicono le foto, io non me lo ricordo ma ho ricordi del fatto che mi riportano a questo dalle scuole, dalle scuole elementari perché lì davvero erano gli altri che incominciavano a fartelo notare. Gli insulti, le battute, queste cose qui” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“I miei primi ricordi di obesità diciamo... Io ricordo di avere avuto durante l’infanzia degli episodi, di non obesa, ma ero cicciottella e mi è capitato qualche volta di, di sentirmi a disagio cioè no di sentirmi io a disagio ma di subire qualche commento da parte degli altri sul mio aspetto fisico che mi metteva a disagio” (Serena, 50 anni, dottoranda, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 48).

Come mostrano tali dichiarazioni, la presa d’atto da parte del bambino della sua specifica disposizione corporea avviene nel corso delle prime interazioni sociali. Più in particolare, per la maggioranza degli intervistati, è stato durante le relazioni istaurate con i coetanei nell’ambito scolastico che si è appreso della propria grassezza. Ciò nonostante, in un limitato numero di casi, è stata invece la visita dal dietologo a condurre alla prima forma di coscienza di un tale stato. Nella memoria di alcuni individui, sono, infatti, il contatto con un medico e la reminiscenza della prima dieta a informare, ancor prima dei commenti esperiti all’interno del gruppo dei pari, la propria consapevolezza corporea.

“Non so se riesco a rispondere alla tua domanda però io il primo dietologo l’ho visto, credo, che avevo otto, nove anni. Mi portò mia mamma, a Bologna andammo, me lo ricordo benissimo, però io non ho un ricordo spiacevole di questa cosa perché comunque sia, probabilmente era un medico specializzato nell’obesità infantile, per cui me la ricordo come una cosa, non spiacevole per quanto un bambino diciamo che in un ospedale si trovi un po’ spaesato ecco, non dico spaventato però è una cosa nuova che ti rimane impressa” (Donatella, 43 anni, capo stazione, peso massimo raggiunto 103 kg, BMI 36).

“Io sono stato sempre grosso. Già da quando avevo dieci, undici anni. La prima dieta l’ho fatta che avevo dodici, tredici anni. Cioè non me lo ricordo, onestamente non me lo sono mai chiesto, però ricordo di aver fatto la mia prima dieta con il

dietologo già a dodici anni perché per la mia età e la mia altezza ero piuttosto in sovrappeso” (Vanni, 24 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 132 kg, BMI 42).

“Ma io sono stata sempre tendenzialmente obesa quindi che io ricordo a sei anni i miei genitori mi hanno fatto ricoverare al San Raffaele per tutta una serie di accertamenti per vedere se c'erano tutta una serie di patologie, disfunzioni che portavano a questo stato. Non è risultato nulla di anormale se non che io assimilavo. La dottoressa mi aveva fatto il paragone che per me una caramella era uguale a un panino e lì ho iniziato a fare la mia prima dieta” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

Nel rispetto del contenuto emerso delle testimonianze, è quindi attraverso un'esperienza dalla natura puramente sociale, vale a dire di relazione e d'interazione con gli attori presenti nell'ambiente circostante, che s'innesta nei giovani soggetti la coscienza del loro stato fisico. Tuttavia, è bene precisare come tali vissuti concorrano non solo alla presa di consapevolezza di un aspetto della propria corporeità ma anche a conferire alla stessa un valore negativo. Gli scherni dei compagni di scuola e il ricorso al consulto medico sono, di fatto, intrisi di un portato sanzionante lo stato fisico di grassezza. Conseguentemente, è possibile affermare come il momento stesso della comprensione del possesso di tale condizione corporea si qualifichi per essere anche la prima occasione di sperimentazione del suo significato sociale negativo. Per il bambino, prendere atto di un aspetto specifico della propria disposizione fisica coincide pertanto a saggiarne, sin dal principio e al contempo, il suo disvalore nell'alveo della più vasta realtà collettiva in cui è inserito.

Nel merito dei commenti e delle prese in giro da parte dei coetanei, è poi doveroso segnalare come questi possano assumere altresì toni particolarmente veementi. Stando, infatti, ai contributi raccolti, un congruo numero d'intervistati ha evidenziato la durezza del trattamento riservato loro dai pari, proprio a causa della loro peculiare corporatura. In taluni casi poi, più che di dinamiche di reciproche ed estemporanee prese in giro tra bambini, alcuni interpellati raccontano di un compiuto e sistematico maltrattamento verbale e talvolta anche fisico, posto in esplicita relazione al loro stato di grassezza. Ai nostri giorni non sarebbe inopportuno riferire di tali episodi nei termini di veri e propri atti di bullismo.

“Io sono arrivato dal Venezuela in Italia a cinque anni e ho iniziato le scuole qui in Italia e all'intervallo quando scendevo in giardino e, in più non capendo bene l'italiano venivo trattato male, e anche se cercavo di stare per i fatti miei l'unica

cosa per cui venivo utilizzato era come pungiball: “Tanto sei grosso, non senti niente!”, cosa che mi sono sentito dire sempre a scuola, sino ai quattordici anni. A scuola ero preso di mira perché ero grosso. Alcuni dei miei amici che ho conosciuto, che erano grossi come me, hanno avuto lo stesso trattamento. Uno grosso è uno che lo puoi sfottere a sfinimento, puoi prenderlo anche a botte perché non sente dolore” (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

“Tre quarti delle volte io lo vedo tuttora con il lavoro che faccio perché comunque il bambino e la bambina sovrappeso, almeno uno su una classe c’è, e tante volte vedo che i bambini si comportano esattamente uguale a come si comportavano con me venti, venticinque anni fa, perché nulla è cambiato. I bambini sanno essere buoni e gentili fino a un certo punto e poi ti sanno tirare certe saccagnate che metà bastano per quanto riguardano le offese sul peso. Noto che le cattiverie sono, le cattiverie sono le stesse perché comunque le battute che si possono fare alla fine sono sempre le stesse: balena, cicciona eccetera eccetera. Io in particolare ho una bambina in una seconda, in una seconda elementare che mi ricorda particolarmente me. Questa spesso riceve cattiverie da una parte e dall’altra, gliene dicono di ogni, spesso vedo che la prendono proprio di mira e diventano proprio cattivi con lei... Questo succedeva anche con me” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

“Ricordo che a scuola c’è stato un periodo che mi chiamavano con tutti i nomignoli: grasso, maiale e tutti questi nomignoli qua. Ah, qui la cattiveria umana non ha limiti. Io ci rimanevo molto male. Dai bambini arriva roba di ogni genere. Da maiale, palla di lardo, testa di vacca, arrivava di tutto. Ho preso anche le botte. Sberle in faccia, calci. Alle scuole elementari e anche dopo, di tutto. Ti assicuro che anche se sei un bambino non è bello, sono cose che fanno male e ti fanno sentire peggio” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Sempre in riferimento all’esperienza scolastica, appare inoltre interessante riferire come alcuni intervistati, più precisamente quelli intorno ai trenta anni di età, riportino tra le fonti di disagio, oltre le prese in giro e i maltrattamenti da parte dei compagni, anche le visite annuali delle allora Unità Sanitarie Locali<sup>4</sup> nelle scuole elementari. Nel corso di queste ispezioni, condotte da medici e da infermieri, oltre all’accertamento della più generale condizione di salute, avveniva anche la misurazione dell’altezza e del peso di ciascun alunno. In seguito a tale visita era poi

---

<sup>4</sup> A oggi le Unità Sanitarie Locali (USL) sono state sostituite dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

rilasciata ai bambini in accentuato stato di sovrappeso una lettera indirizzata ai genitori in cui s'informava della condizione di eccesso ponderale e s'invitava a rivolgersi al medico pediatra oppure a un medico specialista al fine di una terapia dietetica restrittiva. Dalle narrazioni rese dagli interpellati, il recapito davanti all'intera classe di questa lettera era vissuto con particolare imbarazzo, poiché rappresentava un'ulteriore forma di disapprovazione e di condanna del soggetto per la sua condizione corporea. Oltre ciò, la consegna da parte dei medici di tale missiva consolidava, peraltro, anche la sperimentazione di un senso di difformità e di anomalia rispetto alla maggioranza dei coetanei, i quali ne erano, al contrario, dispensati. A riguardo, si considerino le eloquenti testimonianze riportate da alcuni intervistati.

“Non so se si usi ancora questa pratica, se si usi ancora fare questa cosa, ma quando andavo a scuola io venivano fatti ogni anno dei controlli. Il medico dell'ASL esce e fa in ogni scuola, un giorno all'anno, i controlli e i bambini in sovrappeso vengono chiamati in separata sede, cioè fanno la lista di tutta la scuola, poi dicono: “Giovanni, Bernardo, Francesca eh, fuori con me!” e a noi veniva data questa, questa carta, non so francamente cosa ci fosse scritto. L'ho sempre data ai miei genitori. Era un po' ghattizzare... Perché eri sempre quelli, sempre quelli, sempre quelli. Perché alla fine io con altri tre della mia classe, lui con altri tre della sua classe, stavamo sempre là, sempre con questo foglietto da portare a casa e alla fine forse ghattizzavano di più, che non i ragazzini stessi tra di loro insomma (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Erano venuti dei dottori di Como a scuola a visitarci, solo che poi sono venuti, mi hanno pesato eh, e anche lì a scuola e davanti a tutti i tuoi compagni ti portano la lettera che devi fare la visita a Como e cosa fai? Ero solo io e ti porti dietro anche quello... Anche lì ti arriva uno a scuola, ti visita, ti pesa e ti dice che devi fare una visita perché non sei a posto... Non è che la vivi bene” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

In aggiunta a quanto sinora riportato, può essere poi precisato come, secondo i resoconti raccolti, la stigmatizzazione della grassezza durante l'infanzia non sia un fenomeno limitato al solo ambito scolastico. Anche altre occasioni di contatto e di confronto con il più vasto ambiente sociale, come quelle legate alla pratica sportiva, contribuiscono, stando ai ricordi di alcuni intervistati, a reiterare la svalutazione e la condanna del soggetto per la sua particolare dotazione fisica.

“Da piccola ho fatto con mia sorella, quella magra, giusto perché lei la faceva, sono andata a fare ginnastica artistica e poi pallavolo, però... Anche lì, mi piaceva fare pallavolo, è poi il farlo che... Anche perché partivo già comunque grassa e quindi poi anche nel confronto con le altre ragazze che, anche lì, qualche presa in giro. Io uscivo da lì che mi sentivo solo peggio, non mi sentivo bene” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Sì quando avevo sette o otto anni faccio la visita per andare a giocare a pallone, cioè inizio a giocare a pallone, mi danno il mio ruolo, faccio il portiere, tutto entusiasta, perché non è che il portiere corre di meno, fa altri esserci ma vabbè, incomincio la mia attività, faccio la visita medica e mi fermano: sovrappeso. Non posso giocare a pallone, no, non è che non posso giocare, non posso partecipare alle gare e non mi hanno dato l'idoneità per giocare la partita del sabato pomeriggio. Però a sette anni, a un bambino di sette anni non puoi dire anche se sovrappeso che non puoi giocare. Perché poi ti senti indietro rispetto agli altri, che hai qualcosa di meno rispetto agli altri, ti senti che hai qualcosa di meno rispetto agli altri” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

Come dimostrano tali testimonianze, si può nuovamente ribadire come il ricorrere di episodi di sanzione e di condanna per il possesso di un corpo grasso, di fatto, radichi nel giovane individuo che ne è interessato la consapevolezza del significato negativo e del portato svalutante accordati alla sua condizione fisica, comportando altresì l'internalizzazione di un precoce senso di difformità e di minorazione rispetto ai coetanei normopeso.

### **3. Turning point**

Allontanandosi dall'infanzia e addentrandosi nell'adolescenza, i resoconti del gruppo d'individui interpellati segnalano come gli episodi di sanzione per la loro condizione corporea – peraltro sempre più prossima a una compiuta forma di obesità – non solo permangano ma estendano altresì i loro confini, parallelamente all'espandersi dei nuovi ambiti di vita e al moltiplicarsi delle modalità di relazione del soggetto. I fenomeni di stigmatizzazione, non più circoscritti prevalentemente al solo ambito scolastico, sembrano, invero, inseguire il giovane obeso nei luoghi e nei momenti in cui lo stesso sperimenta le sue prime forme di autonomia, costituendo, di fatto, un'ulteriore fonte d'apprensione, in aggiunta ai più comuni timori propri del periodo. Si può dunque sostenere come il ragazzo

obeso, a causa della condanna sociale per la sua disposizione fisica, nella complessa transizione che conduce all'età adulta si trovi a dover fronteggiare maggiori difficoltà in confronto a un coetaneo con uno stato ponderale più vicino alla media. Nel corso dell'adolescenza, le ingiurie perpetrate dai coetanei incominciano, infatti, a toccare più in profondità l'individuo obeso, a intaccare la sua stessa considerazione di sé nonché a comportare l'emergere in lui dei primi interrogativi e delle prime considerazioni circa i costi personali e interpersonali derivanti dal possesso di un corpo di tal fatta. Rispetto a quanto vissuto in precedenza, in tale periodo le vessazioni iniziano ad accompagnarsi alla più chiara sperimentazione di uno stato di frustrazione e di sofferenza in relazione al proprio corpo, alla propria identità e anche al senso d'ingiustizia e d'illegittimità per il trattamento stigmatizzante subito. Conseguentemente, in corrispondenza di tale momento della vita appare possibile collocare un *turning point* nella biografia della persona obesa. Tale soggetto, complice anche il compimento del suo più generale processo di maturazione psicofisica, muove, di fatto, verso una più precisa e ferma definizione della situazione corporea, identitaria ed esistenziale vissuta. Dai resoconti raccolti, si può distinguere nitidamente fra un prima e un dopo nel senso da questo attribuitovi. A esemplificazione di quanto appena asserito, si riportano le eloquenti testimonianze rese da alcuni interpellati.

“Allora io ce n'è una in particolare che mi ricordo di esserci rimasta particolarmente male. Ero alle superiori, ero sull'autobus strapieno, io ero seduta, sono scesa alla mia fermata e sento dietro un ragazzo dire: “Oh, adesso si è svuotato l'autobus”. Lì, cioè mi sono sentita crollare però ho detto: “È un pirla questo qua!”. Però, boh... Forse quello lì, che mi hanno ferito è uno che mi ricordo però prima, altri, i soliti fra ragazzini: “Oh sei cicciona”, ma non mi interessava. Cioè mi colpivano di meno invece quello me lo ricordo bene ancora adesso. Ricordo di esserci rimasta proprio male. Dopo mi ero messa anche a piangere... Ecco, lì ho capito cosa voleva dire essere cicciona. Non nel fisico ma con gli altri, per le altre persone” (Sara, 22 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 109 kg, BMI 43).

“Ah sì, lì gli insulti si sprecavano quando non sai come attaccare qualcuno ti lanci sui suoi fattori fisici e mi ricordo che alle superiori c'era questo tizio antipaticissimo, tuttora antipaticissimo, ehm, che non, non perdeva occasione per farmi notare ecco: un movimento che una persona con un peso normale fa in un certo modo magari io facevo un po' di fatica a farlo. Solo allacciarsi le scarpe, eh magari quando finisci di farlo sei un attimino più affannato di uno che non è sovrappeso, e, e non mancava occasione per farmelo notare. Tipo educazione

fisica, finito di cambiarsi diceva: “Ma va come sei rosso finito di allacciarti le scarpe!” oppure “Eh, ma hai fatto solo una rampa di scale come mai tutto questo fiatone, eh?” ... Magari lo faceva anche con ingenuità, no, non lo faceva con ingenuità sicuramente no, però non diceva frasi che erano degli insulti diretti... / No, quelli c'erano / (ridendo), anche tipo ciccione, obeso, cose così. Quando ero più piccolo mi chiamavano anche / Obelix / (ridendo), facevano un po' di assonanze con personaggi della televisione insomma. Però alle superiori li vivi in modi diverso, è già un momento delicato / sei bombardato dagli ormoni / (ridendo) e allora ti incominci a fare tutte le menate per come sei perché è logico che non è che sei contento di come sei e allora incominci a non vivertela proprio bene questa cosa e allora là gli insulti diventano più peggiori. Non è come quando sei più piccolo, che ti insulti sul momento e poi passa”(Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“L'adolescenza è stato un periodo difficile, diciamo che lì ho incominciato ad avere un rapporto conflittuale con il corpo. Sai di solito nell'adolescenza ci sono un po' di problemi, tutti hanno difficoltà ad accettarsi, poi penso io anche di più perché gli altri te lo fanno pesare: “Ah zitta, sei grassa!”. Ti zittiscono con questo mezzuccio qui e vabbè, adesso non attacca più ma quando sei più giovane fa male. Qualche battuta è uscita anche prima ma lì è diverso, ti tocca di più e ti fa aprire gli occhi e tu ti dici: “Come vorrei essere più magra”. Che poi alle superiori i miei compagni di classe e le persone che conoscevo di commenti pochi, perché comunque ho un caratteraccio quindi ho sempre risposto a tono e nessuno si è mai permesso di dire nulla su questo discorso. Invece le persone che non ti conosco, magari in strada, non so se, soprattutto al sud capita che passi per strada e ti dicano, ti guardano e ti dicono: “Ah, grassone!”... Solitamente quando sei più giovane sono i ragazzi della tua età, poi crescendo nessuno si permette di fare queste osservazioni a parte gli imbecilli. Succede quando si è ragazzini e quando anche loro che additano sono ragazzini. Però tu capisci che non aiuta. Una volta mi ricordo che ero ai giardini a Nuoro con una compagna di classe e qualcuno mi ha detto una roba come: “Culona!”, una gentile affermazione del genere e al che gli ho risposto malissimo come al mio solito perché sono urtanti questi commenti. Oppure un'altra volta una cosa in sardo che suona come: “Ma come sei brutta!”. Poi io ho sempre risposto perché la cosa fastidiosa era che tu eri con, in giro con amici con cui avevi confidenza e davanti a questo ti dicono qualcosa e io non riesco a fare finta di non sentire eccetera eccetera e poi rispondevo a tono a seconda della persona che avevo davanti (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

In aggiunta, merita poi di essere evidenziato come alcuni individui obesi intervistati abbiano esplicitamente associato la riprovazione sociale, esperita a causa della loro dotazione fisica, con la comparsa, avvenuta proprio nel corso dell'adolescenza, di un'irrefrenabile fame emotiva. È,

infatti, in relazione a tale periodo che emergono per la prima volta nei racconti esaminati dei chiari riferimenti a una propensione soggettiva a scariche e a gestire le tensioni, le frustrazioni e le sofferenze attraverso l'ingestione d'ingenti quantità di cibo. Come peraltro precedentemente indicato da Werner J. Cahnman (1968), l'esperienza di svalutazione, di rifiuto e di emarginazione, vissuta dai giovani obesi all'interno dell'ambiente sociale e, più in particolare, nel gruppo dei pari, si rivelerebbe dunque in grado di influire sulla manifestazione di condotte alimentari di tipo compensativo. Essendo tali comportamenti alimentari tutt'altro che indifferenti nell'eziologia dell'eccesso ponderale, in accordo con il sopraccitato studioso<sup>5</sup> ci si potrebbe spingere ad affermare come anche per alcuni individui interpellati dalla presente indagine la stigmatizzazione sociale appaia avere apportato un indiscutibile contributo alla conservazione e all'aggravio della condizione di obesità. Si valuti nel merito quanto riferito dagli stessi interessati.

“Da ragazzina i miei amici mi prendevano in giro, tendevano a isolarmi e questo mi portava a mangiare ancora di più perché le mie crisi erano soprattutto di sera, ingozzarmi di qualsiasi cosa. E questo da quando avevo quattordici, quindici anni, l'ho fatto poi per tanti anni, perché per me il discorso dei problemi nel sociale era, veniva giù come una bella mazzata. Per me influiva molto... Eh, io mangiavo quando ero arrabbiata, di sfogo per qualcosa. A volte non reagivo alle critiche, me le tenevo e stavo male. Poi ho incominciato ad arrabbiarmi, mi arrabbiavo e aggredivo le persone ancora prima che aprissero bocca. Dipendeva un po' dalla persona. Come vedevo che la faccia che volevano dire qualcosa di offensivo partivo io all'attacco. Però il fatto che la maggior parte delle volte non reagivo, che tenevo tutto dentro mi portava a sfogare questa tristezza, questa cosa appunto mangiando. Quando tornavo a casa dicevo: “Ma quanto sono stronzi! È possibile che io devo fare questa vita? Tutti che mi prendono in giro!” e mentre ci pensavo mi infilavo in bocca qualcosa e piangevo, perché piangevo. Piangevo e mangiavo perché non trovavo una soluzione. O forse una soluzione c'era ma io non la vedevo. E fai conto che dai tredici, quattordici anni sono sempre ingrassata di circa una decina di chili ogni anno, sino ai famosi centotrenta di quando avevo trenta anni” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Sì, sì, la cosa che mi dava fastidio era quando eravamo lì con i miei amici e arrivava il fenomeno di turno, che magari mi stava pure sulle balle, e ti faceva l'osservazione: “Ciccione!”... Ciccione è la parola... Ma sai la prima reazione è di cancellare quella parola, è una reazione psicologica penso, elimini quel vocabolo

---

<sup>5</sup> Per maggiori dettagli in merito allo studio condotto da Cahnman (1968) si rimanda al capitolo 3.

che ti da fastidio e lo geli di modo che non ti da fastidio, però poi si sgela da solo. Ciccione era una cosa che mi dava fastidio, la cosa più brutta. Ridevo, cercavo di buttarla sul ridere con gli amici lì sul momento, come si fa tra ragazzini che ci si prende in giro, però poi piangi quando sei da solo. Ti mangi quando sei da solo. La situazione era quella. Ti mangi dentro e poi di fuori ti mangi il mondo perché più ti insultato, più ti senti solo, più mangi. È il fatto che ti senti solo, e ogni cosa che ti fa sentire da solo come la critica amplifica la cosa e poi mangi. Sei da solo, ti senti da solo contro il mondo e i problemi del cavolo che uno ti viene a dire che c'hai trenta chili in più quando sei ragazzino si aggiungono a quello dei problemi normali della vita. E sei da solo, e soprattutto poi crescendo cosa fai? Mangi! Era un mangiare come un maiale. Il mio, anche adesso tante volte mi succede, hai l'attacco ma cerchi di gestirlo, adesso a volte riesco a tirare via la testa e vado a farmi un giro oppure, visto che mi è rimasto il vizio del fumo, mi accendo una sigaretta che me lo spegne al momento, però non è che puoi fumarti un pacchetto di sigarette al giorno, allora non so, vado a farmi un giro con il cane. Perché te lo porti dietro sempre la parola ciccione. È stato un modo sbagliato di affrontare le situazioni, è l'istinto che è cresciuto insieme a te nel tuo problema con gli altri che ti faceva stare male e ti portava a fare quelle cose lì, a mangiare come un maiale in cerca di, non so neanche io di cosa, credo di una qualche gratificazione che fuori dal mangiare non avevi" (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Allora io ho sempre avuto grossi, cioè io essendo sempre stato sovrappeso sin da ragazzino in avanti ho avuto sempre grossi problemi con i miei coetanei per cui ho sempre avuto il cibo come valvola di sfogo, per tutte le mie problematiche in ambito sociale diciamo. Sì, diciamo che quando ero a casa con i miei genitori non c'era la possibilità di fare grandi abbuffate a pranzo o a cena però era comunque sia prima di pranzo o prima di cena, nei momenti in cui ero libero se potevo andavo a fare un secondo pranzo o una seconda cena, o uscivo di casa e andavo al supermercato a prendermi qualcosa, era soprattutto quando mi sentivo triste perché poi l'obesità è un circolo vizioso: sei obeso e fai schifo, e questo diventava un motivo in più per mangiare così diventi ancora più obeso e fai ancora più schifo e cosa facevo? Mi mangiavo altri dieci panini per compensare il dispiacere. Che poi nel mio caso, parlo da quando ero grandicello, che posso ricordare, non so da quando avevo quattordici anni, il mio non è mai stato un perdere il controllo sul cibo, ma era una scelta: diciamo che io andavo da McDonald e in base ai soldi che avevo in tasca calcolavo cosa potevo prendermi o andavo all'Esselunga e trovavo quel piatto che mi interessava per cui queste mie abbuffate erano proprio fatte per compensare dispiaceri, solitudine e quant'altro. Era come se mi dicevo: “Guarda che vita di merda, perché devo essere così e allora fammi almeno mangiare per tirarmi su di morale”, che poi come ti spigavo è il classico circolo vizioso delle persone obese” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

Stando ai resoconti raccolti, la cospicua assunzione di alimenti appaganti si mostra, di fatto, un rimedio utile a gestire e soprattutto a sedare, in modo più o meno intenzionale, l'avvertita condizione di disagio. Il cibo diventa così, a seconda dei singoli casi e delle diverse circostanze, una valvola di sfogo, una consolazione, una compagnia finanche un calmante. Tuttavia, se nell'immediato l'atto alimentare pare placare la tensione, alleviare la sofferenza e colmare il vuoto interiore, nel medio e lungo periodo esso si dimostra, invero, in grado di aggravare ulteriormente la condanna e l'isolamento esperiti dal soggetto obeso, a causa del procurato aumento dell'eccesso ponderale.

Oltre ciò, dalla disamina delle testimonianze è possibile notare come la svalutazione sociale di tale individuo incominci a comportare, proprio nell'adolescenza, delle importanti conseguenze non solo sulla sua condotta alimentare ma anche sul suo più generale modo di vivere e di relazionarsi con gli altri. Numerosi intervistati imputano, infatti, proprio al susseguirsi e al cumularsi delle esperienze di condanna e di emarginazione, il progressivo sviluppo di un atteggiamento di cautela, di diffidenza finanche di chiusura nei riguardi delle altre persone. La stigmatizzata sociale indurrebbe così il soggetto obeso a rinunciare preventivamente e anticipatamente all'interazione con gli altri.

“Io anche stupidamente ho pensato che invece di fare qualcosa per evitare le prese in giro fare quella strana poteva aiutarmi nel non sentire il peso delle prese in giro. Quindi fino alle medie è stata una passeggiata perché me ne fregavo. Però alle fine medie ero già cento chili buoni. Quindi io ero quella strana, quella che stava da sola, si faceva i fatti suoi, non dava confidenza, quindi alla fine mi sono isolata, perché sai, alle elementari la presa in giro c'era, poi c'era un'altra ragazza come me alle elementari e prendevano di mira anche lei e allora sono diventata quella che si isolava e l'ho continuato anche alle medie, perché oramai ci avevo preso la mano a fare quella che si isolava. Alle medie sono partita subito che non ti davo confidenza, tu non ne davi a me quindi me la sono cavata così, non ci ho fatto caso” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Ebbè quando alla fine vedi che la gente ti prende in giro... Insomma, perché ma sì, ti senti giudicato, in parte può succedere. Però alla fine si cerca un giusto compromesso se vogliamo non, a un certo punto sei in un certo modo, in un certo modo sei fatto. Non dico che gli altri debbano pretendere che tu gli vada bene così, ma insomma bisogna trovare una mediazione e la tendenza è stata, con il passare del tempo depennare tutte quelle persone che non gli andavo bene. No, no, è forse più un'autolimitazione probabilmente nel fare le cose, nell'uscire, diciamo nello stare con gli altri che ti porta a autolimitarti. Forse non sarebbe stato molto diverso,

voglio dire ho un carattere abbastanza introverso, non sono mai stato il tipo che faceva le serate con gli amici, che so... In discoteca o anche quando sei più giovane alle feste a casa di amici non ci mettevo piede ma anche mio padre è così. Sicuramente era molto, molto diverso da me quando aveva la mia età, comunque ora non è una persona di compagnia, quindi, no, probabilmente il carattere dipende anche da altre cose quindi non... Non saprei, forse dipende da un altro fatto, da come cresci, se piaci, non piaci quando sei più giovane soprattutto negli anni del liceo quando sei diciamo in formazione ma vabbè così è e così ce lo facciamo andare bene insomma” (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“Quando ero bambina no, però crescendo sono sempre stata una persona chiusa non sono, non mi confido facilmente, sono quasi anaffettiva se non con le persone più vicine e ho, sono diffidente e... Solitaria. E questo credo sia dovuto alla... Cioè, a come sono cresciuta e questo non so quanto sia dovuto al peso. Cioè mi sono, questa è una cosa mentale però ho sempre paura che quello che una persona sa in più di me la può usare contro di me e per questo mi confido poco facilmente non, cioè non so mai se una persona sta parlando con me sul serio o mi sta prendendo in giro e forse quello, sì, è dovuto al peso, alle prese in giro da bambina per cui anche quando cresci ti porta a chiuderti, a non fidarti e quindi poi a isolarti” (Sara, 22 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 109 kg, BMI 43).

Come chiaramente evidenziato dalle parole sopra riportate, l’insorgenza nel corso dell’adolescenza di una tendenza all’introversione e di un orientamento alla limitazione delle interazioni sociali – se non all’autoisolamento vero e proprio rispetto al gruppo dei pari – viene posta dagli stessi intervistati in relazione alla specifica esperienza di stigmatizzazione. Ridurre al minimo le interazioni con gli altri comporta, infatti, la minimizzazione delle potenziali occasioni di critica cui è esposto l’individuo obeso, a causa della riprovazione sociale della sua condizione fisica. Per quanto possa apparire paradossale, anticipare il rifiuto altrui, limitando autonomamente le proprie relazioni sociali, permette al soggetto di sperimentare una forma di controllo su una realtà sociale percepita come ostile e minacciosa, consentendo al contempo di proteggersi dalle frustrazioni emotive conseguenti a un vissuto sociale di tipo stigmatizzante. Nel rifuggire degli individui interpellati dalle interazioni con gli altri è possibile dunque ravvedere una radicale strategia impiegata al fine di eludere ed evitare la condanna sociale per la propria grassezza.

Tuttavia, non è solo evitando quanto più possibile le interazioni sociali che gli intervistati hanno cercato di ovviare, durante il periodo adolescenziale, al biasimo altrui e, più specificamente, a quello dei

coetanei. Alcuni soggetti interpellati hanno, infatti, dichiarato come, all'interno dell'ambito scolastico, abbiano altresì tentato di far fronte al disvalore apportato dalla condizione di obesità impegnandosi con particolare dedizione nello studio. Nel vissuto di tali individui, la riuscita a scuola è figurata come un tentativo, peraltro piuttosto esplicito e consapevole, di compensare la svalutazione sociale derivante dall'obesità nonché di conseguire, per via del merito ottenuto oppure in cambio dell'aiuto offerto in tale campo, l'apprezzamento del gruppo dei pari. Raggiungere brillanti risultati in ambito scolastico diventa così una strategia funzionale a ridurre, almeno in parte, gli effetti sminuenti di un corpo socialmente deplorato e di cui la persona fa, suo malgrado, esperienza. Si valutino a riguardo le spiegazioni offerte dagli stessi soggetti intervistati.

“Ecco alle superiori, ecco alle superiori, la situazione era la stessa però la differenza era che io fondamentalmente sono una secchiona quindi tornavo utile e quindi non mi, non mi prendevano in giro perché gli servivo. Io ero quella ben vista dalle prof, che se si andava a chiedere qualcosa anche se non interessasse a me, anche se non mi interessava, la prof diceva: “Eh sì”. Ero quello, ero quella che gli spiegava le cose quando non le capiva, che gli passava il compito che c'era da fare per quel giorno e così alla fine diciamo che per tutte le superiori me la sono cavata in questo modo. Imparato il trucchetto, per non avere troppi problemi / l'ho messo in pratica / (ridendo)” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Eh, insomma quando alla fine vedi che la gente ti prende in giro o reagisci perché devi dimostrare qualche cosa o altrimenti, però a qual punto nel doverlo dimostrare finisce come dire, per divenire un'ossessione al contrario. Però cioè io ho dovuto dimostrare... Che cosa? L'unica cosa che ho dimostrato credo di non essere un asino, ho fatto un'altra scelta insomma. Mi sono impegnato anche perché potevo dimostrare solo con la testa di valere qualcosa, non perché debba essere per forza così, per me è così. Ma comunque perché hai un'esperienza che te l'ha creata, ti ha portato a fare diventare il corpo un complesso, a viverlo come un problema e quindi ti viene naturale puntare sulla testa, farti apprezzare per altre cose, perché sei bravo e sai far funzionare il cervello” (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“Perciò, no alle scuole superiori io poi, io ero una secchia perciò... Eh, sì come a lavoro, non hai altri sbocchi e quindi per eccellere devi ammazzarti. E a scuola uguale. Ho ottenuto le mie borse di studio, sono uscita con la lode, però insomma. Io mi son dovuta fermare alla ragioneria sperimentale, io ho fatto una specie di ragioneria sperimentale che veniva usata appunto solo per un anno di cicli di

sperimentazione, su una classe particolare. Poi ho vinto delle borse di studio un po' qua e un po' là, però non ci sono potuta andare perché i miei non avrebbero avuto da mantenermi. Insomma, si è terminata lì. Però anche lì, era dare il massimo, sempre il massimo. A scuola, al lavoro, il massimo. Perché in qualche modo bisognava dimostrare di essere qualcuno. A parte che è la serietà, secondo me, questa te la insegnano i genitori, al di là del grasso e del magro. Cioè, mio padre mi ha insegnato che quando fai una cosa, devi fare bene. Tu hai da studiare, studi bene. Hai da lavorare, lavori bene. Ti fai apprezzare, lavori onestamente, con coscienza, di più che puoi. Perciò queste sono cose che vanno al di là. Siamo tre fratelli, siamo tutti e tre uguali. Però sicuramente il fatto di essere diverso dagli altri ti dà lo sprint in più per far qualcosa in più. In qualche modo per essere qualcuno, perché... Cosa altro avrei potuto essere io in una classe? Tra l'altro di secchioni, perché era una classe scelta. Ah, dal nero si ricava nero e quindi, almeno ero una brava studente. Se sei cicciona non è che ti rimane altro. O sei la cicciona o ti impegni per essere la secchiona. Cicciona ma secchiona. È triste ma è così. Lo fai per dimostrare di essere qualcosa, qualcosa di diverso dalla cicciona e basta" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

Di là dalle prime sperimentazioni delle strategie impiegate per fronteggiare la stigmatizzazione dell'obesità, nei ricordi delle persone interpellate, l'adolescenza si caratterizza soprattutto per le difficoltà vissute nell'ambito delle relazioni sentimentali. È, infatti, in riferimento a tale campo di esperienza che tali individui lamentano di aver esperito gli effetti più deprimenti e dolori conseguenti al generale rifiuto della loro peculiare disposizione fisica.

#### **4. Il momento verità**

Come preannunciato, le narrazioni delle persone intervistate hanno segnalato come l'obesità rappresenti una barriera sovente insuperabile nello stabilire legami di tipo sentimentale. Tale evidenza non esibisce peraltro variazioni significative tra i sessi e tra le diverse generazioni presenti nel gruppo di soggetti intervistati. Uomini e donne obesi di tutte le età riferiscono, infatti, di aver incontrato, già a partire dall'adolescenza, le medesime difficoltà nello stringere rapporti amorosi, identificando altresì nella loro specifica dotazione fisica e nella censura estetica con cui questa viene a essere generalmente salutata le sue principali determinanti.

Nel merito dei più generali fenomeni di stigmatizzazione, Goffman ha avuto modo di osservare come le relazioni sentimentali costituiscano, di

fatto, un *momento verità* nella carriera morale dell'individuo stigmatizzato, vale a dire un'occasione in cui il portato svalutante, limitante e precludente del suo stigma si rivela in tutta la sua asprezza (Goffman, 1963). In accordo con quanto asserito da Goffman, anche per i soggetti obesi considerati dalla presente ricerca è possibile sostenere che la problematicità esperita nel misurarsi con tali forme di legami assuma un significato del tutto paradigmatico all'interno del loro vissuto. Nei fatti, in tale campo di esperienza il giovane obeso ha modo di vivere in maniera quanto mai dolorosa e consapevole il portato sminuente accordato al suo aspetto e al suo corpo, saggiando, in forma pressoché inequivocabile, l'ostacolo da questi rappresentato sulla via di un'esistenza relazionale eguale ai suoi pari e soddisfacente nella sua sostanza. L'obesità, infatti, non solo allontana, come appare ovvio, dai potenziali partner ma distingue altresì all'interno del gruppo dei coetanei chi è coinvolto con successo nel gioco delle esperienze amorose da chi invece è escluso. Non a caso gli interpellati riportano e sottolineano più volte nei loro resoconti come proprio dinanzi alle prime problematiche vissute in ambito sentimentale abbiano iniziato a sentirsi irrimediabilmente sfavoriti dal loro corpo. La percezione di difformità e d'inadeguatezza già instillata nel giovane obeso appare dunque rafforzarsi a seguito delle difficoltà registrate nella dimensione affettiva. Oltre a consolidare un sentimento di profonda insoddisfazione e frustrazione per una dotazione corporea che condanna e che allontana, l'impossibilità di misurarsi con successo nei sentimenti e nella sessualità inferisce altresì un duro colpo al senso di autostima dell'individuo obeso. A riprova di quanto appena argomentato si valutino i seguenti estratti d'intervista.

“Alla fine delle medie, è stato quello che mi ha fatto pensare al mio essere grasso, e come si dice... È proprio la consapevolezza di dire, ho sempre fatto tanti paragoni con gli altri, con la gente magra, che poteva mettersi le magliette strette e avevano tante ragazze. Sì, era proprio il fatto delle ragazze, perché a te, vedi che logicamente te non piaci, le ragazze non ti guardano. Sì, amico ma poi finiva lì. E dopo ti fai tutte quelle cose in testa, che per piacere devi essere per forza magro. Per me chi aveva un fisico bello aveva delle carte da presentare. Io ho un fisico bello: mi puoi conoscere! Io avevo, avevo la pancia e mi sentivo, ti fa sentire inferiore” (Claudio, 38 anni, operaio, peso massimo raggiunto 106 kg, BMI 34).

“Ho capito proprio cosa voleva dire avere dei chili di troppo, di essere grossa, si ehm... È stato all'inizio del liceo... È dove cominci ad avere interessi diversi a crescere a essere... A interagire di più, anche in quel caso, con i ragazzi e quindi ovviamente cerchi di piacere e ti rendi conto che piace un altro tipo di bellezza,

magari la tua amica, che non rispecchia le tue forme” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“Più che altro per l’obesità penso di averci sofferto di più per le ragazze. Come dire? Era quello che mi faceva pensare alla mia situazione. Io sono rimasto scottato tantissimo da una ragazza per cui avevo perso la testa. Quando ho accettato... Lì mi sono fatto trattare, maltrattare veramente, ti parlo del fatto che... Lì più di un’amicizia non andava avanti, allora avrei dovuto accettarlo ma ti parlo adesso che ho trent’anni, lì a quattordici, quindici e sedici ero un cretino. Non puoi, perché nel momento in cui poi io gli ho detto cosa c’era veramente è sparita e ci sono stato male per anni. Quella penso sia stata una martellata di quelle belle sane. Ma perché, siamo sempre lì, pur di piacere e di stare in compagnia non c’era, più dell’amicizia non c’era nient’altro. Era come un muro. Io ero amico di tutte le ragazze / andavo in giro con dieci ragazze alla fine / (ridendo), ma non si andava oltre, era come un muro. Io facevo sempre dei confronti con dei miei amici. E io per quello mi sono sempre sentito diverso rispetto ai miei amici, quello sempre” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Comunque sia il fatto di essere sovrappeso o anche in certi momenti della vita in stato di obesità ti influenza, soprattutto quando sei più piccola. Tipo prima dei vent’anni molto e molto di più perché tipo i ragazzi non ti cagano, scusa il termine, e tu... È così! Non so gli altri, io parlo della mia esperienza, però a quell’età è importante. Le tue amiche hanno il ragazzo, le prime storie, si mollano si prendono e tu invece niente. Tu niente perché hai un corpo che logicamente non piace e quello influisce tanto. È lì che capisci cosa vuol dire essere in sovrappeso” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

Da questi ultimi stralci è possibile apprendere come sia proprio attraverso le prime complicazioni insorte nella ricerca di un partner che nei soggetti interpellati si siano definitivamente radicati, da un lato, la consapevolezza del forte vincolo costituito dalla condizione di obesità nella sfera interpersonale e, dall’altro, la sperimentazione di un pervadente senso di difformità e d’inferiorità rispetto agli altri. Sebbene, come illustrato dalle stesse parole appena riportate, sia soprattutto la condanna estetica della dotazione corporea esibita da tali individui a essere ritenuta dagli stessi la principale causa delle difficoltà registrate nel legame di tipo amoroso, alcune argomentazioni, proprie peraltro di quei soggetti nel gruppo degli intervistati che mostravano un’obesità particolarmente accentuata, alludevano alla possibilità che a determinare un tale esito, nel loro specifico caso, avesse altresì concorso anche una valutazione tanto negativa quanto preconcepita della loro condotta di vita nonché della loro più generale

qualità morale e personale. Se il corpo obeso è, infatti, pensato in via pregiudiziale un indicatore di atteggiamenti e di comportamenti turpi e indecorosi, la persona in tale stato può essere considerata del tutto meritevole oltre che della riprovazione anche della segregazione sociale, in quanto quest'ultimo soggetto risulterebbe potenzialmente capace di attirare perplessità e discredito non già solo su se stesso ma anche sui quegli individui a esso particolarmente prossimi. Si consideri, nel merito, quanto sostenuto da alcuni interpellati.

“Poi ha influito anche il discorso del sociale, nei chiamiamoli i primi amori che mi hanno fatto tanto penare perché si guardava l'aspetto esteriore più che altro. Erano più che altro delle prese in giro che degli amori, perché io mi innamoravo di qualcuno ed era sempre la stessa cosa: “Sei carina, ma sei troppo grassa, non vai bene, poi i miei amici mi prendono in giro” e giù così delle belle mazzate. Poi avevo una mia amica, chiamiamola amica, che mi ha riferito di una sua conversazione con un ragazzo che mi piaceva, era un'amica comune che gli diceva a lei che io ero una persona, che ero grassa, che facevo schifo, che facevo da vomitare, che dovevo vergognarmi, che sembravo un maiale, che chissà cosa mangiavo e cosa facevo per essere così, che dovevo essere pazza per essermi ridotta così. Che poi se eri una mia amica non dovevi neanche dirmelo” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Beh, quando ho avuto la prima cotta, mi piaceva una ragazza, gli ho detto “Mi piaci” e lei non è che si è rifiutata di stare con me perché ero grosso, perché ci conoscevamo già dalle elementari, però non è stato bello sentire dalle amiche comuni, da un'amica comune, era una persona che ci conoscevamo fuori la scuola, i nostri genitori uscivano assieme, si facevano feste assieme, sentire dire da questa qui alla persona che ti piace: “Ma tu vuoi metterti insieme a lui, hai visto quant'è grosso? Non ti vergogni? Dove vuoi andare con uno conciato così? Chissà cosa fa? Fa schifo, non è mica un ragazzo apposto!”. Capito, mi ha fatto passare per un... depravato. È grazie ma tu sei una mia amica?” (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

Attenendosi a quanto emerso nel corso delle interviste, è possibile inoltre asserire come la difficoltà esperita dai soggetti obesi nello stabilire legami intimi non sia stata limitata al solo periodo adolescenziale. Stando alle narrazioni raccolte, tale esperienza appare, di fatto, protrarsi sovente sino all'età adulta e in qualche caso caratterizzare l'intero vissuto descritto. Di là dalle prime delusioni adolescenziali, gli individui obesi intervistati lamentano, infatti, di essersi sperimentati in relazioni sentimentali, solo sporadicamente e talvolta anche tardivamente, specie in confronto a quanto da loro osservato nelle persone normopeso. Può essere poi riportato come

alcuni tra i soggetti più giovani nel gruppo considerato abbiano altresì rivelato di non avere avuto ancora l'occasione di misurarsi all'interno di un rapporto affettivo. Dai loro resoconti, di cui si presenta qualche estratto nel seguito, si deduce con evidente chiarezza come tali soggetti imputino la responsabilità di un tale deficit nella loro esperienza anche alle conseguenze che la svalutazione sociale della condizione di obesità ha portato sul loro senso di autostima.

“Non so mai se una persona che sta parlando con me mi sta prendendo in giro, e quello è dovuto al peso. Cioè, tipo capita quando sei in giro, c'è un ragazzo che viene lì ridendo e dice: “C'è un mio amico che vuole conoscerti!”. E lì io reagisco malissimo. Dico: “No, non mi interessa!”, perché ho paura. So che mi sta prendendo in giro e se non mi sta prendendo in giro, pace e amen! Perché se viene lì a dirlo ridendo mi prendo male. Poi io vengo da una città abbastanza piccola, conosco le persone che ci sono in giro e, è brutto da dire però tutti parlano di tutti, per cui quando capitano ste cose reagisco abbastanza male, mi chiudo a riccio. Succede con i ragazzi però, con i ragazzi [...] Guarda, lo ammetto, io non ho problemi a dirti la verità: io non ho mai avuto una storia con un ragazzo. Perché secondo me l'aspetto fisico conta. Quindi un ragazzo quando mi vede è impossibile che pensi “Ah, è carina” pensa solo “è grassa” e basta” (Sara, 22 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 109 kg, BMI 43).

“Dal punto di vista con le ragazze secondo me, il peso ha influito molto, negli ultimi anni nel rapporto con le ragazze ha influito. E magari mi davo, quello lo do ancora perché è una roba difficile da togliere, davo per scontato il fatto che non interessassi. E quello ce l'ho ancora addosso, dopo aver passato anni è difficile, di essere poco interessante diciamo. È stata una mia convinzione che mi ha frenato molto nelle mie scelte, nelle mie convinzioni, mi ha frenato forte tant'è che io non ho mai avuto la ragazza. Non so se sono io che ho frenato, ma magari sai una battutina che senti, anche se fatta per scherzare però io non posso capire se è fatta per scherzare in certi contesti, se uno lo dice ironicamente dicendo la verità diciamo e magari qualche battutina che ti ha frenato c'è. Anche un commento estetico fatto ironicamente c'è, se hai dei chili in più conta molto. Se uno dice: “Brutto!” a me frena tantissimissimissimo. Se un ragazzo dice “Sei grasso!” rido e lo mando a cagare, se lo dice una donna mi dà più fastidio. Non saprei dire meglio. Cioè, credo il mio sia un problema di autostima che ho con le ragazze, più con loro perché con i maschi è tutto ok, me la vivo meglio (Andrea, 25 anni, cuoco, peso massimo raggiunto oltre 75 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Sì, assolutamente io sentimentalmente non mi sono mai affezionata a nessuno. Sì vabbè mi è capitato di innamorarmi, quello sì, poi non so se quello è amore. Comunque non facendomi io mai avanti né lui mai avanti, non, non ho mai...

Diciamo che di mio sono sempre stata frenata per due motivi: uno perché vabbè mi sentivo inadeguata anche in quello, sempre dal punto di vista del mio corpo. Due perché sempre per esperienze di vita passate non mi portano a fidarmi molto delle persone e neanche ad attaccarmi. In generale e in particolare non mi fido di nessuno, ragazze e anche ragazzi, sono proprio diffidente. Ci metto un po' prima di, non tanto di dimostrare affetto perché poi quello lo dimostro anche piuttosto in fretta, l'affetto non in senso fisico ma nei gesti normali. A sentirlo io, cioè ci metto più io a sentirlo che non a dimostrarlo probabilmente. Perché viene spontaneo essere gentile simpatica e carina e affettuosa appena una mi dà la possibilità di farlo, però a sentire che posso fidarmi della persona, che non mi farà del male ci metto parecchio. Ma anche questo credo dipende da come mi sento con il mio corpo, perché se una non si sente apposto con se stessa, figuriamoci sentirsi bene con gli altri, soprattutto in certe situazioni. Sarà che poi non mi sono mai sentita fisicamente apposto e questo ha influito sicuramente sulla mia autostima e sul fatto di potermi io sentire desiderata, desiderabile. No, per me con un ragazzo adesso sarebbe impensabile, non mi ci sento io. No, non è il momento" (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

Come ribadito dalle testimonianze appena riportate, nell'impedire e nel ritardare il confronto dei soggetti obesi con i rapporti sentimentali concorre, unitamente a un più o meno limitato potenziale attrattivo esercitato dagli stessi individui a causa della loro peculiare condizione fisica, anche quel vissuto interiore di disagio, d'inadeguatezza e di apprensione al quale l'esperienza della stigmatizzazione non può considerarsi estranea.

Ciò posto, dai resoconti raccolti si può altresì apprendere come un congruo numero d'intervistati, nel tentativo di superare tali difficoltà, sia ricorso alle chat-line presenti su internet e all'impiego dei social network. Curiosamente, in un caso si è registrato anche l'uso delle radiofrequenze, ovvero di un sistema di comunicazione antecedente la diffusione dei sopraccitati media ma analogo a questi ultimi per il tipo d'interazione che permette di stabilire fra i soggetti. Di là dello specifico mezzo utilizzato, è, infatti, importante sottolineare come tali strumenti si connotano per la possibilità di occultare oltre che l'identità anche il dato corporeo degli individui comunicanti, consentendo, nei fatti, di eludere almeno nelle prime fasi di approccio e di conoscenza l'ostacolo rappresentato dal possesso di un corpo obeso. Tuttavia, non sempre il passaggio dalla realtà virtuale al mondo reale, vale a dire da una comunicazione mediata e quindi celante l'aspetto fisico a un'interazione diretta e che invece prevede la presenza corporea dei due attori coinvolti, avviene senza scontare l'interferenza prodotta dallo stato di obesità. Si valuti, nel prosieguo, quanto narrato da alcuni degli interpellati in merito a tale esperienza.

“Io ho sempre cercato alternative al contatto diretto. Ho usato per moltissimi anni la radiotrasmittente, con cui parlavo con le persone e con i ragazzi più che altro. Proprio per evitare che mi si vedeva dal vivo. E le rare volte in cui io mi sono fatta vedere, nonostante io dicevo: “Ho problemi, sono fatta così, probabilmente quando mi vedrai non ti piacerò” e lui: “Ma va, non è l’aspetto fisico che conta ma la persona in sé”. Una volta che mi si vedeva dal vivo: “Sì, sì piacere, magari se ti va ogni tanto di andare a bere qualcosa, di andare a mangiare qualcosa. Scusa ma ho avuto un impegno improvviso e devo andare via”. Poi magari venivi a sapere, perché aveva fatto il passaparola: “Non andate a incontrare, io ho visto la Sofia (pseudonimo), dovete vedere chi è, è una grassona!” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Ero piccolo, piccolo-piccolo. Eh, piccolo mica tanto, avevo diciassette anni e c’era questo ragazzo conosciuto, l’avevo conosciuto su internet quindi ancora non c’eravamo mai visti. Aveva visto delle mie foto, io avevo visto delle sue, lui era poco più grande di me. Un paio d’anni più di me. E ci siamo sentiti per un po’. E mi ricordo che appena ci siamo visti mi ha detto: “Ah ma sei così grosso!” Quindi non ha usato parole offensive, in realtà non ha usato insulti o che cosa, però l’unire questa frase allo stupore con cui l’ha detta mi ha subito fatto capire che non era una cosa piacevole per lui, del tipo: “Mamma mia ma non te rendi conto come se poi in realtà?”. Perché probabilmente si era fatto un’idea diversa da quella che aveva riscontrato nella realtà. Così ho passato con lui le due ore successive a chiacchierare amabilmente di cose inutili e successivamente finite quelle due ore, chi se ne frega, non l’ho più sentito” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“Io ho conosciuto il mio ragazzo... Allora, a te te lo posso dire, i miei non lo sapranno mai. Ci siamo conosciuti su internet e poi ai giochi di matematica in Bocconi perché veniva. Ci ho parlato una sera sul sito... Meetic. C’erano tutte persone superpazze o vecchi tipo: “Ciao, ho settantadue anni ma sono giovanile”. Sto cazzo! Io così disperata non ero e boh, io dicevo a tutti: “Guarda che peso centotrenta chili” e tutti “No, grazie ma è troppo” / ah / (ride). Adesso rido ma all’epoca ci rimanevo male. Invece lui mi ha detto: “Vabbè, ma io non te lo avevo chiesto”. E poi boh, dopo una settimana, un paio di settimane l’ho conosciuto” (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

“Ti dico solo che l’unica ragazza che ho avuto è mia moglie. E quando ci siamo conosciuti io ero già grande avevo ventitré anni. Ci siamo conosciuti... Alla cieca. Ero da solo, mi siedo davanti al computer e attacco la chat. Ci siamo sentiti per due anni, hai presente che una volta c’erano i pen friend? Era di Torino, i telefonini c’erano già e ogni tanto ci sentivamo come due amici, ci siamo conosciuti così. Poi un giorno dopo due anni, no forse meno, ci siamo conosciuti di persona”

(Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

Stando ai resoconti esaminati, le complicazioni indotte in campo sentimentale dal possesso di un corpo obeso costituiscono, inoltre, la ragione che ha mosso alcuni dei soggetti intervistati a sperimentare una sessualità priva di affettività. Se qualche membro del gruppo confida, infatti, come sia stata una comprensibile forma di curiosità e d'impazienza per un'esperienza che tardava a sopraggiungere a persuadere circa una tale scelta, qualcun altro si dichiara invece prevalentemente motivato da un sentimento di rassegnazione dinanzi alla costatata difficoltà di stabilire un legame sentimentale. Di seguito si riportano le eloquenti quanto franche testimonianze fornite in merito da due interpellati.

“E poi vabbè anche il rapporto con l'alto sesso vabbè diciamo che mmm... Non so se boh, forse l'idea di, la prima volta di stare, il primo bacio, comunque con il ragazzo che ti piace non tanto per, oppure perché non, oppure perché... Non lo so se io non ho mai voluto però sta di fatto che il primo bacio l'ho dato a ventitré anni e la prima volta che l'ho fatto l'ho fatto a ventiquattro con uno che non me ne fregava niente. È capitato così parlando, niente, era un amico di amici “Ah sì, sì eh, guarda piuttosto” faccio: “Piuttosto verrei a letto con te che non con quello là!”. Sbattuta giù così e questo mi ha preso in parola e quindi niente è capitato e le mie amiche mi hanno dato della pazza: “La prima volta senza amore!”, loro tutte così. Io ho detto: “Ragazze qui ancora se aspetto, sii aspetta e spera!”, questo sapeva che era la mia prima volta, ha saputo aspettare i miei tempi, mi ha guidato perché comunque uno può avere idea di cos'è, com'è, come si fa ma poi nella pratica solitamente è un po' diverso e, rispetto a voi che lo avete fatto la prima volta con il ragazzo che amavate, io non ho i sensi di colpa di dire: “Però poteva essere più bello, però come è stato brutto”, no, a mi è piaciuto un sacco, cioè è stato stupendo. Poi noi eravamo amici, cioè nessun problema” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

“Diciamo che sì, non posso nascondere che sul discorso delle relazioni di coppia, che le persone si allontanavano per il mio fisico o non mi apprezzavano sessualmente per il fisico che ho, solo che non mi sono posto tanto questa problematica di mio perché dopo di quando ero ragazzo non mi è mai interessato cercare una relazione fissa per cui il fatto che non venga ricercato non mi pesa così tanto, perché anche io sinceramente non sono a cercare una relazione. Ora preferisco avere dei buoni amici. Sul discorso del partner, ora come ora non ci credo più. Sul discorso del sesso sinceramente bisogna essere un po' schietti e bisogna dire che lo trovi da tutte le parti non bisogna per forza, diciamo, metterci il sentimento. Per cui anche il discorso che io non sono stato cercato non mi pesa. Ti

basta beh, andare... Posti di scambisti, battuage, cybersex. Cioè se non, io sono uno che sperimenta, sono anche andato a finire anche in un locale fetish, dove la cosa era anche sul sadomaso. Ho visto, non mi è piaciuto, però ho provato a dare un'occhiata. La cosa non mi piaceva, punto. Però non dico a priori di no. Sono uno curioso e se riesco provo" (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

In aggiunta, si può poi chiarire come un pregresso vissuto, fatto di complicazioni e di privazioni nell'ambito sentimentale, condizioni anche le esperienze amorose segnate, almeno inizialmente, da un esito positivo. Più in dettaglio, numerosi soggetti obesi hanno, infatti, riferito di una spiccata inclinazione a protrarre legami affettivi anche quando questi fossero divenuti perlopiù insoddisfacenti. In ciò, attenendosi alle testimonianze degli individui intervistati, avrebbe giocato con ogni probabilità un ruolo fondamentale sia il timore di incorrere nuovamente nel rifiuto dei potenziali partner sia un basso livello di autostima. A riguardo, si consideri quanto affermato da due donne interpellate.

"Io nella mia vita ho avuto solo due relazioni: la prima era una relazione a distanza, poi dopo quella, l'altra che ho avuto mi sono spostata. La prima, l'unica poi, perché in precedenza altre non ne avevo mai avute, mi portava a essere spesso depressa. Era la classica, la classica relazione infelice in sintesi. Per mille motivi fra cui la distanza. Però avevo considerato che questo era l'eccellenza che potevo permettermi perché c'era uno, il primo che mi considerava e quindi per me quella era l'eccellenza rispetto a tutto il resto. Poi mi son resa conto, ahimè, che non era così. Lui non era sicuramente l'eccellenza. Quello che mi ha fatto, quello che mi ha fatto passare in quegli otto anni non era l'eccellenza di un rapporto normale, non di un rapporto paradisiaco, normale rapporto di coppia. Però quello passava al convento e io di alternative non è che ne vedevo molte all'epoca. Cosa che invece posso avere adesso con mio marito ma, proprio nell'ambito relazionale. Io prima ero semplicemente uno zerbino e basta. Però non avevo mai vissuto nessun'altra esperienza simile, perciò secondo me quello era l'amore, perciò... Di quello dovevo accontentarmi. Forse boh, è anche lo stesso ragionamento che ho fatto con mio marito... Probabilmente, quello c'è, ti vuole bene, chi altro te se piglia? Forse è sbagliato, ma è così. Non è lo stesso rapporto, cioè non è paritario questo rapporto... Ahm... Nel senso che... Non lo so, io avrò... Sì, sbaglio a dire che... Però io mi sono accontentata. Cioè sì, nel senso che non era questo il tipo di matrimonio che volevo, non come giorno, ma proprio come, però al tempo stesso ho detto: "Ora, ne troverò mai un altro che è così innamorato di me da, da volermi sposare?" Quindi alla fine la risposta che mi sono data... Beh, diciamo che è andata così!" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Io mio ex-marito l’avevo conosciuto giovane. Avevo ventiquattro, venticinque anni. Ogni tanto per carità, quelle battute poco felici del tipo: “Avevo una moglie, me ne sono trovato due”, cose di questo tipo, no? Però devo dire che non mi ha mai dato dei grossi problemi da questo punto di vista quasi... Io credo che fosse quasi un disinteresse, tutto sommato... Nel senso che a lui andava bene così, perché io comunque c’ero e niente di più, nel senso che poi anche io... Ti accorgi che ti sei accontentato per tutta una serie di ragioni e di motivi, perché avevi paura a interagire con qualsiasi altra persona dell’altro sesso, perché comunque un conto è interagire come amica, un conto è interagire con un possibile amante, no? Il discorso era completamente diverso. Il mio rapporto con l’altro sesso era sempre stato disastroso sotto un certo punto di vista, perché io ignoravo completamente la possibilità di avere un qualche tipo di rapporto. Non è che non ti accorgi che la situazione che stai vivendo non ti rende assolutamente felice, anzi! Però il fatto di non essere esteticamente accettabile, non è che sei una persona che se un uomo ti incontrava ti invitava a cena, no? E questo comunque ti rendeva molto vulnerabile, no? Nel senso che a quel punto, cioè mi sono trovata a vivere una situazione assolutamente fuori... Fuori da qualsiasi regola, cioè proprio il: “Mi accontento, mi accontento, mi accontento”. Capisci, no? La relazione con un uomo passa da una fase estetica e la mia fase estetica non era assolutamente accettabile, per cui alla fine ti accontenti di quello che hai, anche se è poco, perché in un qualche cosa di meglio, di umano è davvero difficile sperare” (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

Assodato definitivamente come il corpo obeso abbia rappresentato, nel vissuto dei soggetti intervistati, un notevole impedimento allo sviluppo di legami di tipo intimo e sentimentale, appare del tutto comprensibile come proprio il desiderio di misurarsi con successo in tale forma di relazione abbia costituito la ragione più frequentemente addotta dagli stessi a motivazione delle prime esperienze d’intenzionale calo ponderale. Nel racconto reso da tali individui, il ricorso alla dieta e all’esercizio fisico figura, infatti, come il mezzo attraverso cui demolire la barriera costituita dalla condizione di obesità e superare altresì la riprovazione altrui e l’isolamento sociale conseguenti al possesso di una siffatta dotazione corporea. Come è possibile apprezzare negli estratti d’intervista sotto riportati, controllo alimentare e movimento entrano quindi a far parte di una strategia d’azione perseguita con determinazione e costanza dal soggetto. L’aspirazione a conquistare un partner e a migliorare i rapporti intrattenuti con gli altri conduce tale individuo a sperimentare una forma di riflessività e di progettualità sul sé e sulla propria vita che passa necessariamente per la ridefinizione dell’atteggiamento riservato nei confronti del corpo. La volontà del soggetto obeso di sanare una situazione esistenziale carica di frustrazioni e d’insoddisfazioni si traduce così, sul lato della pratica

quotidiana, in una serie di azioni avente il fine di modificare un'immagine corporea innegabilmente penalizzante. Tuttavia, tale intento e tale agire mostreranno un carattere transitorio e il dimagrimento ottenuto, quandanche in molti casi notevole, sarà seguito da un successivo aumento ponderale, riducendosi invero solo al primo di una lunga serie di temporanei cambiamenti fisici e di contingenti trasformazioni dell'esperienza di relazione dell'individuo obeso con se stesso e con gli altri.

“Allora la prima volta era perché sei ragazzino, sei giovane, avevo ventuno anni e se vuoi avere qualche rapporto interpersonale dovevi curare la tua immagine, è per fare in modo che possa piacere a qualcuno mi sono messo a dieta. L'ho fatto un po' controvoglia, nel senso che mi sentivo forzato, ma nel farlo mi sono sentito meglio fisicamente e ho continuato” (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

“Sì, all'epoca il fatto / di voler un fidanzato / (ridendo) mi ha fatto dimagrire. Quando sei grassa non ti guardano, se sei magra ti guardano quindi questa cosa qui che rientra un po' nel retaggio culturale dell'idea che una donna grassa non piace o piace di meno di una donna magra. Sta di fatto che avevo fatto una dieta, facevo la cyclette e avevo perso quattordici chili” (Annalisa, 40 anni, mediatrice culturale, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Avevo perso trenta chili facendo dieta e tantissima palestra. Era un periodo in cui a diciotto anni il desiderio di avere una fidanzata e tutto quanto, quindi avevo deciso di rimettere in sesto un po' tutta quanta la mia vita, pensando di prenderla in mano. Ho iniziato a seguire una dieta, ad andare tre volte la settimana in una palestra ed era stato abbastanza facile sia seguire la dieta sia andare in palestra, per cui ero riuscito abbastanza in fretta a buttare giù il peso e sentirmi bene anche con me stesso” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

## **5. Conclusioni**

In conclusione, pare opportuno ricapitolare brevemente le principali evidenze esposte e discusse nel presente capitolo. La condanna, la svalutazione e il rifiuto del soggetto a causa dell'esibita condizione di eccesso ponderale assumono indubbiamente un carattere centrale e preminente all'interno delle narrazioni raccolte. Fare esperienza di un corpo grasso, stando alle testimonianze degli intervistati, è prima di tutto fare esperienza delle molteplici forme di stigmatizzazione sociale riservate a

quanti si mostrano in tale stato fisico. Nel merito, può essere peraltro ribadito come, attenendosi sempre ai resoconti, il processo di stigmatizzazione di tali individui prenda avvio già piuttosto precocemente, ovvero sin dall'infanzia, in seno al gruppo dei pari. Di fatto, è nel corso delle interazioni con i suoi coetanei nell'ambito scolastico che il bambino grasso apprende per la prima volta come la sua dotazione corporea ritragga un elemento di disvalore e di discredito.

Tuttavia, le narrazioni segnalano come la sanzione dei pari per il soggetto obeso non solo perduri bensì si acuisca con il passare del tempo. Nell'adolescenza, infatti, parallelamente all'accrescersi degli ambiti di esperienza dell'individuo, aumentano altresì le occasioni di condanna e di riprovazione sociale del suo stato di obesità nonché il rilievo conferito a tale vissuto dallo stesso soggetto che ne è, suo malgrado, interessato. Si pensi, in particolare, al campo, sino allora inedito, delle relazioni di tipo intimo e sentimentale, in cui il corpo obeso viene a rappresentare, secondo quanto indicato dagli intervistati, un ostacolo difficilmente aggirabile, divenendo, al contempo, un motivo di profonda e irrimediabile sofferenza.

Ciò posto, appare facile comprendere come un tale vissuto possa arrecare pregiudizio alla concezione del sé e dunque alla condotta di vita del giovane obeso. Quest'ultimo sarà, infatti, indotto a sperimentare un pervadente senso di difformità, di anomalia e d'inadeguatezza in relazione agli altri e conseguentemente sarà spinto altresì a contenere quanto più possibile le sue interazioni sociali. Peraltro, proprio il fine di gestire, alleviare e scaricare le frustrazioni emotive derivanti da una socializzazione problematica, stando a quanto emerso dai resoconti, appare la motivazione più frequentemente addotta dagli interpellati a spiegazione delle ricorrenti condotte alimentari di tipo compensatorio.

# **La condanna dell'obesità nella vita adulta**

## **1. I familiari e gli amici**

Lasciando l'esame dei ricordi relativi alla giovinezza e addentrandosi nella disamina dell'esperienza vissuta al presente dai soggetti intervistati, può essere innanzitutto premesso che, come per il passato, la condizione di obesità si attesti ancora esporre gli stessi a diverse e ricorrenti forme di condanna, le quali concorrono a esacerbare quella percezione di difformità, d'inadeguatezza e d'anomalia rispetto agli altri nonché quell'orientamento all'autolimitazione delle interazioni sociali precedentemente rilevati. Peraltro, anche tale evidenza non mostra variazioni significative tra i sessi, le età e i diversi status socioculturali presenti nel gruppo di persone considerato. Come per l'infanzia e l'adolescenza, anche nell'età adulta i fenomeni di stigmatizzazione dell'obesità paiono interessare indiscriminatamente tutti gli individui che di tale stato corporeo fanno diretta esperienza, sebbene all'aumentare del livello di eccesso ponderale manifestato dal singolo si apprezzino altresì un incremento della loro frequenza.

Più in particolare, è possibile constatare come generalmente l'ingresso nell'età adulta abbia comportato l'aggiungersi dei familiari alle già citate fonti di rimprovero per la peculiare dotazione fisica esibita dai soggetti interpellati. Attenendosi alle narrazioni, la giovane età sembra, infatti, aver protetto tali individui dalla possibilità di ricevere delle critiche nell'alveo del più ristretto ambito familiare. La maggioranza dei genitori degli intervistati si è dimostrata, invero, perlopiù indifferente alla spiccata corpulenza esibita dai figli durante l'infanzia e l'adolescenza, ritenendo quest'ultima come una condizione corporea dal carattere temporaneo e cui lo sviluppo sessuale e il processo di accrescimento dell'organismo

avrebbero apportato, in modo del tutto spontaneo, naturale e involontario, rimedio. Si consideri quanto riferito da alcuni interpellati a proposito.

“Niente, la classica cosa che si dice giù da noi, aspetta che arriva lo sviluppo. Perché per loro nel momento delle mestruazioni, dopo di quello si dimagrisce. Ma questa è una cosa che pensano tutti. Anche mio padre! Eh, e mio papà è mezzo medico. Nel senso che mio padre è, è un delegato al Ministero delle Finanze ma è un medico. È laureato in medicina e chirurgia anche se non ha preso la specializzazione e non ha mai esercitato ma questo lo dice anche lui” (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

“Ma sai, guardandomi indietro, a questa cosa ci ho pensato anche di recente. Ho pensato: “Ma? Forse se fossi stato preso subito non mi sarei ridotto così”. Però sta il fatto che quando ero piccolo i miei genitori non si sono mai più di tanto interessati al problema. Sì, mia madre me lo diceva anche quando magari mi vestiva e vedeva che i pantaloni non mi si abbottonavano da un mese con l’altro che avevo la pancia, che ero ingrassato, però era così tanto per dire, cioè finiva lì. Ma non si è mai preoccupata di portarmi da uno specialista o di seguirmi con la dieta o anche di darmi una regola nel mangiare. Non ha mai detto niente sul fatto che ero grasso. Anche perché secondo lei era normale che un bambino fosse così, non dico che lei pensava che più fosse grasso meglio era, come tante volte si dice. No, quello no. Però credeva che poi con lo sviluppo che mi sarai alzato e che mi sarei sfilato e invece così non è successo anzi più crescevo è più ingrassavo, tante che a diciassette, diciotto anni quando diciamo che quello che dovevi crescere sei cresciuto ero un quintale” (Diego, 37 anni, biologo nutrizionista, peso massimo raggiunto 121 kg, BMI 39).

“Ma parlando d’infanzia, mi ricordo di una volta dal medico di famiglia, ero andata per qualcos’altro, avevo undici anni, non lo so, dieci, mi aveva fatto salire sulla bilancia, mi aveva detto che ero sovrappeso e aveva detto ai miei che era bene mettermi a dieta. Però non mi aveva toccato per niente, perché quando hai dieci anni, sei piccola, non ti interessa. E non aveva interessato tanto il problema neanche ai miei. Poi loro pensavano che crescendo, la crescita, lo sviluppo stesso mi avrebbe cambiata e queste cose così quindi in concreto non mi hanno mai fatto pesare il problema quando ero più piccola” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

Tuttavia, stando alle testimonianze raccolte, con il sopraggiungere della piena maturazione e del completo sviluppo del soggetto anche i familiari più stretti iniziano a mostrare atteggiamenti e comportamenti sanzionanti l’obesità. Peraltro, va considerato che la prossimità, propria delle relazioni di ambito familiare, renda tali critiche non solo piuttosto ricorrenti ma

anche perlopiù esplicite nella forma. Rispetto poi ai contenuti, è possibile precisare come essi spazino dall'invito alla perdita di peso, riservando una maggiore attenzione alla dieta, all'enunciazione di valutazioni estetiche negative. Oltre ciò, dai resoconti degli interpellati traspare come tali rimproveri, quandanche sia accordato dagli stessi un intento apprezzabile, siano sovente salutati con irritazione nonché seguiti da risentimento. Si valuti quanto asserito dagli intervistati.

“Sempre, da mio padre: “Tu sei grosso, fai la dieta, fai di qua, fai di là”. Io oramai mio padre non lo sento neanche, lo faccio parlare da solo. Mia madre ogni tanto: “Guarda che stai mangiando di nuovo assai!”. Diciamo che mia madre me lo dice una volta la settimana, mio padre tre o quattro volte alla settimana. Quando siamo a tavola soprattutto e mi fa molto innervosire perché io lo so che sono grosso e loro lo dicono per il mio bene ma non c'è bisogno di dirmelo sempre mentre mangio” (Vanni, 24 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 132 kg, BMI 42).

“Genitori ottimi educatori non ne conosco, conosco genitori che cercano di essere buoni educatori ma a volte la vita c'ha il sopravvento. Io ricordo una delle ultime battute che mi ha fatto mia madre, che poi loro neanche se ne rendono conto di offendere per cui non riesco neanche a colpevolizzarla più di tanto. Per cui una delle ultime cose che mi disse qualche tempo fa, che poi me ne diceva tante del genere, mi disse una frase del tipo: “Eh certo, una con la tua stazza!”. A me questa parola stazza mi sembra, che so / una nave / (ridendo), non è una parola che puoi dire a una persona. Anche perché lo diceva con un tono abbastanza dispregiativo, non era riferito all'altezza o al fatto di essere un po' robusta. È stato con un tono un po' spiacevole, come le cose del tipo: “Donata (pseudonimo) ormai arriva prima la pancia e poi arrivi te”. Mi diceva anche questo, sì, un po' queste cose qui” (Donata, 43 anni, capo stazione, peso massimo raggiunto 103 kg, BMI 36).

“Ma guarda, sempre in famiglia, in realtà, né mio padre né mia madre tantissimo. Cioè sì, mia madre sempre con la storia di andare dal dietologo e mio padre più con qualche battuta sulla pancia che sembra una mongolfiera, però non sono loro gli elementi più forti. Il più forte è mio fratello, mi fa notare sto fatto che lui tiene al suo corpo e mi dice: “Guarda che tu devi dimagrire non puoi così, colà, perché poi, poi e di su e di giù” e a me questa cosa del paragone da fastidio anche perché lui diciamo che è sempre stato l'Adone di casa e anche se ora è sposato e si è un po' rilassato è sempre un bel ragazzo, tiene al fisico e tutte queste cose qua. Poi, più che altro mi mette anche di fronte a ipotetici problemi di salute tipo la pressione, il cuore e tutto il resto” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“Mia mamma, sì: “Isabella (pseudonimo) dai impegnati non è che devi diventare un fuscello ma guarda che se vai avanti così diventi più grassa. Cerca di non mangiare tutto quel pane che mangi” perché magari mangiavo che so... Con mezza philadelphia sono capace di mangiare un panino e mezzo. Mia mamma mi vedeva mangiare la minestra, e poi due panini e diceva: “Perché mangi così?” però poi non mangiavo nient’altro, magari mi mangiavo la philadelphia con il pane, non è che mangiavo chissà cosa. Però per lei che mangiava poco era una cosa esagerata. “Piuttosto mangiati qualcos’altro: una mela e mezzo panino piuttosto che un panino e mezzo” mi diceva. Mio fratello anche lui ogni tanto. Sì, la menata di mio fratello che mi diceva, vabbè lui era anche un po’ esagerato, mi diceva: “Sei grassa come un porco! Forse è meglio che dimagrisci, che ti rendi conto, sei come tuo padre!”, cioè, lui faceva un po’ una terapia d’urto. Adesso, detto così, non è una cosa bella, ma lui, era nel suo carattere, era un irruente, però era buono. Lui mi diceva: “Sei grassa come un porco” ma noi due prima di tutto avevamo un ottimo rapporto perché, due fratelli che si offendono in questo modo magari uno dei due si risente. Io invece mi rendevo conto che era esagerato ma mi spingeva a fare qualcosa di giusto per quello che era per me” (Isabella, 50 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 110 kg, BMI 41.)

Nel merito delle critiche ricevute da parte dei genitori, pare poi opportuno sottolineare come numerose donne intervistate rivelino, inoltre, come, parallelamente al loro ingresso nell’età adulta, la loro condizione fisica sia diventata motivo di un perdurante e doloroso conflitto, in particolare, con la madre. Come riportano le stesse interpellate, quest’ultima figura non solo le avrebbe esortate ripetutamente, una volta adulte, a contenere le assunzioni di cibo al fine di ridurre il peso ma le avrebbe altresì frequentemente mortificate con giudizi severi e negativi riguardo all’aspetto. Dalle narrazioni raccolte si evince con chiarezza come le donne interrogate riuscissero a scorgere nella loro mancata conformità agli ideali estetici materni la motivazione fondante un tale atteggiamento di opposizione. In alcuni casi, le intervistate hanno poi dichiarato di ravvisare nei frequenti giudizi negativi e nelle ripetute ingiunzioni al rispetto della dieta e al perseguimento del calo ponderale la proiezione su loro stesse delle frustrazioni e delle insoddisfazioni vissute dal genitore a causa di un’analoga corpulenza. Di là dalle sue ragioni, tale contrarietà materna ha tuttavia comportato frequenti scontri, i quali hanno minato prevedibilmente e profondamente il già difficile rapporto intrattenuto dalle donne con loro stesse, il loro corpo e il cibo. Più specificamente, le interpellate hanno, nei fatti, sostenuto a riguardo che il pervadente controllo alimentare e le pressanti critiche delle madri le abbiano indotte alla sperimentazione di una relazione particolarmente problematica con il cibo e paradossalmente

favorente sul lungo periodo l'aggravio e non la riduzione del peso in eccesso. Stando, infatti, al contenuto dei resoconti raccolti, per le intervistate mangiare più di quanto raccomandato viene a rappresentare un esplicito atto di spregio nei confronti della figura materna. Tale condotta andrebbe dunque a costituire un chiaro tentativo di resistenza, di ribellione e di rifiuto ma anche di scarico delle tensioni, attuato dinanzi alle frustranti aspettative estetiche e ai modelli punitivi di contegno alimentare proposti dal genitore. Nel nutrirsi in modo incontrollato si può pertanto nuovamente discernere una reazione del soggetto obeso in risposta a un atteggiamento stigmatizzante la sua condizione fisica. A illustrazione di quanto appena riferito si allegano nel seguito le eloquenti e articolate testimonianze di alcune interpellate.

“Come sono per mia madre è sempre stato un problema, è patologico per lei, proprio nella percezione della mia persona, perché io sono la copia di mia madre per cui lei ha proiettato su di me tutti i tentativi che con, su di lei sono falliti. Sì, io sono praticamente lo specchio di mia madre. Per tantissimi anni ho sempre ritenuto che delle mie reazioni a mangiare anche più del dovuto, anche quando non avevo più fame fossero un dispetto nei suoi confronti. Troppa pressione può sortire effetti negativi che vanno a mischiarsi con delle dinamiche di conflitto tra genitori e figli, per cui io poi lo facevo per dispetto. Proprio perché da che sono cresciuta mi ha sempre controllato a tavola: il controllo, la dieta. Controllo, lei mi controllava sempre. Così mangiavo di più, di nascosto e a volte anche davanti a lei, non lo so: a pranzo una pasta, mi mette il prosciutto a tavola, io lo so che non è proprio l'abbinamento ideale per come reagisce il mio fisico e magari lo mangio lo stesso perché lei mi ha detto di non mangiarlo. Era come per dirle: “Beh, il corpo è mio, stai tranquilla”. / Non ce la faccio, scusa / (piangendo). Per mia madre, per mia madre è sempre stato un problema nella percezione della mia persona. Che ero sotto controllo che se ero fuori e mi capitava di mangiare un gelato e lei veniva a saperlo lei mi rimproverava e mi faceva sentire in colpa e diceva: “Spendo dei soldi, mi impegno a farti da mangiare e poi tu esci e ti mangi un gelato, non hai rispetto!”. Quindi quando magari non è una questione di rispetto, anche perché quando decideva lei, perché anche lei era a dieta, che quel giorno si poteva sgarrare allora sgarravano tutti, quando invece avevo voglia io di mangiarmi il pezzo di crudo una tragedia greca per manie di controllo. No, è un argomento proprio... Scusa... / Mi ha sempre detto che ero troppo grassa / (piangendo)... Sono molto emotiva ... Un episodio allucinante è stato quando avevo ventiquattro anni, era il matrimonio di mia cugina e dovevo fare da testimone. Mi ero comprato un vestito che per farti capire ero nella fase dei settanta chili, quindi avevo qualche chilo in più ma non ero esagerata. Tanto ha fatto, mi ha detto di tutto, che ero grossissima, che non stavo bene, come facevo a presentarmi così in mezzo alla gente, che chissà poi cosa pensano. Ero allucinata! Tanto ha fatto che poi sono dovuta andare a

cambiarmi il vestito. Non perché lo volessi fare, non mi importava niente cosa lei pensava. Io per principio non lo avrei fatto perché per me mi stava bene ma è evidente che dopo aver ricevuto tutte quelle critiche pesanti non riuscivo più io a mettermi quel vestito e sentirmi a posto (piangendo). Lei ha fatto tanto da distogliere la mia percezione su quell'abito su di me... Perché teoricamente per come la penso io non mi sarei mai dovuta abbassare a cambiare quel vestito per come la pensa lei" (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

"Ma... Diciamo che da grande mia madre non si è molto risparmiata. Mia mamma, vabbè è la classica donna sovrappeso, a mela però con braccia e gambe magre, che parla di se stessa come di un corpo schifoso: "Sono grassa, faccio schifo!" e non riesce ad accettare che ci siano persone che nonostante il sovrappeso o anche obese come me che riescano a convivere bene o male con il loro corpo, senza martoriarlo e maltrattarlo tutto il tempo. E non si da pace che io abbia deciso di smettere di fare diete. Una mamma difficile, troppo presente, troppo invadente, troppo tutto, in negativo però, a livello positivo poco purtroppo. Perché anche sul cibo, sul corpo, io da piccolina avevo quei due, tre chili in più ecco, poi relativi perché facevo anche sport, era più mia mamma che poi crescendo mi, mi, mi faceva pesare questa cosa. Io in realtà da adolescente o un po' prima avevo un bel rapporto con il mio corpo, non mi vedevo molto diversa dagli altri, non so come dire, ero un po' più robusta ma nei termini della normalità, sovrappeso, non ero di sicura obesa. Ehm, da grande poi diciamo che c'era la tendenza a mettere su qualche chilo però lì è subentrato, diciamo che avevo avuto il controllo, sempre il controllo ossessivo, io ero sempre sotto il controllo di mia madre, per cui lì per non essere vittima dei suoi commenti cercavo sempre di controllarmi nel mangiare, di fare attività fisica per rimanere al massimo sovrappeso, per poi rimettermi a dieta, riprendere ancora quei chili eccetera, perché comunque non dovevo far vedere a mia mamma che mangiavo, dovevo far vedere a mia mamma che ero / ipercontrollata / (ridendo). E poi niente, ecco, ora mi ricordo bene, ti spiego meglio. Io avevo diciotto, diciannove anni, mi ricordo anche precisamente che pesavo settanta chili e quindi non ero una persona obesa / assolutamente / (ridendo). E mia mamma continuava a insistere che dovevo dimagrire, così mi sarei comprata più cose e siccome lei stava andando da un medico farlocco di quelli che danno anfetamine per perdere peso e quindi mi aveva detto: "Adesso hai diciotto anni e ci puoi venire anche tu". Mi aveva un po' gasato: "Pensa a quanti vestiti ti comprerò!" e io ci sono cascata con tutte e due i piedi anche perché voglio dire, ero anche giovane e ho detto: "Ma sì, andiamo". Quindi questo qui mi ha dato queste pastiglie con questa alimentazione squilibrata. Io potevo mangiare qualunque cibo proteico, verdure, anche fritte ma nessun tipo di carboidrato, dolci, pane, pasta, nulla. E, in effetti, nel giro di qualche mese ho perso qualcosa come quattordici chili [...] da lì all'improvviso sono diventata la sua bambola, secondo me, perché poi poteva comprarmi vestiti di taglie piccolissime. Infatti, mi ricordo che facevamo sedute di shopping che non

avevamo mai fatto in tutta la vita. Non mi ricordo che mia mamma, cioè all'improvviso mia mamma mi ha incominciato a comprarmi un sacco di cose perché mi stavano bene, mentre in passato ricordo benissimo che mi diceva: "Ah no, non puoi mettere questa cosa perché non ti starebbe bene". In realtà secondo me avevo un corpo normalissimo, che vorrei avere adesso, però mi sono convinta che fosse stato meglio dimagrire perché sarei stata più bella, sarei stata di qua e di là. Solo che da lì in realtà ho incominciato ad avere problemi di alimentazione perché privandomi di un'intera categoria alimentare anzi, di più categorie di alimenti per mesi, poi sono arrivata a un punto una volta dimagrita in cui io volevo solo mangiare quello che per mesi non avevo toccato quindi frutta, pane, dolci. Tutto quello che io per mesi non avevo potuto toccare di striscio. Ho come avuto la sensazione di, era quella che mi ero liberata da un controllo continuo di mia madre, non so forse avevo capito come ti dicevo che non era la sua figlia perfetta, che mi voleva diversa e finalmente mi ero liberata di mia madre, volevo liberarmi di mia madre perché sapevo fondamentalmente di deluderla. Io volevo mangiare solo quello. Quindi poi questo peso piano pianino ha incominciato ad alzarsi e siamo arrivati ai settanta, anche settantacinque e da lì poi è incominciato il calvario, come lo chiamo io dello yo-yo" (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

"Comunque diciamo sono riuscita a contenere il peso fino ai venticinque anni, sono stata una sovrappeso o con qualche episodio di, però metti nell'ordine di quei quattro, cinque chili per cui mi mettevo a dieta, le diete del momento, la dieta del fantino, la dieta del minestrone, tutte queste robe qua e comunque perdevo i miei quattro, cinque chili. Per cui insomma un atteggiamento, un rapporto col cibo abbastanza normale, dico abbastanza perché comunque dietro di me avevo un brigadiere, perché in tutto questo quadro c'era mia madre che dominava, per cui era lei l'impedimento principale ad avvicinarmi al frigo, era lei comunque l'impedimento principale a darmi alla ricerca di cibo sostanzialmente. Ehm, perché mia mamma era, da mia mamma era una critica continua, perché mia mamma era una persona estremamente interessata soprattutto all'aspetto fisico a quello che era l'esteriorità a quello che era, diciamo la bellezza fra virgolette, no? Mia madre era sicuramente un'esteta sotto questo punto di vista. Mia madre fisicamente, era una bella donna. Mia madre era un po' più piccolina, era un metro e sessanta, era, ehm, comunque una donna ammirata, era, se vogliamo anche di successo. Mia mamma era professoressa di latino e greco, in una cittadina piccola come la mia era anche una persona in vista, una persona conosciuta e mia mamma si vergognava, ma me lo diceva eh, senza grossi problemi, cioè si vergognava di portarsi in giro questa cosa informe, che non trovava nemmeno dei vestiti perché poi io arrivata a un certo punto sui venticinque anni che questo meccanismo dieta, peso giù, peso su, una sorta di tira e molla non sono più riuscita a frenarlo, anche perché non ero più a casa, ero, studiavo, vabbè, all'università, per cui avevo deciso l'ultimo anno di trasferirmi ed ero in un pensionato, per cui non c'era il controllo di mia mamma, io

andavo a mangiare in mensa, io andavo a mangiare fuori, mi portavo le patatine durante la notte, cioè potevo fare veramente qualsiasi cosa, ero libera. Quindi io nell'arco della settimana, dal lunedì al venerdì riuscivo a ingrassare perché non c'era alcun tipo di controllo, nessuno che vigilasse su cosa mangiavo, su cosa compravo, eccetera [...] Eh, ricordo solo le critiche anche perché allora non era come adesso, adesso ci sono moltissimi negozi per taglie più, allora ti potevi vestire solo come una vecchia, con delle cose floreali allucinanti e, insomma, per mia mamma questo era veramente un, un...Uno scacco! Era un fallimento avere una figlia in queste condizioni. Che non riusciva a controllare, a farle seguire una dieta per dimagrire. Cioè quando dico queste cose è perché me le diceva sul serio. Quando sono arrivata sugli ottantaquattro, ottantacinque chili, mi ricordo che per lei era già assolutamente. Cioè, lei mi diceva in continuazione che ero un mostro ecco, cioè per lei ero già un mostro e di lì a poco sarei anche morta mi diceva, perché poi mia madre era anche un'ipocondriaca. Quindi in poche parole e a me tutta questa sua cosa, il non sentirmi accettata la sfogavo sul cibo perché alla fine il fatto che io ingrassavo lo vivevo come una sorta di fale un dispetto" (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

Lasciando l'esame della specifica relazione madre-figlia e allontanandosi, al contempo, dalla disamina della sanzione dell'obesità all'interno della famiglia di origine, è possibile poi informare come i commenti stigmatizzanti tale condizione si rintraccino anche nell'ambito del nucleo familiare costituito dagli stessi intervistati, vale a dire altresì nel campo dei rapporti che legano questi ultimi al partner, al coniuge e agli eventuali figli. Come le considerazioni dei genitori e dei fratelli, anche le critiche di tali figure si concentrano sostanzialmente sull'esortazione del soggetto obeso a perseguire un calo ponderale attraverso una dieta di tipo restrittivo. Tuttavia, i resoconti segnalano inoltre che gli interpellati dinanzi ai rimproveri provenienti dai figli tendano a sottolineare la natura benevola, scorgendo in tali critiche un indice di attenzione e di affetto filiale, mentre di fronte alle osservazioni del partner o del coniuge siano invece inclini a lamentare l'insorgere di un sentimento d'irritazione e di mortificazione, leggendo all'opposto in tali obiezioni un possibile segno di disaffezione e di mancato apprezzamento della controparte.

"Continuamente i miei figli che vedono le foto dei primi anni di matrimonio e di quando mi sono sposato che ero più magro e mi dicono: "Perché non fai qualcosa per dimagrire, per tornare come eri?" ma io: / "Perché non ci riesco" / (ridendo). Quindi se sono a casa, diciamo che anche sul mangiare ho il controllo continuo dei miei figli e anche di mia moglie. Lì diciamo c'è un ipercontrollo, perché non vogliono io mangi certe cose, che so, tipo dei dolci, il gelato stesso: "Non riempirti il bicchiere, ti basta un cucchiaino". Sì, diciamo che ci sono però mai in maniera

esagerata. Ovviamente ci sono soprattutto a cena, capita che mia moglie e i miei figli, soprattutto mia figlia che ci tieni a me e spinge che io dimagrisca. Anche per fare delle cose insieme che con lei non ho avuto il tempo di fare, mentre con il maschio, il più grande, quando, quando era piccolo ho fatto: tipo dello sport come la canoa o andare a cavallo che a lei piace molto o le passeggiate in montagna” (Antonino, 50 anni, dirigente, peso massimo raggiunto 120 kg, BMI 46.)

“Le mie figlie mi rompono un po’ le palle e sì, se magari mi vedono smangiucchiare, ma forse per loro è una questione che si sentono responsabili di me in una qualche misura, però non una critica che umilia, è una critica sana. Poi anche mio marito, in realtà però meno spesso delle mie figlie. Però per esempio mi ricordo che mi ha detto in un momento che facevo la dieta e facevo una fatica: “Ah, se dimagrisci ti comprerò una minigonna!” e poi io mi piacciono molto i montgomery, amo molto i montgomery, e nei miei cicli di obesità sono andata a prendere un montgomery e lui mi ha detto: “Ti sta davvero male, potresti non comprarlo”. Allora le critiche non sono sempre dirette. Io ci sono rimasta di merda, perché l’essenza era un po’ quella di sottolineare che non ero dimagrita ed ero ancora grassa” (Serena, 50 anni, dottoranda, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 48).

“Mia moglie è perennemente critica, lei mi ha conosciuto tre anni fa quando ero messo più bene, andavo dal nutrizionista, in palestra. Poi stando insieme a lei, dopo un anno è rimasta incinta e anche io mi sono lasciato andare. Poi con la bambina non facevo più niente e lì ho incominciato a prendere peso. Poi lei è un’infermiera e mi diceva: “Stai mettendo su peso, devi perdere peso, così non va bene”. Quasi, tutti i giorni me lo dice, mi sono anche rotto e poi non è bello che tua moglie ti dice sempre che, che non ti apprezza diciamo. Ti mette addosso un po’ di ansia e d’insicurezza da quel lato, che dici: “Devo dimagrire anche per mia moglie”. Che da una parte la ringrazio, senno chissà dove arrivavo perché io ho un limite, i centocinque, centosei e poi ricomincio tutto da capo. Comunque, sì, c’è che lei che mi critica sempre” (Claudio, 38 anni, operaio, peso massimo raggiunto 106 kg, BMI 34).

Oltre ai familiari più stretti, quali genitori, fratelli, coniugi e figli, anche i parenti più lontani e acquisiti, secondo quanto testimoniato dagli intervistati, rappresentano una fonte di disapprovazione della loro specifica condizione fisica. Nondimeno, è opportuno evidenziare nel merito che, diversamente da quanto rilevato nel caso delle osservazioni proferite dai familiari più prossimi, i giudizi negativi provenienti da quest’ultima tipologia di congiunti sono di frequente vissuti dai soggetti interrogati come dei compiuti tentativi di offesa, di accanimento e di prevaricazione. Il più delle volte, le considerazioni sull’obesità espresse dei parenti più lontani

sono, infatti, avvertite dagli stessi interpellati come rozze nei contenuti, scortesie nella forma e spesso inappropriate rispetto al contesto in cui vengono a essere formulate. Si potrebbe pertanto ipotizzare come all'interno del campo dei congiunti, allontanandosi progressivamente dal nucleo dei familiari più intimi, l'individuo obeso esperisca le critiche riguardo alla propria dotazione corporea sempre più distintamente nei termini di gratuiti e dunque illegittimi atti di stigmatizzazione. Nel seguito sono riportati alcuni estratti d'intervista che esemplificano puntualmente quanto appena argomentato.

“Con me c'è anche un grande problema familiare, dal mio punto di vista, io non so degli altri ma parlo per me. Escludendo i miei genitori, gli altri familiari con te parlano in modo delicato, non so poi fra loro, evidentemente no: “E no, sai perché, ti vedo ingrassata, un po' ingrassata”, poi fra loro: “Hai visto quella quanti cazzo di chili ha preso”. Però queste persone della mia famiglia che si permettevano di chiamarmi a casa per dirmi: “Tu devi fare quello, tu devi fare quell'altro. Certo, da Mauthausen nessuno esce grasso”. Ho detto: “Cazzo Laura (la cugina) ma chiudi la bocca Santo Dio! Se non mangi certo che non ingrassi”. Ma tu ti rendi conto di cosa stai parlando? “Se mangiavi meno”. A me queste cose davvero mi fanno una rabbia, cioè io davanti a certe cose starei zitta, non mi sentirei in diritto di parlare” (Giovanna, 48 anni, casalinga, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 38).

“Anche la mia suocera era tremenda, era molto cattiva. Ah, poi mi sono ricordata di una cosa pensando a questo: alcune critiche non sono state dirette, alcune sì, altre no. Per esempio, mia suocera l'ultima volta che l'ho vista mi ha detto: “Mi avevano detto che eri ingrassata, dimagrita”. Opss! Guarda te / un lapsus! / (ridendo) “Ma ti vedo come sempre”. Ma, non so, credo che a volte queste critiche sono fatte apposta, sono rivolte a quella cosa più, le senti più nell'aspetto più intimo della tua persona che alla tua corporeità, alla tua autostima. Ti senti un po' come una merdaccia. Ci rimanevo male, senza dire niente. Cosa posso dire? Queste cose poi a me mi toccano tanto e di solito non mi faccio, non so, non mi lascio pestare i piedi. Sono una personalità complessa, forse ti posso sembrare una sborona ma io di solito reagisco a queste cose” (Serena, 50 anni, dottoranda, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 48).

“Una volta a casa degli zii con il mio fidanzato, peraltro davanti a persone che non conoscevo bene, lo zio ha detto: “Eh, ma tu non dovresti perdere qualche chiletto?”, io ho detto: “Ma ti sembra il caso di parlarne adesso?” e lui ha detto: “Eh, dai che se vai sopra il tuo fidanzato lo uccidi”. La situazione è stata questa. La situazione è stata strana e paradossale, però sul momento non mi ha fatto piacere anche perché c'erano persone che non conoscevo. Quindi non mi sembrava una

battuta che ci stava in quel momento” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

A conclusione della disamina della stigmatizzazione dell’obesità in ambito familiare, merita di essere aggiunto come, in qualche caso, i continui rimproveri circa lo stato fisico manifestato e gli altrettanto frequenti ammonimenti a dimagrire di alcuni congiunti abbiano, di fatto, motivato i soggetti intervistati a limitare se non a interrompere i rapporti intrattenuti proprio con questi ultimi. Si valuti quanto riferito da due interpellati riguardo al progressivo guastarsi del legame e al conseguente venir meno della relazione con taluni membri della famiglia a causa delle pressanti critiche sulla condizione di obesità.

“Per loro (la madre e il fratello) dovremmo mettere a dieta non solo la bambina ma anche il cane e quindi l’anno scorso, vabbè, c’è stata la litigata. Dopo un anno che mi spaccano le palle con questa cosa del perché non ti metti a dieta, nonostante sappiano di questa depressione post-partum che ho avuto, curata con farmaci e tutto, che sono arrivata a un punto molto grave, niente, per loro è più importante la mia forma fisica. Nonostante poi io dopo abbia degli esami perfetti perché mi tengo controllata e tutto, però per loro il fatto che io abbia avuto una depressione e questi problemi non conta. L’importante è che sia magra, che siamo tutti magri, poi se siamo infelici non importa. Secondo loro io dovrei mettere a dieta mia figlia, siamo a questi livelli, vorrebbero farmi mettere a dieta una bambina di tre anni! L’anno scorso, aveva due anni, e secondo loro mangiava troppo. Ultimamente poi ho fatto una settimana dai miei in cui mia madre controllava ossessivamente tutto quello che mia figlia e io mettevamo in bocca. Tant’è che mia figlia ha dato i numeri: non poteva mangiare, non poteva giocare, non poteva sporcarsi eccetera. Che poi io e mio marito non vogliamo mettere l’accento sul cibo, perché sia io sia lui sappiamo dei danni che si creano a mettere attenzione su una cosa, che può essere il cibo ma anche un’altra cosa. Far nascere una fobia è una cosa facilissima e con una bambina bisogna stare attenta non il doppio ma il triplo. Così alla fine ho detto: “Hai rovinato già la mia vita, non ti permetto di rovinare anche la vita di mia figlia”. Mai mettersi contro una madre / anche se quelle madre è tua figlia / (ridendo). Così alla fine ho detto a mia madre e a mio fratello: “Non sentiamoci più” e ho incominciato a pensare che dei miei genitori, mia madre, mio fratello, di cosa loro pensano di me non voglio che me ne freggi più nulla. Se mia mamma non mi accetterà mai, se mio fratello non mi accetterà mai così come sono, vabbè, me ne farò una ragione” (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

“Con mia suocera sono proprio esploso in una rabbia pazzesca. Ho avuto proprio problemi di discriminazioni. La madre di mia moglie freddamente, malignamente,

sua madre gli diceva di me: “Non mi piace! Lui non ti merita, non lo sposare è grasso, lascialo perdere”. Noi il giorno prima del matrimonio, mia moglie dormiva chiusa in camera perché la madre fino a quando ci siamo sposati gli diceva: “È brutto, è grasso, non te lo prendere”. Io all’epoca ero intorno ai cento, centocinque, centosei chili, cioè non sembravo un grassone decrepito, cioè da buttare non ero. Ma lei una cattiveria. E con questa cosa che sono grasso, devo dimagrire fino a oggi, tutte le volte che l’ho ospitata a casa mia, sino a qualche mese fa, mi ha sempre fatto affronti da battere tutto il record mondiale della discriminazione. Me l’ha detto e me lo ha anche scritto in una lettera che, per come sono, non mi merito sua figlia. Qualche mese fa alla fine sono scoppiato e gli ho proibito di venirmi a trovare, non ci parliamo più, non ci sentiamo più perché mo’ è arrivato il momento che mi devo difendere, non tollero più queste schifezze, le ingiurie, le sue cattiverie erano arrivate a un livello che, basta! Arrivare a un certo punto se non la smettono ti portano alla pazzia” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Allontanandosi dall’esame del contesto familiare, va dunque considerato che i soggetti obesi abbiano, inoltre, segnalato come i commenti negativi sul loro stato fisico e le ingiunzioni alla dieta dimagrante e alla perdita di peso non fossero circoscritti entro i soli rapporti parentali. Secondo quanto emerso nel corso delle interviste, il possesso di un corpo obeso è, di fatto, stigmatizzato anche da amici e da conoscenti. Nel merito, è però possibile osservare come le critiche esperite nell’ambito delle amicizie siano oltre che meno frequenti anche più misurate nei contenuti e garbate nella forma rispetto ai giudizi provenienti dai familiari. Ciò nonostante, gli individui obesi interpellati dichiarano di provare anche in seguito a tali commenti uno spiccato senso d’irritazione. Più in particolare, come nel caso dei parenti più lontani, si lamenta altresì ad amici e conoscenti la scarsa discrezione dimostrata dalla scelta di affrontare un tale argomento di discussione e di confronto. L’ambito del corpo e del suo vissuto soggettivo è, infatti, avvertito come afferente all’esperienza più privata, intima e personale del singolo individuo. Nella percezione degli intervistati, tale convinzione, unitamente al disagio e alla sofferenza scaturenti dall’implicita valutazione negativa dell’obesità, rendono qualunque commento altrui sul proprio stato corporeo irrispettoso della loro interiorità e sensibilità e quindi profondamente illegittimo e offensivo.

“Sì, le mie amiche capita. “Perché non ti metti a dieta, perché?”, io poi non sopporto quando ti incominciano a criticare in modo così, cioè nel senso a dirti queste cose. Se devo mettermi a dieta deve essere una scelta mia e non perché me lo impone qualcuno. Ma non ci arrivano? A parte che quando c’è un problema

medico ok, ma se deve essere la mia amica a dire: “Mettiti a dieta!” allora mi infastidisce. Oppure a volte anche i clienti. Quelli che conoscono, che vengono sempre, a volte ti tirano delle frecciate allucinanti. L’ultima è stata settimana scorsa. Ehm, ma io scherzando ho detto: “Io sono un masochista con il cibo”, scherzando, nel senso che mi faccio male da solo con il cibo e lei mi ha guardato con questa faccia e mi ha detto: “Eh sì, si vede!” e gli ho detto: “Grazie”. Io gli rispondo, perché ste cose mi danno sui nervi” (Fabio, 42 anni, barista, peso massimo 125 kg, BMI 36).

“A volte capita, non so, sì, l’amica che ti dice... Ricordo a settembre, ottobre sono andata a pranzo da un’amica, no, è più una conoscente. È la mamma di un amichetto di mia figlia e mi dice: “Quanta pasta vuoi?”, “Per me fanne cento grammi”. Ora, cento grammi è la dose che mi ha sempre dato il mio nutrizionista e nei due anni in cui non seguivo una dieta ma ho perso naturalmente i miei chili io ho tenuto quella. E lei: “Certo che non dimagrisci! La dose dovrebbero essere settanta grammi e tu te ne mangi cento” e io l’ho guardata come per dire: “Fondamentalmente ma che cazzo vuoi? Chi ti ha detto né chiesto niente”. Sono a pranzo con un’amica o sono da un dietologo? Ti capita, fortunatamente non con tutte le amiche perché ho amiche non mi hanno mai detto niente, che gli vado bene così come sono” (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

“Si capita di ricevere commenti dagli amici. Non spessissimo fortunatamente, però che so per esempio: una volta, qualche anno fa, ero su in campeggio e un ragazzo che conosco, eravamo lì tra amici tutti a chiacchierare, ed è saltato fuori nel discorso dicendomi: “Ah, per forza tu non troverai mai nessuno, finché sarai così”. Anche lì... Ho detto: “Sì, sì va bene” per chiudere il discorso visto che non, non mi sembrava la situazione per discutere di certe cose. È ovvio che non sono cose che ti fanno piacere però qualche volta ti capitano. Sì, ti capitano. Anche perché quando sei obeso diciamo che un po’ tutti si sentono come autorizzati a dirti cosa devi o non devi mangiare. Ti vedono così e parti quasi in automatico il commento sull’ultima dieta del momento. Capita anche quello” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

In aggiunta alle critiche, appare poi interessante sottolineare che diversi interpellati abbiano segnalato, sempre in riferimento all’ambito dei rapporti amicali, di essersi sovente sentiti in dovere di dimostrare disponibilità, attenzione, premura e sensibilità nei confronti degli altri e delle altrui necessità. Più in dettaglio, può essere precisato come frequentemente nelle narrazioni raccolte gli intervistati abbiano riferito di manifestare un’accentuata attitudine ad assecondare con zelo e assertività le aspettative e le richieste provenienti da amici e da conoscenti nonché di dare prova di

un ruolo marcatamente supportivo all'interno delle relazioni interpersonali. Tuttavia, ciò che sembra più rilevante è che gli stessi intervistati dichiarino altresì di osservare un tale comportamento al fine esplicito di restituire una rappresentazione quanto più positiva e gradevole di loro stessi agli altri, così da neutralizzare, almeno in parte, quel senso di difetto e d'inadeguatezza che la condizione di obesità generalmente comporta. Pertanto, nella calcata inclinazione del soggetto obeso ad attestare disponibilità, comprensione, supporto finanche abnegazione nei confronti altrui si può leggere sia l'intenzione di compensare e di supplire il deficit di accettabilità sociale implicato dal suo stato fisico sia la volontà di allontanare e di scongiurare il conseguente timore di un eventuale rifiuto e di una possibile esclusione dalla realtà collettiva. Nel seguito si riportano le eloquenti argomentazioni fornite da alcuni interpellati in merito a tale esperienza.

“Con gli altri cerchi di essere camaleontica perché cerchi di essere quella persona che un'altra vorrebbe incontrare, quindi prima di tutto una persona che ti sa ascoltare perché quello è sicuramente quello che vogliono tutti, per cui più che esteriormente lavori su una forma di empatia, quindi stare ad ascoltare le persone, disponibilissima ad ascoltare le persone. Io ho gente che chiama alle due di notte, diventi invisibile e nello stesso tempo il sostegno. Quindi sei presente, ascolti, non dai consigli perché non ne devi dare, ma dai la spinta, l'aiuto, quel modo di essere che è anche invisibile perché poi dopo la persona che hai davanti, che se ne va quasi non si ricorda di te ma ha un beneficio in se stesso perciò diventi un attimino, non lo so come dire... Lo psicologo degli altri, proprio perché non ti vedono più come figura ma come voce che ti è vicina, ti ascolta, ti parla, incorpora e quindi l'essere grassa è tutto psicologicamente molto stressante” (Marella, 55 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 98, BMI 39).

“Il rapporto con gli amici, questa è un'altra cosa, per la paura di rimanere solo te ti sottometti ai tuoi amici, cioè accetti che ti venga fatto di tutto, non c'hai l'autostima, zero, e quello mi succede anche adesso. Non sono capace a dire di no, disponibile a fare tutto quanto e poi mi trovo addosso tutto il mondo. E loro non capiscono che io sono in difficoltà e poi sbotto. Anche lì perché? Per solitudine, un problema ti ha portato a essere da solo, per piacere agli altri cerchi di renderti disponibile a fare tutto quanto, nel lecito, diciamo. Che poi era più con le persone appena conosciute che... Diciamo che dovevi fare accettare agli altri il problema che ho io. È l'errore che ti dico, che ti fai andare bene tutto quanto. Questo può massacrarti. Può chiederti tutto perché tu non puoi, non hai intenzione di deluderlo perché non hai voglia di, che posso dirti adesso, sto cercando un esempio. Eh, in associazione per entrare eh, ti trovi con mille impegni. Vieni ammirato perché fai e disfi duecentomila cose ma forse io mi sono messo in croce per venire con te. E

sono sicuro che se da un giorno dico: “Non faccio più niente” dal giorno dopo non vedo più nessuno. Forse ci penso, io ci ho dato l’anima per degli amici, perché se io cerco di entrare in un’associazione cerco di entrarci in amicizia ma il giorno che io non posso fare quello che sto facendo devo essere anche libero di andare via, cioè non avere più l’impegno, però l’amicizia può anche restare senza paura di rimanere solo” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Siccome sapevo di non poter piacere per un aspetto fisico, ero veramente l’amica, la compagna, la persona ideale, perché quelli che si fanno in quarantacinque per gli altri, per ignorare se stessi ovviamente, quindi ero quella di compagnia, ero quella richiesta alle cene, ero quella, avevo molta più vita sociale allora di quanta ne ho adesso per assurdo no? Nel senso che io una sera sì e una sera no ero fuori a cena, andavo in vacanza, cioè ho sempre fatto di tutto, no? Dicevo sì a tutti. Ho sempre socializzato molto, a me piace stare in mezzo alla gente mi è sempre piaciuto, però ero veramente molto più di quanto io non sia adesso perché non ne ho più così bisogno, ero veramente quella che voleva brillare, che voleva apparire, quella che voleva... Ehm... Essere la leader della situazione no, perché così tutti ti guardavano, si concentravano sulle tue capacità empatiche e non ti guardavano quanto pesavi o non ti schedavano in un certo modo, no? Cioè ero schedata come quella gradevole, simpatica, di compagnia, ok? E questo... Infatti, ti dico da questo punto di vista la vita sociale era sicuramente migliore perché adesso io mi permetto di scegliere rispetto a prima. Se prima comunque pur di non rimanere da sola, pur di non rimuginare, pur di non sentirmi non accettata dalle persone, io comunque uscivo con chiunque, adesso sono in una fase di selezione, cioè non mi interessa passare una serata cretina, esco perché ne ho voglia, esco perché ci sono delle persone con cui sto volentieri, non delle persone a cui devo piacere per forza, per cui mi devo sforzare di fare la simpatica, la cicciona simpatica e autoironica che è di compagnia con tutti perché se no mi sento una schifezza io. Il meccanismo insomma era un po’ questo, ecco” (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

Come in parte preannunciato in quest’ultima testimonianza, a quanto sinora riportato merita inoltre di essere aggiunto come qualche soggetto intervistato, nel corso delle interazioni con gli altri, sia aduso dare sfoggio e affrontare talvolta di proposito la questione della sua condizione di obesità, contestualizzandola però all’interno di un preciso frame autoironico. In tale frangente, l’attenzione altrui viene dunque a essere portata intenzionalmente su tale disposizione corporea dallo stesso individuo che la sperimenta, al fine esplicito di sdrammatizzare, attraverso il ricorso all’umorismo e al sarcasmo, la sua natura socialmente problematica. Stando, infatti, a quanto precisato dagli interpellati durante le narrazioni,

tale condotta, anticipando le critiche e declinandole nel registro dell'ironia, si dimostrerebbe funzionale ad attenuare e a depotenziare le interferenze normalmente prodotte dall'obesità nei rapporti interpersonali. Si considerino a riguardo le parole di alcuni intervistati.

“E poi faccio le battute del tipo: “Se mi butto in piscina esce l'acqua”. “Se vuoi ti do, hai visto la balena bianca, occhio che se entro in acqua mi prendono per Moby Dick!”. È tuo il problema e lo riversi su di loro. Stai al gioco, sono la prima, e lo fanno la maggior parte dei grassi. Parto con le battute prima per, è come per Cyrano de Bergerac che parte con tutti i sonetti sul naso. Parti facendo tu battute su te stessa per mettere a tuo agio questi poverini che non hanno imparato come accettarti e a non farli sentire in imbarazzo per il tuo aspetto e quindi non ricevere delle negatività di ritorno” (Marella, 55 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 98, BMI 39).

“E poi il lavoro. Il discorso del lavoro mi aveva portato a crearmi una sorta di rapporto con i colleghi dove se sei grosso è permesso essere sarcastico e cattivo anche verso me stesso, per cui fare prima tutte le battute che si potevano fare su me stesso così le ho fatte tutte io, non te ne do da farne e tu stai tranquillo” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“L'unico mezzo che hai per stabilire un contatto con delle persone a cui potenzialmente fai schifo, non lo sai perché ancora le devi incontrare, è cercare di prenderle dal punto di vista, dal punto di vista pratico, chiacchiereccio e fare, fare l'amico divertente. Io devo mettermi una maschera del giullare di corte. È l'unico mezzo che ho per partecipare. Non esiste altro mezzo. Quello è l'unico punto di contatto che hai. Se a primo acchito sbagli quello basta. Basta. Chi altro può essere interessato a qualcuno cioè, il ciccione non ha niente di più degli altri, a parte i chili. Quindi, mettiamo che io sia la cicciona più interessante del mondo, come me ci sarà almeno un milione di ragazze buone, interessanti, capaci, belle, magre. C'è sempre quel bel in più. Eh, ed è tutto lì! Infatti, per quelli che mi conoscono in giro i miei chili sono la mia forza, perché io su questi ho costruito la mia ironia. Io, il novanta per cento delle battute vincenti le faccio sulla ciccia. Semplice, pulito, parlo di me, arrivo diretta. E ci ho costruito un castello sulla mia ciccia, se c'è uno che è al di fuori della cerchia dei miei colleghi, che siamo amici anche fuori e degli amici storici, non te lo puoi permettere, devi mantenere la tua figura del ciccione allegro, che si prende in giro perché fai battute per far ridere tutti e stop. Chiuso quello non hai altri sbocchi, a meno che ci sia l'uno su mille che, vabbè, ti vuole conoscere, ti prende in simpatia e allora puoi puntare anche su altro ma altrimenti non hai scampo per legare con qualcuno” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

Come illustrato in queste ultime testimonianze, l'individuo obeso, allo scopo di essere accettato dagli altri, può dunque ricorrere alla strategia di adeguare l'immagine di sé alle altrui aspettative e più, in particolare, di condiscendere allo stereotipo che lo rappresenta nei termini di un soggetto perlopiù sorridente, allegro, divertente e soprattutto disponibile allo scherzo e allo scherno altrui. Impossibile non scorgere in ciò delle puntuali assonanze con quanto affermato da Goffman (1963) nella sua disamina del fenomeno della stigmatizzazione. Tale autore sosteneva, infatti, che la persona stigmatizzata, nell'intento d'ingraziarsi i *normali*, potesse ostentare il repertorio di qualità pregiudizievole attribuito da questi ultimi a quanti erano nella medesima situazione della prima. Goffman indicava sinteticamente tale comportamento dello stigmatizzato nell'ambito delle interazioni con gli altri con la locuzione di *fare il pagliaccio*, volendo al contempo ed esplicitamente porre l'accento sulla funzione di intrattenimento e sul ruolo comico assolti di frequente da tale individuo. Tuttavia, il sociologo canadese non manca di rilevare come adottando un simile atteggiamento lo stigmatizzato reiteri invero lo stereotipo sociale che, di fatto, lo riduce e lo squalifica, consolidando nell'immaginario comune la già diffusa e radicata equazione tra la sua peculiare condizione di vita e la sua riconosciuta vocazione clownesca. Oltre ciò, Goffman evidenzia poi come tale modo di agire comporti necessariamente per lo stigmatizzato l'interiorizzazione di una rappresentazione di sé aliena ed estranea, vale a dire l'incorporazione all'interno della sua soggettività di "a voice of the group that speaks for and through him" (Goffman, 1963: 123). Lontano dal provocare effetti limitatamente rituali e propri del solo ordine dell'interazione, il processo sociale di stigmatizzazione risulta pertanto in grado di indurre delle conseguenze sulla natura intima e profonda della persona stigmatizzata, anche per mezzo delle ordinarie e all'apparenza innocue strategie elaborate dalla stessa al preciso scopo di farvi fronte.

## **2. I medici, i colleghi e gli addetti alle vendite**

In aggiunta a quanto sinora riferito, è possibile affermare che la ricerca qui illustrata ha posto in evidenza come la stigmatizzazione dell'obesità prenda luogo non solo nelle interazioni caratterizzate da una prossimità e da una confidenza tra gli attori coinvolti, come avviene nei rapporti all'interno del ristretto nucleo familiare, nel più vasto complesso dei parenti e nel gruppo dai confini spesso sfumati degli amici e dei conoscenti. Stando, infatti, ai resoconti raccolti e in analogia con i risultati delle indagini sulla

stigmatizzazione dell'obesità presentati nel capitolo 2, il biasimo altrui per la persona in tale condizione si manifesterebbe con una certa frequenza anche nelle relazioni instaurate nell'ambito medico, in quello lavorativo e nei negozi di abbigliamento. Tuttavia, anche in questo caso così come nel precedente, non emergono sensibili differenze al variare del sesso, dell'età e del profilo socioculturale degli individui considerati. Si denota invero una sostanziale omogeneità nei vissuti di stigmatizzazione rilevati in seno al gruppo d'interpellati. Nondimeno, è altresì possibile segnalare come la cadenza e l'efferatezza di tali episodi di condanna del singolo soggetto a causa del suo stato fisico paiono, di fatto, accentuarsi parallelamente all'aumentare del grado di obesità esibito.

Procedendo quindi con ordine e concentrandosi dapprima sul fenomeno della stigmatizzazione dell'obesità da parte del personale sanitario, si può indicare come gli individui interrogati riferiscano innanzitutto di aver sperimentato una minore propensione dei medici a prendersi cura della loro salute, in ragione del fatto che molti dei disturbi accusati dagli stessi siano riconducibili al loro precipuo stato ponderale. Proprio questa considerazione, attenendosi alle narrazioni, porterebbe dunque i sanitari a ritenere tali affezioni delle lesioni consapevolmente autoinflitte, vale a dire attribuibili principalmente alla scarsa volontà e all'insufficiente solerzia dimostrata dalla persona obesa nel correggere le sue abitudini di vita e il suo eccesso di peso. Inoltre, è possibile denotare che, nei loro resoconti, i soggetti intervistati denuncino poi ripetutamente di essere sottoposti da parte del personale medico a delle considerazioni perlopiù inopportune, impertinenti finanche offensive, essendo queste non già limitate all'ambito delle valutazioni strettamente cliniche bensì più propriamente afferenti alla sfera dei giudizi morali. Si valutino a titolo esemplificativo alcune delle esperienze esposte nel corso delle interviste.

“Eh sii, ogni volta! Mo te ne racconto una che fa venire i brividi. Era agosto di due anni fa, ero stato in vacanza in Croazia. Tornato dalle vacanze facevo fatica a respirare, molta fatica a respirare, tant'è che dopo ho scoperto di avere un principio di polmonite quindi ti puoi immaginare la fatica che facevo a respirare. Vado dal mio medico di base, entro, ancora non avevo detto “a”, avevo solo passato un quarto d'ora nell'attesa a tossire e a respirare male. Appena entro mi dice: “Spogliati e pesati!” e io: “Ma io no, faccio fatica a respirare, cos'è che devo spogliarmi e svestirmi”. Mi ha fatto spogliare e pesare, mi ha fatto la ramanzina: “Devi dimagrire, devi perdere peso perché è importante, sei giovane” e poi mi ha chiesto: “Che cos'hai?” e io: “Faccio fatica a respirare” e poi appunto mi ha diagnosticato questo principio di polmonite. Però ad esempio per il mio medico è prioritario che io dimagrisca, qualunque cosa io posso avere. A volte è vero però,

per dire, ho chiesto di fare una risonanza alle ginocchia perché avevo dolori alle ginocchia e il medico mi ha detto inizialmente, mi ha detto: “Io la risonanza non te la faccio fare perché tanto so che il tuo problema è il peso. Se tu dimagrisci hai meno peso sulle ginocchia e quindi la cosa va a posto”, io poi ho risposto: “Sì va bene, ha ragione, però adesso siccome mi fanno male. Se c’è già penso che qualcosa, bisogna trovare il modo di curarle. Perché anche se perdo peso ok, ma il dolore adesso c’è”. E poi l’ho convinta a farmi fare sta risonanza, però qualunque cosa io ho lei passa comunque dal peso. Poi non so se è sempre vero o fa apposta per infilarmelo dentro. Però eh, cerca sempre di mettere in gioco il fattore peso dicendomi in sostanza che se non dimagrisco è come, è come se è colpa mia se poi ho dei problemi” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“Ero andata verso la fine della gravidanza a fare una visita al Buzzi. Ecco lì, era il periodo che mi è pesato, perché io quando ero in Irlanda stavo programmando un parto in casa con le ostetriche e che avrei voluto fare anche in Italia. E lì c’è stata discriminazione, nel senso sei obesa e quindi patologica. Ecco lì c’è stata discriminazione, nonostante io non avessi oggettivi problemi, però se li sono un po’ inventati: “Le persone obese sono a rischio questo, quello, quell’altro”. E mi hanno detto: “Il parto a casa è meglio che non lo fai, facciamo l’induzione perché poi la bambina cresce poco”. Lì mi hanno un po’ spaventata, verso la fine. Invece poi è andato tutto benissimo. La bambina è nata grande, però ho trovato delle dottoresse davvero poco sensibili. In particolare ricordo una, un manico di scopa di mezza età, davvero magrissima, piena di rughe, così molto triste per altro, un po’ altezzosa che mi fece spogliare e, quello è un ricordo poco gradevole legato al mio peso. Già non è che ti senti una libellula a fine gravidanza. Io mi spogliai e cercai di salire su questo lettino ginecologico che non è molto comodo, con lei che mi guardava seduta dietro la scrivania e mi dice, con un mezzo sorriso: “Signora ma lei quanto pesa?”, come per prendermi in giro, e io gli ho solamente risposto: “Peso abbastanza più di lei”. E questa è stata la mia risposta / un po’ gelida / (ridendo). Quella è stata un’occasione. Reputo che se avessi pesato di meno avrei avuto un parto in casa, più bello” (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

“Bah, non ti viene neanche voglia di andare dai medici. Quando tu vai dal medico e sei sostanzialmente in sovrappeso eccetera, anche se vai perché ti fa male un orecchio ti dicono: “Vabbè, ora facciamo qualcosa per l’orecchio ma è legato sicuramente al sovrappeso. Devi dimagrire”. Uno alla fine si stanca anche di andare dai medici e poi ci sono certi che ti insultano anche, sono proprio dei cafoni che ti viene voglia di sputargli in faccia e ti dicono cose tipo: “Non ti vergogni”. Questo i medici più degli altri. Mi è capitato personalmente dal ginecologo. Anni fa quando ero arrivata a quel peso, novantacinque chili ero andata dal ginecologo perché avevo avuto problemi e mi aveva detto: “Ah, a vent’anni, eh, ma non ti

vergogni di essere così, un po' di dignità, riprenditi cioè". Mi ha fatto sentire una merda. Poi immaginati anche come si fa una visita ginecologica. La situazione. Io mi sono risentita, insomma non è il caso, mi stavo anche offendendo, c'è mancato poco che stavo per alzarmi e andarmene e lui: "Questa è la verità, è giusto che qualcuno vi dica le cose come stanno, non è possibile andare avanti così". Un cafone. Ovviamente è stata l'ultima volta che ci sono tornata, non ho apprezzato molto il suo stile. Mentre il mio medico di famiglia è sempre stato molto delicato, ogni volta fa qualche accenno, però lui sa benissimo che la persona sa che deve dimagrire. Infatti, mi dice: "La dieta, l'attività fisica", la butta lì ma cioè, è giusto che un medico ti dica che devi dimagrire per la tua salute, lo trovo assolutamente una cosa normale, è giusto che te lo dicano, ma che te lo dicano con delicatezza, non dicendoti che fai schifo, anche perché non so poi così cosa possono ottenere" (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

A riguardo e sempre attenendosi alle narrazioni raccolte, è poi opportuno segnalare come, in sostanziale conformità con le evidenze tratte dalle indagini condotte sul fenomeno e discusse precedentemente, un trattamento particolarmente sprezzante e talvolta derisorio sia stato altresì riservato agli intervistati anche da parte del personale sanitario qualificato nella cura dell'obesità, vale a dire dietologi, endocrinologi e membri delle équipes di chirurgia bariatrica. Nonostante la quotidiana pratica di relazione con gli individui obesi e la diretta costatazione delle loro problematiche di carattere sociale, gli interpellati hanno sovente riscontrato in tali specialisti un atteggiamento marcatamente pregiudizievole e dunque mortificante. A illustrazione di quanto appena argomentato, si consideri nel prosieguo quanto sostenuto da alcuni soggetti a proposito di tali esperienze.

"Eh, di questi episodi / ah-ah / (ridendo), ne potrei raccontare mille. Come il medico che mi ha detto che, appena sono entrata dal dietologo, lui mi ha detto ancora prima di dire: "Buongiorno" e qualunque altra cosa, mi ha detto: "Signorina, cominciamo subito col dire che ad Auschwitz non c'erano obesi". "Ha ragione. Lo so anche io. Grazie!" e me ne sono andata. Ora se volesse darmi una smossa con quel tono, se volesse aiutarmi con un approccio d'urto. D'urto perché mi sono proprio sentita aggredita, io non lo so ma sicuramente so che non mi ha fatto bene anche perché, dieci minuti dopo, io ero nel supermarket di fronte a comprarmi una busta di schifezze da mangiare. Quindi bene non mi ha fatto certamente" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

"Beh, a volte non è bello. Tipo una volta mi è capitato dal medico, dall'endocrinologo che mi ha detto: "Gli esami sono tutti a posto, vedrai, basta metterci un po' di forza di volontà e ce la fai con la dieta, sennò come lo trovi il

principe azzurro?”, mi ha detto proprio così: “Se non dimagrisci come lo trovi il principe azzurro?”... Che poi in sostanza mi ha detto che faccio schifo. Cioè, lo so anche io, però non mi è sembrata una frase molto motivante e, o professionale, che ti può dire un medico” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Sì, sì, poi quello che mi ha ferito di più è successo in ospedale quando ho fatto l’intervento di chirurgia bariatrica e lì avrei dovuto fare una querela perché lì sono stato discriminato. Durante i dolori che sentivo i dottori che mi hanno assistito in terapia intensiva mi hanno discriminato amaramente e io non lo dimentico. Questo dolore al coccige mi teneva sveglio e io sentivo le frasi che dicevano, uno disse: “Mamma mia e che ci hanno portato qua? Questa è una montagna vivente!” e poi andarono a vedere la mia scheda e fecero: “Mamma mia, è anche sposato! E chi ha avuto il coraggio di sposarsi uno di questo?”, facevano i dottori: “Domani voglio proprio vedere chi è la moglie di questo”. Lì mi sono offeso, sentito proprio male. Se avrei potuto reagire avrei reagito pure violentemente ma non potevo” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Allontanandosi dalla disamina degli episodi di stigmatizzazione dell’obesità in ambito medico, le narrazioni raccolte hanno, inoltre, rivelato come un atteggiamento pregiudizievole e discriminatorio nei confronti di una tale dotazione fisica sia stato sperimentato dagli individui intervistati anche in campo lavorativo e professionale. Stando a quanto emerso durante le interviste, tale prevenzione verrebbe a svelare i suoi effetti più perniciosi, costituendo, di fatto, un elemento d’irriducibile svantaggio, soprattutto nel momento della valutazione di un candidato obeso ai fini di un suo possibile reclutamento. Nell’esperienza riferita delle persone interpellate, la preliminare – e quindi spesso pregiudizievole – valutazione negativa dei selezionatori riguardo l’efficienza e la salute di un soggetto obeso, ovvero le basse aspettative in termini di agilità, di velocità e di resistenza fisica dello stesso, avrebbe, in alcune occasioni, impedito la loro fattiva assunzione. Si esaminino i racconti proferiti in merito dagli intervistati.

“Poi nel lavoro ho avuto la mia discriminazione, perché a essere grassi sai poi si fa un po’ di fatica a muoversi, e non è che aspirassi a chissà quale lavoro. Sono andata a fare un colloquio per fare le pulizie, non mi è stato detto direttamente in faccia, ma è stato detto alla mia amica, che poi mi ha riferito e mi ha detto: “Guarda, il tipo lì ha detto che sei troppo grassa e non ti prende perché poi saresti troppo lenta e lui ha bisogno di un tipo più veloce e poi magari ci sono dei posti stretti in cui non ci passi e non si arrischia a prenderti”. E ho detto: “Vabbè, grazie!” porto a casa anche questa” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Una persona, per esempio il direttore del personale di un’azienda mi ha detto: “Ma lei se la sente di tirare su i pacchi?”, perché quando uno ti vede in questo stato gli altri vedono una persona malata, malata nel senso che sei limitato nel fare le cose, puoi essere malato di diabete, sei impedito per lavorare, quindi in quel caso lì, io che dovevo tirare su i pesi, per loro ero impedito. Perché così obeso, con la pancia così come fai? Che poi io ce la faccio, magari faccio un po’ più di fatica degli altri non c’è dubbio, è naturale. Però una persona obesa per una persona normale è una persona malata e per quel lavoro lì non mi hanno più richiamato. Ma l’avevo già capito dal colloquio con il direttore che non gli andavo bene perché non si fidava” (Ilario, 49 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 166 kg, BMI 57).

“Avevo preso un lavoro, quelle parole mi ha fatto molto male, mi hanno detto: “Signora, io non so, davvero mi dispiace, posso dirgli... Mi dispiace dirglielo ma lei respira male quando fa le scale, ha sempre il fiatone e io a lasciare mia madre con lei che deve fare su e giù tutto il giorno da un piano all’altro non posso, non ce la faccio” e così ho detto: “Trovatevi qualcuno per la madre” e ho mandato una ragazza molto brava che conosco” (Maria, 56 anni, disoccupata, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 58).

Tuttavia, attenendosi ai resoconti, non vi sarebbero solo valutazioni puramente funzionali nell’ostacolare il reclutamento lavorativo di una persona obesa. In tale frangente, anche un giudizio di carattere prettamente estetico e altresì attinente alla scarsa accettabilità sociale della condizione di obesità può talvolta rivelarsi determinante. Come segnalato dall’esperienza di alcuni individui interpellati, proprio quest’ultimo tipo di considerazione impedirebbe, più in particolare, il collocamento di un soggetto obeso in quelle occupazioni in cui l’immagine di chi le svolge assolve un ruolo tutt’altro che marginale, in virtù del potenziale comunicativo e promozionale accordatole. Si valutino a proposito le seguenti testimonianze.

“Io mi son trovato in situazioni in cui mi è stato preferito un fotografo davanti a me semplicemente perché lui è più attrattivo, ma questo succede sempre in qualunque ambito. Più in una professione d’immagine come la mia, dove ti vendi oltre che con le tue foto anche con il tuo corpo, con l’immagine che hai. Per cui credo di aver scontato il pregiudizio che le persone hanno sui grassi. Diciamo che te ne accorgi dalla prima reazione che susciti, così sul momento. Poi è ovvio che nessuno te lo dice in faccia” (Roberto, 45 anni, fotografo, peso massimo raggiunto 138 kg, BMI 39).

“Tra l’altro mi si è posto il problema durante i colloqui di lavoro, anche prima di diventare ottico de, di non venir assunto per la mia stazza. Un bel ragazzo con un corpo più socialmente accettabile, fisicamente più vicino a quello che si vede in tv o che viene commercializzato è più accettato dell’obeso. Nei colloqui di lavoro non posso escluderlo di essere stato scartato in partenza. Cioè, chi mi ha visto ha anche valutato questa cosa, perché nel mondo dell’ottica si fa molto attenzione a questa cosa, è un mondo che sta diventando molto estetico. Uno non è che si fa gli occhiali perché ne ha bisogno ma si fa gli occhiali e se ne fa un paio alla moda, per dire. È come fare una sfilata di moda con una modella obesa. E nell’ottica c’è questo discorso della moda. Più sei fashion più sei socialmente accettabile e questo mi porta a pensare che magari qualcuno vedendomi se l’è posto il problema. Diciamo che almeno una persona quasi sicuramente, perché comunque dal discorso che abbiamo fatto me lo ha fatto capire” (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

“Ti scartavano. Nell’ambito del conservatorio che frequentavo a Napoli, eh! Che vedevano! La peste quando c’ero io! Grasso così non ero ben visto dagli insegnanti. Non avevo la figura del pianista secondo loro. L’arte però c’era, so suonare bene ma questo non contava, contava l’aspetto fisico. Il mio aspetto fisico mi ha limitato tantissimo. Diciamo al settanta per cento, a livello di carriera perché poi quando cercano pianisti o anche solo insegnanti di pianoforte tu non hai il fisico, non va bene la figura, vogliono persone con un’altra figura, più aggraziata, più delicata” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Può essere poi precisato che, di là dalle discriminazioni patire al momento della selezione, per via di una sfavorevole considerazione del loro corpo in termini tanto funzionali quanto estetici, alcuni intervistati abbiano altresì rivelato di subire spesso oltraggi, con riferimento alla loro precipua condizione fisica, nell’ambito lavorativo. Tuttavia, nel caso di un soggetto interpellato, lo stato di obesità pare aver motivato non solo la sua denigrazione tra i colleghi di lavoro ma anche il mancato affidamento di un incarico generalmente costituente parte integrante della sua funzione lavorativa. Nel seguito è dunque riportato, accanto a un estratto d’intervista particolarmente eloquente in merito alle ripetute manifestazioni di condanna dell’obesità all’interno dei rapporti di lavoro, il racconto del grave episodio di discriminazione di cui si è appena riferito.

“É brutto perché in teoria dovremo essere tutti uguali, ma vedo nei giudizi della gente che se uno a dieci chili in più del normale gli danno del pigro, di quello che non vuol far niente. Gli danno del pigro. Vedendo anche la gente al lavoro che critica le altre persone. Che poi ho detto: “Sarò criticato anche io per gli stessi

pregiudizi”. Perché per i miei colleghi di lavoro una persona grassa è un lazzarone, uno che non ha voglia di far niente. Poi anche un senso di poca pulizia. Quello è quello che sentivo io, anche perché, sì, è stato la scorsa estate che avendo un collega, un cameriere di sala, che era molto più grosso di me, era lì che io sentivo tutti i giudizi che gli davano. Che poi lui poverino non lo era neanche, cioè erano pregiudizi perché non è che se li meritava. Io su di lui non mi sono mai permesso di dire niente, anche perché magari poi dicono la stessa cosa di me. Anzi adesso che ci sto pensando mi viene in mente che qualche volta è capitato di sentire da un collega qualche parola offensiva, tipo che mi ha dato del culo pesante per dirmi che dovevo fare alla svelta in cucina, quando poi io a fare i piatti sono una scheggia. Che poi sono cose che, sono pregiudizi... Vedi, ci rimani male e poi le cancelli dalla mente, perché ricordarle ti fa stare male” (Andrea, 25 anni, cuoco, peso massimo raggiunto oltre 75 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“A lavoro, lo ripeto, ah! Non è stata la prima volta! Noi siamo una multinazionale quindi io i colleghi ce li ho in tutto il mondo e ci si vede nei viaggi di lavoro, ci si vede in videoconferenza. Eh, ci si vede sui biglietti da visita, perché sui nostri biglietti da visita c’è la foto. È angosciante quando senti gli altri, non sanno che sei lì e senti: “Eh sì, è la cicciona della divisione tot”. Eh, sono un pregiudizio, è una cosa che ti mette a terra, perché io non sono questo, ho un ruolo di responsabilità. Dovresti dire: “Quella signora lì è la manager di quest’ufficio” e invece no. Mentre io mi rivolgo a un altro collega dicendo: “Eh, è il responsabile della logistica di quella divisione là” loro si rivolgono a me dicendo: “Eh, quella cicciona lì”. In più c’è stata l’esperienza lavorativa di aver dovuto fare da back-office a, al mio lavoro, perché non avevo una presenza buona per poter portare al mio cliente il frutto del mio lavoro. Cioè, io facevo il lavoro e qualcun altro doveva portarlo al cliente, perché l’azienda aveva ritenuto che io non fossi fisicamente idonea per affrontare quel particolare cliente” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

Nel rispetto dei resoconti raccolti, va poi segnalato che, oltre all’ambito lavorativo, la deplorazione per la condizione di obesità viene a essere frequentemente vissuta dagli intervistati anche all’interno dei negozi di abbigliamento. I soggetti riferiscono, più precisamente, di essere sovente sottoposti agli sguardi di disapprovazione, ai commenti sanzionatori e persino alle esplicite manifestazioni di derisione da parte degli addetti alle vendite, specificando poi come il senso di umiliazione e mortificazione conseguente a tali eventi sia aggravato dalla presenza di altre persone. Pertanto, non stupisce apprendere che, nell’esperienza narrata dagli interpellati, la visita nei negozi di abbigliamento costituisca invero una circostanza vissuta con un senso di particolare apprensione, proprio a causa della possibilità d’incorrere, in tale frangente, nella pubblica condanna della

peculiare disposizione fisica di obesità. Si valutino i racconti offerti da alcuni individui intervistati in merito al verificarsi di tali episodi di stigmatizzazione.

“Vado a Milano, i miei sono stati male ad aprile, ok? Mi dovevo fermare due giorni, mi sono fermata dieci e a un certo punto è evidente che, io mi lavo le mie cose ma mia madre mi dice: “Andiamo a comperare qualche mutanda”. E lì, in un negozio: “Signora ma cosa vuole, la sua taglia” ma come: “Cosa vuole? La mia taglia?”... Insomma ma di cosa stiamo parlando? Davanti ad altri clienti... Lo sguardo degli altri nei negozi sono le cose peggiori per una donna” (Giovanna, 48 anni, casalinga, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 38).

“Una volta ero a Torino, entro in un negozio di camicie con un amico, gli stavo per fare una domanda al commesso e lui mi ha messo la mano davanti e mi ha detto: “No!”. È andata proprio così. Giusto per farti capire cosa ti può succedere quando entri in un negozio” (Roberto, 45 anni, fotografo, peso massimo raggiunto 138 kg, BMI 39).

“Io forse la peggiore che mi è successa, quella più umiliante perché poi non è successo niente di che: io sono entrata in un negozio per comprare una maglietta a mia sorella. Questo negozio non so, avrà taglie normali che arrivano fino alla cinquanta, cinquantadue, non lo so e ho visto, diciamo che già entro sempre con un po' di ansia in questi negozi perché non è la prima volta e ho visto un movimento in zona delle casse ed erano tutte ragazzine le commesse. Mi sono, mi sono avvicinata e ho sentito che stavano scommettendo venti euro, me lo ricordo ancora, venti euro, sul fatto che io cercassi o meno dei vestiti per me lì dentro. Questo, ah! Questo è il tipo di vita che devono fare gli obesi. È una quotidianità. Cioè, si può arrivare a scommettere venti euro sul fatto che io stessi cercando degli abiti della mia misura lì dentro? Secondo me è una cosa atroce” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

### **3. Gli estranei e i bambini**

Oltre al biasimo esperito nei rapporti con familiari, parenti e amici e alle vessazioni e alle discriminazioni sperimentate nel relazionarsi con il personale sanitario, i recruiter e i colleghi di lavoro nonché con gli addetti alle vendite dei negozi di abbigliamento, i soggetti obesi intervistati riportano, inoltre, come la loro condizione fisica sia stata sovente il bersaglio di azioni denigratorie compiute da estranei, nell'ambito dei più comuni luoghi e spazi pubblici. Più in particolare e come già riferito a proposito dell'adolescenza, a essere segnalati con maggior ricorrenza

all'interno delle interviste sono soprattutto gli sguardi e i commenti dei più giovani. Va da sé che anche nel caso di quest'ultime esperienze di stigmatizzazione se, da un lato, non emergono sensibili differenze al variare del sesso, dell'età e del profilo socioculturale, dall'altro, la loro frequenza pare altresì aumentare parallelamente all'accrescersi dell'eccesso di peso che caratterizza ciascun interpellato. In aggiunta, è poi importante costatare come dalle narrazioni traspaia un certo grado di assuefazione e di adattamento dei singoli soggetti verso tali trattamenti. Nonostante si evinca dai resoconti raccolti la consapevolezza da parte delle vittime dell'illegittimità che qualifica tali azioni e degli effetti deprimenti esercitati da tali gesti sul loro stato d'animo, la condanna in forma pubblica dell'individuo che possiede e mostra un corpo obeso viene a essere, di fatto, assunta come ineluttabile finanche del tutto prevedibile e quasi naturale. Con il passare del tempo e l'accumularsi degli episodi di stigmatizzazione, tali eventi sembrano dunque naturalizzarsi all'interno dei vissuti delle persone obese; in altri termini, la pubblica sanzione per la condizione di obesità pare diventare parte del dato per scontato dell'esperienza di vita sociale di tali soggetti. Si consideri, a riguardo, quanto affermato da alcuni intervistati.

“Beh, sì, per uno come me è normale. Ma sai quante volte mi sono sentito preso per i fondelli? Sei in giro per i fatti tuoi, due persone che si mettono lì a parlare, senti la parola ciccione, poi ti giri e magari ridono e lo capisci... Quelle cose lì! Poi alla fine non ti arrabbi neanche più, perché non puoi farti avvelenare la vita, farti bloccare da queste cose, altrimenti non vivi. Però mica sei scemo che non le vedi” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Una volta quando stavo camminando all'uscita di un centro commerciale i ragazzi si danno lo spintone e fanno il cenno di guardare quando passavo. È una cosa che mi è capitata sai quante volte? Però quella volta lì mi sono incavolata perché gli ero di fronte, mi guardavano e si mettono a ridere e gli ho detto: “Cosa c'è da ridere?” e loro: “Ma io non ho detto niente” e io: “Eh, sì, non sono mica scema!”. Ecco, quella volta lì mi ricordo che avevo reagivo, avevo risposto ma normalmente non lo facevo, quella di rispondere sarà capitata un paio di volte. Non puoi finire a litigare tutte le volte che esci di casa” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Ma sì sicuramente però... Gli episodi ci sono stati. Ti capita che quando passi senti: “Ma quel ciccione dove vuole andare?”, anche perché la gente non è furba che non si fa sentire. Sì, sì sicuramente ne ho subite tante di questo genere però tendi a non pensarci, cioè io faccio finta di niente. Ti dimentichi e vai avanti per la

tua strada, come ho fatto sempre” (Claudio, 38 anni, operaio, peso massimo raggiunto 106 kg, BMI 34).

“Nelle cose quotidiane mi sento guardata però oramai non mi fermo più su queste cose. Però io sono diventata abilissima a capire se qualcuno mi sta guardando o lo sta solo pensando. È logico, ho passato una vita così. Son palesi, se tu sali sul tram e uno ti guarda, lo dice all’amico e poi si girano entrambi per guardarti dietro, cioè, non è che mi stanno guardando perché c’ho scritto Einstein in faccia. Se sali sul tram e c’è un ragazzino, un gagno che ti sta guardando non è perché, non è che mi metto travestita da cosa. Mi vesto come tutte le persone normali. Se uno ti guarda, si gira e dice al suo amico: “Guarda quella là”. Eh / e lo sapevo pure io come sono / (ridendo). Però cosa ci vuoi fare, va così. Oppure ti chiudi in casa ma se esci è normale che è così” (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

Attenendosi al contenuto delle interviste, merita inoltre di essere segnalato che alcuni degli atti di stigmatizzazione dell’obesità, compiuti da giovani sconosciuti a danno degli interpellati, si qualificano invero per un intento marcatamente ingiurioso. Riguardo a uno di questi è poi possibile riferire come alla reazione di contrappunto dell’interessato sia seguita persino una violenza fisica. Tuttavia, appare nuovamente prioritario sottolineare che anche all’interno dei resoconti di tali eventi possa essere in una certa misura rilevato il tentativo degli intervistati di sminuire la straordinarietà dell’accaduto, di giustificare in parte gli stessi molestatori finanche di discutere circa l’opportunità di dare sfogo o meno al proprio dissenso. Pertanto, anche dinanzi a manifestazioni di stigmatizzazione dell’obesità del tutto gratuite e dagli esiti persino violenti è possibile ravvisare nelle vittime la sperimentazione di un atteggiamento non solo di rassegnazione ma anche di accettazione e di assuefazione. A riprova di quanto affermato si riportano nel seguito le esatte parole proferite da alcuni individui interpellati loro malgrado direttamente interessati da un tale accaduto.

“Una volta mi è capitato, ero in un locale a Sassari, avevo ventidue anni, e al tavolo affianco c’erano dei ragazzi che avranno avuto la mia età, erano mezzi ubriachi, ero con dei miei colleghi, e stavano parlando tra di loro. Poi per farsi sentire uno che avevo proprio dietro, si è alzato, si è girato e... E cos’è che hanno detto? Qualcosa come che stavo sfondando la sedia, non lo so, qualcosa di simile. “Povera sedia che ti deve reggere!” hanno detto o qualcosa di simile. Mi sono incazzata come una bestia con questi, anche perché comunque non ero lì da solo ma c’erano anche i miei colleghi. Che poi erano ubriachi, cioè forse è stato anche per quello perché poi poverini, io parlavo ma loro non capivano tanto. Io

comunque non riesco a capire come ci si possa divertire così” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

“E poi quella della strada. Ero in bicicletta in mezzo al paese, già con la fatica che stavo pedalando e arriva questo furgone con credo degli operai. Ero al semaforo ad aspettare e vedi il finestrino che si abbassa e esce questo: “Weh culona dove stai andando?” mi dice. Cioè, l’ho mandato al cavolo! Quelle piccole punzecchiature che non sembra, però fanno male” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Ti capita di sentire commenti... Beh, mi è capitato anche l’anno scorso al mare, stavo prendendo il sole, è passato un gruppo di ragazzini di quindici, sedici anni, scemi perché non è che si può dire chissà che cosa e ovviamente hanno detto, no hanno gridato proprio per farsi sentire da tutti: “Ah, guarda là! C’è una balena spiaggiata. Ah no, è Maji Bu!”, che è quello tutto rosa grosso di Goku. Veramente ho riso anche io perché sapevo si riferivano a me. Cioè, era chiaro si stavano rivolgendo a me e ho detto: “Son ragazzini, vabbè son scemi”. Cosa devi fare? Niente puoi fare” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

“Non salgo quasi mai nelle carrozze del tram dietro perché lì di solito ci stanno i ragazzi che ti guardano male e siccome una volta è successo che ci son salita, ho risposto male a questi qua e il mio ragazzo si è beccato pure un pugno, evito. Sì, perché nel periodo in cui rigettavo tutto e tutti pensavo di essere la più figa di tutti. Non fisicamente ma mentalmente perché dicevo loro mi possono guardare male, pensare: “Quella è grassa” ma tanto io c’ho un cervello e loro no. In quel senso era la più figa, ed essendo la più figa potevo permettermi di rispondergli. Non come mia cugina che stava in un angolo, io rispondevo: “Tu sei un maleducato”. Rispondevo anche pesantemente. E niente, l’unica volta che l’ho fatto che c’era il mio ragazzo, lui l’hanno messo in mezzo e s’è preso un pugno e io uno spintone. Da quel momento non ho più fatto la figa in quelle situazioni” (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

Sempre in riferimento alla stigmatizzazione dell’obesità nei luoghi pubblici, è poi interessante rivelare come gli individui intervistati indichino sovente anche i bambini tra i soggetti resisi, di fatto, responsabili della loro condanna. Dopo i giovani ragazzi, quest’ultimi costituiscono, infatti, la seconda fonte di umiliazione pubblica più frequentemente citata nei resoconti forniti dal gruppo di persone obese considerato. Nel merito è, inoltre, possibile osservare che i commenti negativi dei bambini sulla condizione di obesità siano particolarmente temuti, non solo per il contesto pubblico in cui questi vengono a essere enunciati ma anche per la loro

natura spesso imprevedibile, la loro forma perlopiù chiassosa e il loro contenuto altrettanto frequentemente derisorio e irriverente. In conseguenza di ciò, non stupisce apprendere come, malgrado la loro apparente innocuità, proprio tali osservazioni provenienti dai più piccoli siano all'origine, stando all'esperienza riferita dagli individui interrogati, di un forte imbarazzo e di un profondo sentimento di mortificazione. Si vagliano a titolo esemplificativo gli eloquenti estratti d'intervista riportati nell'immediato seguito.

“Ma anche solo pensare di andare a far la spesa è normale di vedere le facce dei bambini, dei ragazzi che ti guardano e commentano tra di loro dicendo: “Guarda che ciccione è quello!” oppure i bambini. I bambini erano molto più bravi perché i ragazzini parlavano tra di loro mentre i bambini urlavano: “Mamma, mamma! Guarda, guarda quello com'è ciccione!”... Sono cose che ti segnano” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Io mi ricordo un episodio che mi aveva fatto molto riflettere. Eravamo andati a cena da qualche parte. Io ero al top di gamma per il peso in quel periodo e mi ricordo che ero andata in bagno ed erano entrati tanti bambini a lavarsi le mani o chissà cosa al ristorante. Uno di questi bambini mi aveva additata, come fanno i bambini, mi aveva additata e aveva cominciato a ridere e dire: “Guarda che cicciona!” e così si erano messi a ridere tutti e io mi ero messa a ridere con loro, ma di quella risata isterica perché non c'era niente di, cioè io quei bambini li avrei presi e li avrei buttati tutti quanti direttamente nei water, però in quel momento la reazione è stata questa risata” (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

“La cosa più brutta, poi anche quando ci sono i bambini che te lo dicono, perché non hanno come si dice dei freni: “Guarda là, c'è un ciccione!” ti dicono ridendo e tu cosa fai? Ridi con loro per non piangere, anzi no piangi dentro... O dopo, cioè quando sei da solo” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Mi sono accorta che spesso gli altri bambini dicevano al mio bambino, con me lì vicino eh! Anche con lì / le altre mamme / (ridendo)! Sì, dicevano: “Mamma, ma la tua mamma che grossa che è, ha una pancia graandissima”. No lui ma, lui non è che lui mi ha detto: “Mamma, che cicciona che sei” anzi, lui mi dice: “Io sono felice perché ho taanta maamma” però, però io ho detto no, cioè io non è che sono felice che gli dicano che ha una mamma cicciona al Giorgio! No cioè, guarda... No, non farmici pensare / anche a quello / (ridendo). Mamma mia! Se ci penso mi sento male, per me eh! E anche per lui perché mica è bello sentirsi dire certe cose

così davanti a tutti” (Daniela, 39 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 139 kg, BMI 52).

Di là dalle palesi azioni di condanna, siano esse messe in atto da giovani ragazzi oppure da bambini, è poi interessante riportare in questa sede che i soggetti obesi interpellati abbiano altresì asserito durante le interviste come il loro vissuto negli spazi pubblici sia stato sovente contrassegnato dalla percezione di attrarre l’attenzione degli sconosciuti, ovvero di *stare sotto i riflettori*, di essere il *fuoco degli sguardi* per dirla alla Goffman (1963). Favorito peraltro dalla sua visibilità, il corpo obeso è, infatti, segnalato richiamare in modo sistematico l’interesse del prossimo nel corso degli anonimi e fortuiti incontri che si realizzano nel quotidiano. Dal punto di vista dell’individuo obeso, esperire tale dotazione fisica nel suddetto ambito di vita equivarrebbe dunque ad avvertire prima di tutto lo sguardo altrui su di sé e sul proprio corpo. Nondimeno, il soffermarsi dell’attenzione degli altri sul soggetto e sul corpo obeso, stando sempre alle testimonianze rese dagli intervistati, non può dirsi incapace di comunicare precise valutazioni negative a riguardo. Nelle convinzioni e nelle parole degli interpellati, lo sguardo altrui è, infatti, veicolo di biasimo e di disprezzo. Ciò che, di fatto, gli individui obesi scorgono in *prima facie* negli occhi delle persone che incontrano in qualunque momento della loro esistenza sono, ancora una volta, il giudizio negativo, l’irrisione finanche un senso di ripulsa. La stigmatizzazione dell’obesità parrebbe pertanto essere in grado di viziare in profondità l’esperienza sociale dei soggetti fisicamente caratterizzati in tal senso. L’insopprimibile ed evidente presenza del corpo obeso nel flusso delle interazioni di tali individui non lascia presagire alcuna effettiva alternativa all’inevitabile espiazione della riprovazione altrui. Si considerino nel prosieguo alcuni estratti d’intervista particolarmente esplicativi nel merito quanto appena argomentato.

“Beh, vedendoti già te con qualche chilo in più dici... Non mi viene la parola... Attiri i giudizi degli altri. Del tipo: “Guarda che pancia che ha quello lì”. Sicuramente d’impatto hai paura, magari di una brutta impressione, perché hai l’impressione che la gente ti guarda e ti guarda male. Sai quando vedi che la gente ti squadra? Vedo un po’, un giudizio, un pregiudizio. Non so, vai al karaoke, per dire, e vedi la gente che ti guarda, che poi da fastidio stare lì in mezzo alla gente che ti guarda, sono cose che, cioè non è timidezza, perché non sono timido, è debolezza di stare in mezzo alla gente con qualche chilo in più perché vieni guardato. Se anche se uno è bravissimo a cantare è visto male in partenza” (Andrea, 25 anni, cuoco, peso massimo raggiunto oltre 75 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Solo se ti siedi in treno o solo se... Io ho fatto otto anni in treno e non dico tutti i giorni, ma il novantacinque per cento, il novanta per cento dei giorni io mi son sentita guardata, guardata e giudicata. È così... Ma fai anche il cento per cento. Intendo che percepisci lo sguardo della gente. Percepisci, è brutto dirlo, ma tante volte è proprio così, perché c'è gente che le pensa queste cose, quasi la sensazione di, di schifo che ha la gente quando ti guarda nel dire: “No, un ciccione”. E questa situazione la devi affrontare tutti i giorni ma poi concretamente non la affronti altrimenti stai male” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Quando sei più grosso è difficile rapportarsi con gli altri. È difficile, la gente ti guarda strano, e non è vero che siamo in un mondo dove tutti siamo uguali, quelle sono parole che si dicono poi le sensazioni che uno vive in giro quando è così se le porta dentro e se le porta dietro da sempre. Dalla scuola, da bambini che ti prendi a cazzotti perché ti dicono che sei ciccione fino a quando arrivi che cerchi la ragazza e non ti caga nessuno, che sei l'eterno amico e che senti che non piaci agli altri. Ma poi sai quante volte mi sono sentito guardato, quando sei in giro, per i fatti tuoi. La gente che ti fissa, ti guardano e dentro ti prendono per i fondelli e ti compatiscono perché sei un ciccione. È brutto ma è così. Non devi essere uno, uno psicologo per capire cosa pensano quando si fissano a guardarti. A volte penso che mi piacerebbe essere magro per capire cosa vuol dire andare in giro senza la gente che ti fissa perché sei grasso. Mi piacerebbe essere magro per passare inosservato” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

Peraltro, è possibile aggiungere che alcuni tra i soggetti obesi intervistati abbiano riferito come l'esperienza di attrarre con estrema facilità l'attenzione e la condanna delle persone sconosciute all'interno dei contesti pubblici abbia fortemente influenzato le loro più generiche aspettative nei riguardi di tutte quelle situazioni che presumono, di fatto, una forma di anonima compresenza con individui estranei. La stigmatizzazione dell'obesità, anche se non sempre fattuale e presente ma in alcuni frangenti solo presagita sulla scorta del passato, si dimostra così in grado di alterare la percezione della realtà vissuta dal singolo soggetto, turbandone altresì la sua più intima esperienza emotiva. A riprova di quanto appena asserito si riportano le attestazioni fornite in merito da due individui interpellati.

“Ora mi capita che mi succede una cosa. Io ho un'amica, è la cugina di mio marito. Io ci sono sempre stata insieme, però adesso non riesco a stare con lei, perché mi rendo conto che quando siamo in giro insieme io ho l'ossessione che le altre persone ci guardino e ci compatiscono per come ci siamo conciate. Commenti non ne abbiamo mai ricevuti, qualcuno che ti guarda qualche volta c'è, ma sai, io

lavoro in ospedale, quindi poi penso: “Magari è qualcuno che mi conosce” oppure, però, no, il primo pensiero cade sempre lì: “Questo mi guarda perché sono grassa!” e quando sono con quella lì, ancora peggio! Perché lei è ancora più grassa di me, e mi dico: “Ma cosa facciamo in giro insieme?”, non so se mi capisci... Siamo andati anche al mare. Lei si mette in bikini e peserà dieci o quindici chili in più di me. Io non ho mai avuto il coraggio di mettermi in bikini, neanche quando magari potevo osare, non stando bene, avendo la pancia, però tutto il resto era normale. Eravamo lì tutte e due sulla sabbia / e io diventavo pazza / (ridendo). Giuro! Continuavo a camminare, non togliermi da lei ma neanche mettermi in un modo in cui davamo più nell’occhio. Anche sabato scorso ci siamo trovate per caso a Como e mi sono detta tra me e me: “Oh, no!” e c’ho dovuto fare un pezzo di strada! Non è che mi vergognavo di lei, anche perché già mi sentivo a disagio da sola, di me stessa, ma in due era peggio. Mi dicevo: “Madonna, guarda qui come ci siamo conciate tutte e due, chissà cosa dice la gente che ci guarda. Ma cosa pensa di noi la gente che ci vede ridotte così?”... Che poi era tutto nella mia testa. Non so, non sembra molto normale, nel senso che è un po’ da fuori di testa perché poi magari la gente è anche presa dagli affari propri. Non so se mi sono spiegata” (Isabella, 50 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 110 kg, BMI 41).

“Tu immagina di pesare quasi duecento chili, di non vederti neanche le dita dei piedi quando cammini. Cammini in modo goffo perché ti devi portare un peso enorme e anche mal distribuito, per cui quando devi andare in giro ma neanche in spiaggia, ma, ma anche solo andare a far la spesa è normale di vedere le facce che ti guardano e commentano tra di loro dicendo: “Guarda che ciccione è quello”. Comunque sia dove non arrivano i gesti reali, quando non vedi la gente e non la senti fare commenti, te la immagini. Io nell’ultimo periodo capitava di andare in giro e ovunque mi giravo pensavo ci fosse chiunque che stava parlando di me. Per cui anche persone che stavano facendo gli affari loro e guardavano nella mia direzione io pensavo mi stessero giudicando. Proprio come se avessi le manie di persecuzione” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

In ultima analisi, si può dunque osservare che sebbene i rapporti con familiari, parenti e amici non siano immuni dalla condanna del soggetto obeso per il suo stato fisico, sono soprattutto i contatti occasionali e fortuiti con persone perlopiù estranee a rivelarsi particolarmente adesi a un modello d’interazione che riserva allo stesso un atteggiamento disprezzante e sminuente. In tali contesti è, infatti, più probabile che si manifesti nei riguardi dell’individuo obeso un approccio categoriale e stereotipato. Progredendo dalle relazioni più strette e confidenziali a quelle più anonime e distaccate, si può quindi notare una spersonalizzazione del soggetto obeso, vale a dire una progressiva ma inesorabile regressione della salienza

delle sue qualità più propriamente individuali a favore dell'avanzamento di rilevanza delle attribuzioni di senso negativo, pregiudizialmente conferite a quest'ultimo sulla base del possesso di una specifica prerogativa corporea socialmente stigmatizzata.

#### **4. Un corpo che allontana**

Come in parte annunciato nelle pagine precedenti, i diversi episodi di stigmatizzazione della condizione di obesità vissuti dagli individui intervistati non sono stati privi di conseguenze sul piano della materiale e pratica gestione della loro vita quotidiana. Stando, infatti, alle testimonianze raccolte, la condanna sociale di tale disposizione fisica – come peraltro già registrato nel merito dell'adolescenza – ha, infatti, avuto delle concrete ripercussioni sulle condotte esibite dai singoli interpellati. Più in dettaglio, tali soggetti hanno segnalato, innanzitutto, come proprio il timore di ricevere delle critiche, inerenti alla loro specifica condizione corporea, li abbia portati di frequente a limitare intenzionalmente il consumo di cibo alla presenza di altre persone, siano esse familiari, amici, colleghi di lavoro oppure sconosciuti. Dalle parole degli stessi intervistati si può apprendere, inoltre, come i fini di una tale condotta siano l'adeguamento del loro comportamento alimentare alle più desiderabili e condivise attese sociali circa lo stile nutrizionale cui un individuo obeso dovrebbe normalmente attenersi nonché la minimizzazione dei prevedibili rimproveri conseguenti a un loro mancato allineamento. In altre parole, la persona obesa, limitando il consumo di alimenti alla presenza di altri soggetti, restituirebbe, proprio a questi ultimi, l'impressione di preoccuparsi attivamente della propria forma fisica e di impegnarsi fattivamente nel proprio dimagrimento, riducendo altresì la possibilità di incorrere in sgradevoli dichiarazioni sanzionatorie. Tuttavia, è necessario precisare il carattere contingente di un tale comportamento, vale a dire la sua natura puramente di facciata, opportunistica e del tutto dipendente dalle situate aspettative interazionali. Tale condotta restrittiva, lontana dal costituire la diretta conseguenza di un reale proposito dimagrante, si dimostra essere, più esattamente, una messa in scena a scopo rituale. Non stupisce pertanto apprendere come, di fatto, le rinunce alimentari esibite in pubblico siano spesso anticipate oppure seguite dall'assunzione suppletiva e risarcitoria di cibo in privato. A proposito di quanto asserito, si considerino gli eloquenti e inequivocabili estratti d'intervista riportati nel seguito.

“Beh, a volte capita che, non so, sei a cena fuori e allora magari qualcuno ti ha appena fatto gentilmente osservare che sei ingrassata rispetto all’ultima volta oppure lo sai anche te che hai preso quei cinque, sei chili in più e allora, che so, portano i pasticcini e io dico: “No, grazie. Io il pasticcino non lo mangio”, perché sennò poi chissà cosa pensano gli altri. Però è una cosa che faccio perché penso a cosa possono pensare gli altri, che poi dicono: “Ci credo che è ingrassata! Guarda cosa si mangia!” anche se poi non è il pasticcino che ti fa ingrassare quella volta, è ovvio. Ma nell’ottica comune una persona sovrappeso dovrebbe sempre tenersi sul mangiare. Quindi non mi mangio il pasticcino, ma non per me perché voglio davvero dimagrire ma per gli altri, perché poi magari possono dire qualcosa. Perché poi da sola mi concedo ben altro, perché alla fine poi faccio quello che voglio. E allora appena arrivo a casa, che so, mi è rimasta la voglia di dolce qui e allora mi mangio un gelato, per dire, ma non pubblicamente davanti agli altri oppure per strada. Anche qui, sempre per lo stesso motivo. Sì, può capitare” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“Io mi ricordo praticamente quando alle scuole superiori, quarta o quinta superiore, praticamente uscivo da scuola, dovevo andare a prendere l’autobus e passavo davanti a questa pizzeria, focacciera, panetterie. Entravo e mi compravo sempre un pezzo di focaccia, anzi panfocaccia, e lo mangiavo con una foga impressionante perché dovevo arrivare alla fermata dell’autobus e averlo già finito perché lì avrei incontrato o mia sorella o le amiche di mia sorella, che poi prendevano lo stesso autobus mio e andavano fino a casa, e quindi non dovevo farmi vedere che io stavo mangiando la focaccia perché altrimenti mi avrebbero detto sicuramente qualcosa e poi l’avrebbero anche detto a mia sorella che l’avrebbe detto a mia madre che si sarebbe arrabbiata perché non dovevo mangiare quelle cose lì, soprattutto prima di andare a casa a mangiare, perché mia madre cercava di farmi un po’ tenere, di mangiare leggero a pranzo. Quindi forse inconsciamente, tutto questo era generalmente inconscio, perché sapevo, vedevo un po’ il mangiare quella focaccia come una cosa proibita, una cosa che non si deve fare, non dovevo farlo e ogni tanto capita, capita che attualmente questa cosa la faccio ancora. Anzi capita spesso che sono a pausa pranzo, vado a prendere da mangiare al bar e / torno in ufficio con il pranzo / (ridendo), perché vado a prendere il pranzo anche per altri colleghi e colleghe e mangiamo tutti insieme. Magari per loro mi chiedono di prendere una porzione di pasta, l’altro mi chiede la carne con le patate, solo che a me la carne con le patate non è sufficiente per saziarmi e quindi mi prendo anche un toast. Però il toast lo mangio nel tragitto tra la casa e l’ufficio, perché senno se sono lì è sicuro che mi dicono: “Eh, ma quanto mangi!” e siccome questo non mi va, diciamo che / me lo mangio di nascosto / (ridendo)” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“Il ciccione su quello che riguarda l'alimentazione è bugiardo, sia con se stesso che con gli altri, e vuole i suoi spazi e io voglio i miei spazi. Non voglio rendere conto a nessuno di quello che mangio, quando lo mangio e perché. Perché, beh, gli altri sapendo che hai questo problema si arrogano il diritto di dirti come fare. Quindi, non puoi mangiare, a meno che non sono con gli amici con i quali mangio quello che voglio e che non mi dicono niente e non mi sento minimamente giudicata. Ma con persone che conosci poco non puoi mangiare come mangi di solito, perché ti sentiresti doppiamente giudicata proprio perché sei un ciccione. Ti, mi spiego meglio: se un mio collega magro così si mangia dieci pasticcini, si prende a ridere, però se me li mangio io, non dieci, bastano due o tre, mi guardano e qualcuno anche mi dice: “Basta, cioè!”... Perché la gente anche prima di conoscerti bene si permette di dire... Quindi è questo che, ah! Noi ci sentiamo sempre giudicati... Sai quanti ciccioni prima di andare a cena mangiano a casa? Sì, anche io quando c'è gente che conosco poco o non conosco lo faccio! Perché so che non mi sazierei con quello che mangio per mantenermi al pari degli altri. Quindi, specie in occasioni di lavoro, dove appunto il giudizio è importante. Io quando vado in trasferta ho sempre con me la mia scorta di merendine. Che amarezza, ah! Sì, ce l'ho sempre in valigia: schifezze, merendine. Sì, perché non si sfasciano in aereo. C'è tutto un sistema di bloccaggio. Li blocco negli abiti e quindi anche nel posto più schifoso del mondo come possibilità di cibo eccetera, le merendine ci stanno sempre in valigia. Li mangio, specialmente prima di andare a cena. Perché a mezzogiorno riesco ad abbozzare. Si ride, si scherza, un po' di fatica magari con l'inglese se l'altro è un po' eh e poi la sera, magari in più non ho l'intimità del collega, sei in trasferta, i clienti, la gente esterna, no, non si può mangiare come a casa. Devi tenere un certo / contegno / (ridendo). E quindi io in albergo preparo il fondo, per una cena light. Che poi era una cosa che facevo anche da giovane. C'è stato un periodo che prima di tornare a casa mi fermavo, non so, alle sei e mezza, sette per darti un'idea, comunque prima di cena, mi fermavo a mangiare qualcosa. Dicevo ai miei che andavo in palestra, perché in quel periodo fra l'altro avevo anche avuto la brillantissima idea di iscrivermi in palestra. Ovviamente sono andata, ho fatto giusto un mese di palestra ma l'iscrizione in palestra l'avevo fatta annuale e non potevo dire ai miei che non ci andavo. Quindi, poi ora non sono più in grado di far quello, comunque allora mi portavo anche dietro la mia sacca della palestra per far vedere ai miei che andavo e invece mi fermavo a mangiare qualcosa. Poteva essere una focaccia o qualcosa e poi dopo tornavo a casa. Così avevo mangiato e avevo placato l'ira dei miei che erano contenti che andavo pure in palestra e non mi avrebbero detto un'altra volta le solite cose a tavola perché sarei stata più leggera, che so, magari mi accontentavo dell'insalatina e del petto di pollo e i miei avrebbero detto: “Va che brava, si è rimessa a seguire la dieta, va in palestra magari questa è la volta buona che ce la fa”... Ah, noi ciccioni siamo proprio capaci di cose, cioè, siamo davvero capaci di tutto, di costruirci di tutto” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

Di là di quanto esposto in merito alla condotta alimentare adottata in pubblico, gli intervistati hanno, inoltre, segnalato come lo stesso timore di ricevere delle critiche a sanzione della loro specifica dotazione corporea li abbia poi indotti sovente a sottrarsi, in modo altrettanto intenzionale, a diversi contesti d'interazione con gli altri. Attenendosi alle narrazioni, le persone obese sarebbe, infatti, solite evitare non solo e comprensibilmente quegli ambiti d'azione in cui il corpo viene a essere esibito nella sua parziale nudità, si pensi alle spiagge, alle piscine oppure alle palestre, bensì tutte quelle situazioni sociali contraddistinte dall'elevata possibilità per le stesse d'incorrere in commenti negativi. Come già osservato a proposito del manifestarsi durante la giovinezza di un orientamento alla limitazione delle relazioni con il gruppo dei pari, anche in questo caso ridurre le occasioni d'interazioni con gli altri, anticipando nei pensieri la condanna e il rifiuto altrui, consentirebbe all'individuo obeso sia di sperimentare una forma di controllo su una realtà sociale percepita come ostile e minacciosa sia di proteggersi, al contempo, dalle emozioni negative conseguenti a un vissuto stigmatizzante. Di fatto, come puntualizzato dagli stessi interpellati e illustrato negli estratti d'intervista presentati nel prosieguo, nello sviluppo e nel consolidamento di un tale atteggiamento e di un tale comportamento proprio i frequenti episodi di riprovazione sociale assolverebbero un ruolo determinate.

“Io ho spesso evitato di fare delle cose... Anche banali. Ogni volta era una scusa. “Oggi non sto bene, c’ho da fare, no non riesco”. Anche semplicemente, che ne so, la sagra campagnola al parco di Monza oppure che ne so, andiamo in un bar, andiamo in discoteca. Qualsiasi, anche eventi importanti. Se ci sono eventi, eh, li evito. A parte andare a scuola e a casa non ho mai fatto molto. Al massimo biblioteca. Anche adesso. Casa, università, al massimo vado a casa dei miei fratelli. Lo facevo e lo faccio apposta, forse perché non mi sono mai sentita adeguata. È anche vero che se cresci e ti fanno pesare come sei fatta. È anche vero che se tu esci in un gruppo di cinque o sei ragazze dove cinque sono in un modo e tu sei in altro poi il confronto ti viene da farlo, o almeno io lo facevo. E mi sentivo inadeguata quindi non uscivo... Il confronto, è quello... Vabbè, metti anche che usciamo, andiamo in questo locale e c’è qualcuno che ci guarda. A me non va di, non va che facciano dei paragoni, che dicano delle cose, tra me e loro, quindi non ci vado. Perché comunque capita spesso di sentirti guardata, è normale che la gente ti guarda se pesi centotrenta chili. A me non è che dispiace se io faccio i paragoni con loro ma se gli altri ci guardano e fanno paragoni con loro. Motivo per cui non ho mai accettato di andare a fare vacanze al mare con qualcuno o di andare ai parchi acquatici, cioè mi dava, mi da fastidio che gli altri possono guardarmi e fare

un confronto tra me e chiunque altro, cioè essere giudicata per il mio corpo” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Cerco di evitarle, cerco di evitarle sinceramente ma perché sono situazioni che non riesci... E quindi cerchi di evitare, non sai come comportarti, insomma. Certe cose, come dire la domenica d'estate a bordo piscina non le faccio. Se era questa / la domanda / (ridendo). Perché no, a parte che non saprei con chi farle al momento perché tutto sommato gli amici che frequento non hanno particolare... Non hanno un... Perché uno si deve sentire di fare, tutto sommato, non mi ci sento ecco! Come dire urta se vogliamo da un certo punto di vista una certa sensibilità estetica. È come quando vai al mare e ti vedi certe chiattoni in bichini, insomma una certe cose deve saperle indossare, deve saperle portare. Io non sono uno di questi quindi lascio perdere. Non ci saprei stare in costume da bagno. Perché dici, no, è più che altro una questione di retaggio, di background, perché comunque sono sempre stato una persona di peso. Che so, quindi poi finisce che alle elementari tu sei quello che lo prendono in giro perché sei quello grasso e poi alla fine quella sensazione di essere sempre osservato alla fine rimane quindi come dire, cerchi di non metterti al centro dell'attenzione se non in quelle situazioni in cui conta di più quell'aspetto di oratoria, più intellettuale, queste cose qua. Se devo fare una conferenza va bene, se devo andare in discoteca non ci vado, ecco! Ma forse non ci sarei andato comunque ma a maggior ragione voglio dire, dipende anche dal modo di vestire: dovresti metterti qualcosa di, di / più giovanile, di più colorato, di più aderente / (ridendo)! Che cazzo mi metto o no? Diventa una cosa, tutto sommato voglio dire, si cerca di, non voglio dire coprire il più possibile, insomma teniamo un aspetto dimesso che non dia troppo nell'occhio, ecco mettiamola così” (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“È imbarazzante dirlo ma mi imbarazza l'idea di stare in mezzo agli altri per la questione del fisico, della mia costituzione. Sì, ci sono situazioni dove temendo di essere al centro dell'attenzione, evitavo le situazioni tipo usciamo e non so, andiamo a ballare. Mi da fastidio, mi sento a disagio perché quando balli hai caldo, sei mezza scoperta e ti senti a disagio e così ti crei degli escamotages, ti crei delle scuse per non andare con quelle persone, che poi a volte se ne rendono conto e tu ti vergogni di dire il motivo per cui non vuoi andare... Capita... Mi è capitato recentemente di avere tipo, ecco una cosa che in generale mi, la riunione di famiglia! Dove vedi parenti che l'ultima volta che li ha visti pesavi venti chili in meno e subito che te lo fanno notare: “È ma come sei ingrassata, è successo qualcosa?”... Questa è una cosa che mi mette molto a disagio, mi urta i nervi moltissimo, cioè a parte che trovo che non sia molto delicato, cioè io non lo farei, sarà che io sono molto attenta a ste cose, molto sensibile da questo punto di vista e non lo farei. Però mi urtano proprio, così io evito di andarci e mi prendo parole: “Guarda com'è maleducata” diranno. Ma chi se ne frega, meglio evitare queste

situazioni” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“Ma per esempio non sono mai andato a ballare, per paura di avere problemi di discriminazione vocale, questa cosa qua se sei obeso frena tantissimo. Io non ho mai potuto frequentare quei posti in cui la gente si scatena, locali in cui la gente può divertirsi insieme ad altri, fare attività fisica, andare in piscina, il mare. Per me il mare è stato il sacrificio più grosso, perché al mare quando mi spogliavo ero un’attrazione circense se così si può dire. Tutti quanti a guardarti e così ho deciso di non andare più. Anche se per me se mi togli il mare mi togli un po’ di vita. Appena mi toglievo la maglietta tutti: “Guarda quello quant’è grosso, mi sembra un canotto, che schifo” e poi addirittura: “Ma come ha fatto la moglie a prenderselo?” e alla fine anche se i miei ci andavano gli dicevo che non potevo andare, ti inventi una scusa che poi tanto loro sanno il vero motivo e quindi poi non insistono più di tanto” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Le testimonianze appena riportate denotano chiaramente come i soggetti intervistati individuino nelle passate e potenziali esperienze di stigmatizzazione della loro condizione corporea il precipuo motivo che li avrebbe allontanati da tutti quei contesti d’interazione in cui il corpo e l’aspetto fisico sono soliti caricarsi di una particolare attenzione reciproca. La consapevolezza dell’individuo obeso di esporsi con una certa facilità, nel corso di tali circostanze, a un giudizio negativo lo avrebbe, di fatto, persuaso circa l’opportunità e la convenienza di una rinuncia a prendervi parte. Oltre ciò, pare poi rilevante sottolineare come in alcuni soggetti, contraddistinti più precisamente da un avanzato stato di obesità, il timore del biasimo altrui li abbia altresì convinti a eludere non solo quelle situazioni caratterizzate da una maggior rilevanza accordata al dato corporeo. Stando, infatti, ai loro resoconti, la possibilità d’incorrere nella condanna del loro stato fisico li avrebbe progressivamente indotti ad ampliare l’insieme delle circostanze da evitare, conducendoli alla sperimentazione di una compiuta quanto consapevole forma d’isolamento dal più generale ambito di vita sociale. Le preoccupazioni d’incrociare sguardi carichi di disapprovazione, d’imbattersi in aperte critiche verbali e di essere discriminati e rifiutati a causa della condizione di progredita obesità, divengono così il movente, secondo le narrazioni dei diretti interessati, per rifuggire il più possibile dalle interazioni con gli altri e trascorre la maggior parte del tempo libero all’interno del contesto domestico. A illustrazione di quanto segnalato si considerino i seguenti racconti.

“È il fatto di essere giudicato, giustamente e ingiustamente. Questo non faceva altro che amplificare in me stesso, questo mi portava a non voler più uscire per evitare di avere questa opportunità di gente che mi guardava. Ormai l’uscita di casa per me si era ridotta ad andare dai miei, dai miei suoceri, con grossi problemi comunque, perché la mia famiglia non si è mai tirata indietro di prendermi in giro o insultarmi per la mia obesità o mia madre mi guardava e piangeva, facendo finta di nulla pensando io non capissi. Quindi poi cercavo di evitare anche quello. E poi il lavoro. Il fatto di dovermi vergognare di quello che è il mio aspetto anche con i colleghi, per cui cercare di mantenere i rapporti pubblici, tra colleghi al minimo possibile, del tipo: “Buongiorno e buonasera”, perché comunque c’è sempre stato qualche collega che diceva: “Guarda che sei aumentato veramente tanto” ma erano frasi che non mi piaceva sentire perché ormai il lavoro era l’unica occasione di uscire e non volevo che perdessi neanche quello. Poi capitava che a volte nei weekend avevo la reperibilità. Questa era anche una scusa per dire a mia moglie: “Guarda che questo weekend non usciamo che sono reperibile” pur sapendo che per me non era un problema perché avrei potuto collegarmi con una chiavetta da ovunque. Alla fine era solo una scusa per non uscire di casa e vedere altra gente” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Io ho sempre avuto il problema, la consapevolezza di essere fuori misura, ecco. E tante volte quel fuori misura mi ha condizionato con la gente. Ecco, sempre come pensieri magari di andare in un posto e quelli che c’erano mi avrebbero guardata perché grassa. Anche quando ero giovane, li ho sempre fatti, per carità, ma non come adesso. Adesso evito proprio anche di uscire di casa, di andare con mio marito in certi posti perché mi sento una cosa esagerata, ho vergogna. Non so, non dico di andare a farsi un weekend al mare ma anche solo la domenica di uscire per andarsi a bere un caffè con le amiche, di andare a qualche cena di mio marito con i suoi colleghi, di conoscere gente nuova, e cose del genere. Potrei anche fregarmene, non è che io sono quello che sono esteriormente. Potrei anche conoscere delle persone e trovarmi bene, essere ben voluta, piacere lo stesso. Non è che vado a una cena di colleghi di mio marito perché voglio piacere ai colleghi di mio marito, ma mi vergogno perché la mia non è una condizione normale, standard di tutti. Anche in ospedale, ci sono delle colleghe che organizzano, non so, una cena, le cose così tra colleghe. Ma anche lì di robuste, non è che siamo in trenta, saremo in cinque su ottocento dipendenti. Non mi va, non so se riesci a capire. È un disagio che senti quando sei in giro e vedi che le altre persone ti guardano, oppure la battuta sul fatto che sono grossa, sul cosa mangi, cosa non mangi, che ci scappa sempre, anche così sul ridere. Ma perché io non posso essere libera di, non so, di mangiarmi una pizza ai quattro formaggi? O farmi un aperitivo e mangiare due patatine con mio marito? Mi chiedo queste cose. Non so se uno che sa di essere brutto forse può provare la stessa cosa” (Isabella, 50 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 110 kg, BMI 41).

“Diciamo che da quando sono così ho smesso di uscire di casa. Ho detto: “Sono una balena, non esco più di casa”. Da lì fino ad adesso [...] Ho cercato di uscire il meno possibile. Diciamo che all’inizio evitavo di uscire, non so, a cena con gli amici, che magari c’erano quelli che non ti vedevano da un po’ e non mi andava. Poi pian piano anche tutto il resto. Per farti capire ora se devo portare la bambina a scuola va mio marito. Per andare al lavoro esco, per andate a fare la spesa, per andare a fare commissioni, anche lì se posso evito e mando mia mamma o mio marito o se proprio devo andare però non vado alle cinque a fare la spesa perché so di poter incontrare qualcuno che conosco. Anche andare in posti affollati, matrimoni, comunioni, battesimi. No! Mi sono persa tutti i battesimi dei miei nipoti, i figli di mia sorella, perché comunque non mi sentirei bene in quelle situazioni. Non mi va che gli altri mi vedano e magari dicano: “Guarda quella come è diventata”. Non mi va da un bel po’! Portare la bambina dal pediatra sì, ma il resto ho sempre evitato per questo motivo” (Stella, 27 anni, piercer, peso massimo raggiunto 100 kg, BMI 46).

“In generale mi, fatico proprio ad andare a fare incontri nuovi, stare in mezzo alla gente che conosco poco. Primo perché so che ogni volta...Vabbè, c’è la prima ora di giudizio, di pregiudizio. Il più lontano mi fai stare dalla gente, meglio è! Ormai son diventata, che non lo sono di mio, perché a me piaceva tanto stare con la gente, divertirmi, ma il fatto di dover, ormai non lo reggo più, a trentaquattro anni, non lo reggo più. Non ho più voglia di avere delle grandi gite dove si dorme in cinque a scacchiera per terra, non ho più voglia delle grandi campeggiate dove si sta in campeggio, si sta tutti insieme. Ecco, non ho proprio voglia di stare in mezzo alla gente, fare le vacanze anche con gente che non mi conosce, gente che ti vede, ti squadra e ti giudica perché sei cicciona, perché quello fanno! Lavoro, perché a quello devo andare per forza per campare, e anche lì cerco di starmene per conto mio, non vado neanche più in mensa a mangiare per non dover incontrare i miei colleghi e scambiarci quattro chiacchiere, poi casa e letto. Se non ho voglia non ho voglia! C’ho i mie pensieri, i miei ricordi, mi trovo bene docciata, col mio pigiama, magari mangiando qualche dolcino a letto e andare a letto. Evito anche di uscire con gli amici, perché, io anche alle cene non partecipo mai, a meno che non sia in trasferta e allora, ma anche quando vado in trasferta, ma anche se viene un cliente o in altre sedi, raramente vado alle mense. Per fare la passerella di fronte agli altri colleghi? I miei colleghi sono felici di incontrare, di fare, io per la carità! “Ci sono certe altre attività da fare” mi dicono, ma io a cene aziendali? Per la carità del cielo! Anche perché loro vedono, chi non ti conosce vede e nessuno ti dirà: “Minchia come sei grassa!” anche se tutti lo pensano e tutti quando passi lo dicono, e li senti anche! No, è una cosa che non posso più tollerare. L’ho fatto troppi anni, adesso basta. Far finta di fregarsene è la cosa peggiore che io, io adesso non son più capace. Prima facevo finta di fregarmene, ora te l’ho detto, non ho più voglia di essere giudicata, non ho più voglia di dare agli altri la possibilità di parlare male su

di me o di dirmi certe cose. Questa è la mia vita e ora preferisco così” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

In relazione alla marginalizzazione, può essere poi segnalato che tre dei quaranta individui interpellati, anch’essi in avanzato stato di obesità, abbiano altresì rivelato di aver sperimentato nella propria esistenza uno stato di autosegregazione e di alienazione dalla realtà sociale persino più estremo della forma d’isolamento sopra discussa. Tali soggetti hanno, infatti, affermato come nel corso della prima età adulta fossero soliti passare la quasi totalità della giornata all’interno delle loro abitazioni, sovente dormendo per buona parte di essa e rimanendo, al contrario, svegli durante la notte. Oltre ciò, gli stessi individui hanno, inoltre, aggiunto di aver limitato in tali periodi in modo del tutto intenzionale i contatti interpersonali di tipo diretto e di aver, invece, fatto largo impiego di mezzi di comunicazione virtuale, quali le chat-line e le trasmissioni in radiofrequenza. Stando alle testimonianze degli interessati, all’origine del costituirsi di tale condizione di vita vi sarebbe stata l’accertata sperimentazione di un profondo disagio psicologico. Tuttavia, è opportuno chiarire come nell’insorgere e nel protrarsi di tale malessere, la condanna sociale e il conseguente senso d’inadeguatezza personale e sociale vissuti dal soggetto obeso, quandanche non possano essere ritenuti le principali cause determinanti, non possono nemmeno essere considerati totalmente estranei. Si potrebbero invero reputare la stigmatizzazione dell’obesità e i suoi pervasivi effetti, tanto a livello personale quanto sociale, come dei fattori predisponenti, ovvero che facilitano il precipitare nel disturbo del singolo individuo e ne modellano al contempo la sua precipua espressione. A riguardo si considerino i racconti che di queste esperienze ne offrono gli stessi soggetti loro malgrado protagonisti.

“C’è stato un periodo in cui sono stata anche male non fisicamente, di testa. In cui mi sono staccata dall’università e mi sono chiusa in casa. E poi avevo degli orari strani, avevo preso il fuso orario di New York. Perché dormivo la mattina ed ero sveglia la notte [...] Io mi ricordo il primo anno di università in cui mi sentivo inadatta, non mi piaceva per niente l’ambiente dell’università, la mia classe. Mi sono sentita giudicata per il mio aspetto estetico e tutto quanto. Conta poi che io ho finito il liceo che pesavo cento chili. Considera che in un anno ne avrò presi almeno venticinque, cioè proprio durante il primo anno che ho studiato, perché a mangiare sempre fuori, al bar e la sera non avevo voglia di cucinare quindi vai di pizza o di kebab quindi mangiavo praticamente solo molti carboidrati. Eh, niente, ho incominciato a stare sempre più in casa. È una cosa che è successa così, dall’oggi al domani, io non mi ricordo neanche bene quando è iniziata. Mi ricordo

che ero all'inizio del secondo anno, non mi ricordo neanche bene cosa pensassi in quel periodo. Ho iniziato, ho iniziato a stare in casa, non uscivo, non andavo in università, solo mangiare, vedere solo il computer, piuttosto che serie televisive, stare ore e ore al computer a chattare e mi sono allontanata dal mondo reale [...] Tre anni sì, ero a casa sul divano, punto! Infatti, quando ripenso a quel periodo non penso a me come me. Come se fossi stata un'altra. È stato dai ventuno ai ventiquattro, venticinque. Tre anni, a casa sul divano. Avevo smesso di andare all'università, di fare esami e ovviamente i miei tutto questo non lo sapevano. Io gli dicevo che frequentavo, che facevo gli esami e tutto ma la verità l'hanno scoperto solo dopo, quando mi sono decisa di parlargli della situazione perché tutte le bugie che gli avevo detto sull'università a venticinque anni, quando saresti dovuta essere già bella che laureata da un pezzo, poi non stanno più in piedi" (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

"Ma diciamo che negli ultimi otto, dieci anni ci sono stati periodi anche di una vita sregolata, del tipo che dormivo di giorno e stavo sveglio di notte. C'erano momenti in cui non studiavo, smettevo di andare in facoltà e allora mi prendeva di fare quella vita. Anche per mesi. Stavo sveglio la notte, stavo sul computer con le chat e poi perdevo il senso del tempo e prendevo sonno la mattina e poi dormivo fino al pomeriggio, alle cinque, alle sei. E diciamo che era un meccanismo difficile da interrompere una volta che prendi quell'abitudine. Poi senza accorgermene con quella vita mangiavo anche di più, bevevo molte bibite, pizza, kebab. Mi piaceva cucinare ma poi eh, non avevo più voglia di cucinare e finivo che mangiavo da asporto. Una vita completamente sregolata. E da qui è nata una dieta completamente sregolata. Poi con la psicanalisi è venuto fuori che io avevo paura del giorno perché il giorno rappresentava la vita, rappresentava tutti i problemi che dovevo affrontare, che dovevo prendere in mano, anche il fatto che mi ero molto ingrassato anche se già prima non ero mai stato un figurino ma negli ultimi anni avevo messo su molti chili e quindi preferivo vivere la notte che tutto era nel buio, non si vede niente, puoi fare tutto quello che vuoi senza interazioni con gli altri, anche stare al computer senza interazioni vere, reali dove non devi preoccuparti che sei ingrassato. Insomma, questa è stata la spiegazione dello psicologo che sinceramente condivido perché quella vita era uno scappare dalla realtà. E questa vita l'ho fatto fino a non molto tempo fa, anche fino a Natale. Perché poi negli ultimi tempi non riuscivo a trovare un lavoro. Diciamo che avevo dei periodi in cui mi riprendevo e poi avevo dei periodi in cui la riportavo alla notte. Alternavo anche all'interno della settimana, giornate e nottate in cui ero sveglio. Una vita completamente sregolata" (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

"Io per anni ho evitato il contatto con gli altri, mi nascondevo anche perché quei rari amici che avevo la battutina ci scappava sempre e allora a un certo punto evitavo. Avevo poi solo una coppia che veniva a portarmi fuori di casa una volta

ogni tanto. “Cosa ci fai sempre chiusa in casa? Vieni fuori! Andiamo a mangiare una pizza, paghiamo noi!” dicevano per portarmi fuori di casa. Io invece volevo stare in casa, mi sentivo protetta, stavo bene e avevo anche smesso di cercare un lavoro, mi inventavo scuse proprio per la paura di uscire, di farmi vedere. Diciamo che ho passato così i miei vent’anni, che poi mi svegliavo tardi perché la notte parlavo alla radiotrasmittente con le persone che sentivano solo la voce e si immaginavano che fossi chissà chi e / invece ero tutt’altro / (ridendo). E le giornate passavano in fretta senza fare niente. Mangiavo, dormivo, magari facevo le faccende di casa. Stavo in pigiama e aspettavo mia madre che tornava dal lavoro. Ho fatto così quattro, cinque anni. Sì, lo so che quella a raccontarla non sembra una vita, una vita normale ma io l’ho fatta e mi piaceva perché era meglio di uscire di casa quando sei grassa” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

## **5. Conclusioni**

Riepilogando quanto discusso in queste ultime pagine, può essere innanzitutto ribadito che le testimonianze raccolte attestano come gli episodi di stigmatizzazione dei soggetti per il possesso di un corpo obeso siano particolarmente ricorrenti e condizionanti anche in età adulta. Lo stato di obesità costituisce sovente tanto un motivo di disapprovazione per familiari, parenti, amici e conoscenti quanto la ragione di un trattamento pregiudizievole e discriminatorio all’interno dell’ambito medico, in quello lavorativo nonché nei negozi di abbigliamento. La deplorazione e la condanna della medesima condizione corporea è poi segnalata giungere di frequente anche da persone sconosciute, specie giovani ragazzi, e dai bambini, nell’alveo dei più disparati spazi pubblici.

Dalle narrazioni è poi possibile evincere che proprio un tale vissuto induca conseguenze piuttosto rilevanti sulla condotta di vita degli individui obesi e, più in particolare, sul loro modo di rapportarsi con gli altri. Nell’esplicito tentativo di compensare il deficit rappresentato dall’obesità nelle relazioni interpersonali, numerosi intervistati hanno, infatti, dichiarato sia di manifestare una spiccata propensione ad assecondare le attese altrui, mostrandosi eccezionalmente disponibili, premurosi e sensibili nei confronti degli altri, sia di dare prova, con altrettanto zelo, di cordialità, di giovialità e persino di giocondità, non senza ostentare un atteggiamento autoironico verso se stessi e il proprio stato fisico. Oltre ciò, al fine di conformarsi a un comportamento socialmente desiderabile così da eludere eventuali sanzioni, gli interpellati hanno inoltre asserito come siano adusi osservare in pubblico uno stretto contegno nei confronti del consumo di

cibo. Infine, merita di essere ricordato come il disagio derivante dalla stigmatizzazione dell'obesità abbia altresì condotto gli stessi soggetti a evitare in modo del tutto intenzionale e sistematico diversi luoghi e contesti d'interazione nonché a optare, in taluni momenti della vita, per una più o meno ostinata forma di autosegregazione dalla realtà sociale circostante.

# **Il peso del corpo**

## **1. Il vissuto corporeo**

Come sinora illustrato, per il gruppo di soggetti intervistati l'obesità è stata sovente motivo di condanna, d'isolamento e di discriminazione. Dall'infanzia all'età adulta, dalla scuola al lavoro, dalle amicizie ai rapporti affettivi più profondi, tale disposizione corporea ha costituito, nei fatti, un elemento di forte condizionamento e limitazione. Stando quindi ai risultati della ricerca, l'obesità si è dimostrata in grado di far sperimentare a tali individui un acuto senso di difformità e d'inadeguatezza nel più generale ambito delle relazioni con gli altri. Tuttavia, i resoconti esaminati dalla presente indagine pongono in luce come, di là dalla stigmatizzazione sociale dell'obesità, i soggetti interpellati debbano fisicamente e materialmente fare i conti con un corpo dalle forme e dal peso indubitabilmente atipici e peculiari. Un corpo obeso, in virtù delle sue dimensioni e del suo stato ponderale, appare, infatti, influenzare di per sé e sotto diversi aspetti la concreta esistenza dell'individuo che ne fa diretta esperienza. Le pagine che seguiranno saranno dunque dedicate a esplorare il vissuto corporeo di tali soggetti. In altri termini, si tenterà di dare conto della complessa esperienza che le persone intervistate vivono in quanto dotate di un corpo obeso.

A riguardo, può essere fin d'ora segnalato che la valutazione estetica appaia particolarmente rilevante nell'informare lo specifico rapporto intrattenuto dall'individuo obeso con il suo corpo. Le anomale e caratteristiche forme fisiche conseguenti all'obesità sono esperite come estremamente penalizzanti sul fronte estetico, traducendosi spesso in un accentuato sentimento di disaffezione corporea. In aggiunta, anche le limitazioni all'efficienza organica associate alla condizione fisica di obesità sembrano condizionare fortemente il peculiare vissuto corporeo del

soggetto in tale stato. L'obesità implica, infatti, un deficit nella funzionalità motoria e nel benessere dell'organismo, il quale induce a sviluppare un pervadente senso d'insofferenza e di frustrazione nella persona da questa interessata. Peraltro, a ciò vanno poi sommati gli effetti nocivi derivanti dall'inadattabilità delle dimensioni e del peso del corpo obeso alla più generale organizzazione dello spazio fisico in cui l'individuo in tale condizione si trova a interagire. Dalle interviste raccolte si può dunque apprendere come il soggetto obeso possa non solo sperimentare un senso d'avversione verso la sua dotazione corporea ma altresì impegnarsi in un profondo lavoro di rivisitazione della sua quotidiana prassi di vita, al fine esplicito di supplire a quell'inevitabile perdita di *agency*, vale a dire a quell'avvertito calo delle sue potenzialità e delle sue capacità di compiere azioni, attuare propositi nonché di controllare eventi, cui il suo stesso stato fisico lo sottopone.

## **2. L'insoddisfazione estetica**

Dalle testimonianze esaminate nel corso dell'indagine emerge che i soggetti obesi abbiano una considerazione fortemente negativa della loro immagine corporea. Più in particolare, gli intervistati argomentano a proposito come la loro obesità sia, di fatto, alla base dell'insoddisfazione estetica avvertita verso il loro aspetto esteriore. Peraltro tale percezione della figura corporea non mostra sensibili variazioni a seconda del sesso, dell'età, del profilo socioculturale e del grado di obesità del singolo. Tutte le narrazioni segnalano, infatti, una netta svalutazione estetica e una sentita disaffezione dell'interpellato per ciò che attiene il suo corpo e la sua immagine. Non uno degli individui interrogati asserisce o manifesta, invero, una seppur minima soddisfazione o almeno una certa indifferenza rispetto alla sua condizione fisica; piuttosto è possibile rilevare in modo omogeneo all'interno dei resoconti raccolti la pressoché univoca mancanza di accettazione e di compiacimento estetico dell'intervistato verso la sua forma esteriore.

Tuttavia, nei racconti resi dagli stessi soggetti interpellati è altresì chiaramente riconoscibile come la condizione di obesità, con il suo portato svalutante, non si limiti a informare unicamente il rapporto intrattenuto con la sola estetica corporea. Stando alle testimonianze, la disaffezione per la propria configurazione fisica si tradurrebbe, infatti, in uno stato di profondo disagio, comportando delle conseguenze negative sul più generale vissuto sperimentato dalla persona obesa. Più in particolare, l'insoddisfazione per

la propria immagine esteriore, attenendosi agli individui intervistati, eserciterebbe importanti effetti sfavorevoli il mantenimento di adeguati livelli di autostima nonché di fiducia e di sicurezza in se stessi. Nel singolo soggetto, il disagio connesso al giudizio negativo per la forma esterna assunta dalla propria soggettività viene così a compromettere, di fatto, il più complessivo e intimo concetto di sé. La svalutazione pare dunque trasmettersi all'interezza della persona, interiorizzandosi e permeando la sua più profonda identità individuale. Ancora una volta è necessario considerare come nelle narrazioni siano particolarmente ricorrenti i riferimenti a quel senso d'inadeguatezza nutrito nei riguardi del proprio corpo e del più generico concetto di sé, già lungamente discusso nelle pagine precedenti. Nel merito, si valutino con attenzione alcuni estratti d'intervista riportati nel seguito.

“Io fisicamente non mi piaccio. Il viso, la pancia, le gambe. La pancia perché è grossa, è sporgente. Mi vedo questa pancia da cuoco che aumenta. A me da fastidio. Le gambe pure e il viso. Mi da fastidio allo specchio vedere che il mento è sempre più grosso, quelle cose lì. Il grasso, vedere di essere ingrassati. Però ti dà un senso di interiorità. Cioè, non è solo una cosa fisica anche perché poi ti dà fastidio, quando ti vedi da fastidio, quello del viso è la cosa peggiore forse perché è anche la parte che ti vedi di più. Ma poi no, è un po' tutto: le gambe, la pancia, quando vai in giro ti danno fastidio, te le vedi. A stare anche seduto vedi che sono più grosse. Nel senso che le vedo... Sono inguardabili e ti fanno stare male non solo fuori, per come un altro ti può vedere ma anche... Dentro, dentro di te ti senti che non sei a posto. Mi vedo inguardabile. Penso proprio che sì, credo che c'entri anche la stima, che non ho stima per via del mio corpo, come dire? Di come sono. È una catena. Sicuramente per accettarmi, per aver più autostima e sicurezza di me dovrei essere più magro, nel senso che essere grassi non ti aiuta in questo ma ti, ti affossa. Più ingrassi più ti vedi male e più cala la stima che hai di te” (Andrea, 25 anni, cuoco, peso massimo raggiunto oltre 75 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Obbiettivamente diciamo che mi guardo allo specchio e mi faccio abbastanza schifo. Non è un discorso di peso in chilogrammi anche perché la bilancia l'ho sempre usata raramente, mi vedo, cioè è un discorso estetico, ancora adesso che ho perso peso non posso dire di vivere bene il mio corpo, di essere minimamente contenta. Con il mio corpo mi sento inadeguata, mi sento fuori posto in tutti i modi. Non mi sono / mai, mai, mai / (tono cantilenante) piaciuta. Nemmeno una volta. Nel senso che anche solo nel comprare qualcosa: i pantaloni. Li ho sempre presi lunghi, larghi, deformati di modo che non, adesso forse mi rendo conto che mi stanno anche peggio, però se qua si usava il burka per me non sarebbe stato male perché tanto è bello coprente, comodissimo, fantastico da questo punto di vista. Più è coprente, più posso nascondermi, più sono contenta. Perché a me non è mai

piaciuto il mio corpo. Ho sempre cercato di nascondere dalla vita in giù: il sedere, le gambe, la pancia. Che poi cosa devi nascondere? / Che tanto come sei fatta si vede / (ridendo). Però io lì vorrei essere almeno la metà. Così non mi sono mai sentita a posto, a mio agio. In generale poi io sono un tipo ansioso di mio anche su stupidate e pensare al mio corpo mi ha sempre messo anche più ansia di quella che avrei già avuto di mio. Me la vivo male, mi faccio un sacco di problemi in anticipo, del tipo che il momento di ansia massima c'è prima, quando devi pensare a cosa metterti per coprirti il più possibile... Mi sono sempre fatta un sacco di problemi. Ti ripeto mi sono / sempre, sempre, sempre / (tono cantilenante) fatta piuttosto schifo... E il fatto di non stare bene, di non vedermi bene mi ha condizionato molto, nel senso di tutte le mie ansie, le mie insicurezze. Perché se tu non stai bene con te non puoi stare bene nemmeno con gli altri. Il fatto che per anni sono stata sotto il burka, capisci? E invece io non sono così, così chiusa, non sono la persona che sono, che non parlo con nessuno. Sono più espansiva e invece mi sono messa nell'angolino ma io non sono mai stata così anche se mi comporto in quel modo... Vabbè non sono molto brava a esprimermi. Non sono quella mummia in un angolo che ho sempre fatto. È più un discorso di stare bene con te stessa che di peso, però il peso c'entra perché se non fossi stata così probabilmente avrei vissuto con meno ansie, non mi sarei fatta sfuggire tante occasioni, anche banali. Niente di particolare, però il fatto di aver passato degli anni con delle ansie, con dei problemi che erano dentro di me per come sono fatta mi ha condizionato. Sarebbe ipocrita dire che il peso non mi ha condizionato, altrimenti non mi sarei messa sotto il burka io stessa, come persona intendo" (Alessia, 31 anni, architetto, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

"Per il mio corpo ho sempre provato imbarazzo, imbarazzo sicuramente... Mi facevo schifo, diciamo proprio le cose come stanno, non usiamo mezze parole. Mi facevo schifo. Spesso mi vedevo ridicolo, ridicolo, ecco. Sicuramente la pancia, il petto, i fianchi, ma un po' tutto quanto diciamo. Le braccia, le braccia, le gambe e il viso non sono mai stati esagerati, non mi sono mai reputato brutto di viso. Il mio corpo invece assolutamente. Le parti che non mi piacevano di più erano la pancia, tutto l'addome, i miei fianchi. Fondamentalmente io ero grosso sopra, sì, vabbè, io avevo anche il mio bel sederone però era la parte che mi preoccupava di meno. La cosa di primo impatto erano pancia, fianchi e petto. Alla fine sembravano veramente delle mammelle. Questa cosa non l'ho mai accettata, e ancora adesso è una cosa che mi crea imbarazzo perché comunque anche ora che sto dimagrendo qua la pelle ha ceduto, insomma non sono ancora apposto... Non so, io personalmente da obeso mi sono sempre sentito inadeguato. Mi sono sempre sentito goffo e solo ora con il dimagrimento sinceramente mi sto sentendo un po' meno in imbarazzo e un po' più sicuro di me. Perché alla fine queste cose ti lasciano degli strascichi, intendo sulla tua personalità. L'obesità non è solo un qualcosa del corpo. Almeno per me mi ha sempre reso molto insicuro. È normale! Perché non puoi puntare sulla tua immagine che fa schifo, ti manca quel tassello lì

e questo pesa nel rapporto che hai con te stesso. Ti guardi, non ti piaci, non hai stima di te e questo è un dato di fatto. Infatti, anche adesso che sto dimagrendo io so che dovrò lavorare tanto anche su me stesso, su come mi sento perché io non mi sento dentro di stare cambiando. Cioè, un po' sì ma non alla velocità con cui cambio fuori. Ho ancora tutte le mie insicurezze legate alla pancia, all'obesità. Forse ci vuole del tempo, non è che una vita, così la cancelli da un giorno all'altro. Anche perché io con l'obesità ci sono cresciuto e questa si può dire che mi ha formato appunto nel carattere, nelle mie debolezze e queste non lo cambi dall'oggi al domani" (Diego, 37 anni, biologo nutrizionista, peso massimo raggiunto 121 kg, BMI 39).

"Un po' di insoddisfazione c'è sempre stata, poi ingrassando l'insoddisfazione è cresciuta, è logico. Mi guardavo allo specchio e non mi piacevo, anche perché io non è che ero / un po' rotondina / (ridendo). A quel livello a cui ero arrivata per me il mio corpo, la mia persona mi era proprio insopportabile, intendo guardarmi allo specchio, andare in giro con quella pancia, con quel culone... Era gonfia di gambe, con tutti i rotolini sulla pancia, avevo due braccioni. Ah, cercavo di guardarmi il meno possibile. No, la situazione era drammatica / non mi piacevo / (ridendo). Per me c'erano giorni in cui, non so come spiegarlo, però ti vedi brutta, ti fai schifo e l'umore ne risente. Non stai bene con te stessa e non stando bene con te stessa l'unica cosa che vorresti fare è chiuderti in casa, che poi non risolti nulla. Non so per gli altri ma io ho vissuto proprio credo un disagio nei confronti del mio corpo da obesa. Magari ci sono anche delle persone che dicono di sentirsi bene così ma io non ci credo tanto. Io stavo male, non perché mi vedevo poco carina o comunque non più fresca come quando avevo vent'anni. Io mi vedevo proprio una cosa informe, che non so neanche come definirla. Cioè, io non mi guardavo per farti capire proprio perché non mi accettavo. E quando lo facevo era dura. Ti fai schifo come persona, ti chiedi come hai potuto diventare così... Ti cambia. Ti cambia anche come sei, il tuo umore. Non sei una persona, non dico felice, ma che si sente a suo agio. Dal punto di vista proprio dell'equilibrio con te non sei a posto. Io credo nel mio caso ci fosse proprio anche una componente, a un certo livello credo sia inevitabile caderci dentro, un problema di amore e di rispetto verso se stessi e verso gli altri che quando sei conciata in certi modi è inevitabile che subentri. Non so, di te come donna, come madre, come figlia, come moglie. Capisci? Non volersi bene. Se non ci passi è difficile da capire. Per cui l'obesità non è solo una cosa del corpo ma una cosa tua, di come ti senti che a volte il corpo in confronto a cosa provi è ben poca cosa" (Annalisa, 40 anni, mediatrice culturale, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

Come illustrato dalle parole appena riportate, si può affermare che le persone obese intervistate dimostrino, nei riguardi del proprio stato fisico e in relazione alla propria condizione ponderale, un giudizio fortemente negativo finanche un autentico senso di ripulsa. Oltre ciò, è possibile,

inoltre, asserire come tale considerazione estetica non sia esente dal comportare delle precise conseguenze sulla più complessiva identità individuale. Se il corpo si mostra invero un elemento particolarmente rilevante nella percezione della soggettività, l'insoddisfazione nei confronti del dato fisico non può dunque lasciare indenne il più intimo concetto di sé.

Approfondendo poi la disamina della disaffezione corporea espressa dai soggetti interpellati, merita di essere precisato come, dal punto di vista estetico, a risentire negativamente della condizione di obesità siano il più delle volte diversi distretti corporei. Attenendosi alle testimonianze raccolte, sono, infatti, le più generali dimensioni assunte dal corpo e dai suoi diffusi accumuli adiposi a statuire la sua sgradevolezza. Nella maggioranza dei casi esaminati e come peraltro anticipato dagli estratti richiamati in precedenza, è quindi la più complessiva figura corporea anziché singoli elementi presenti in essa a determinare la sopracitata insoddisfazione e a comportare altresì il relativo senso di disagio. Tuttavia, si può segnalare come la maggior parte degli intervistati abbia comunque lamentato una spiccata disaffezione per l'addome. La pancia, usando il termine più frequentemente impiegato dagli stessi interpellati, ha, di fatto, rappresentato la parte del corpo su cui si è concentrata la maggioranza delle dichiarazioni d'insoddisfazione rese nel corso delle interviste. Si valuti a proposito quanto sostenuto da alcuni individui interrogati.

“Ecco se devo essere sincera non c'è proprio una parte anche perché / si è salvato ben poco / (ridendo). Però, ultimamente devo dire che non riesco neanche a vedermi allo specchio per via di questo mega-panzone... No, no, non mi piacevo. Sai che io proprio non mi potevo vedere più? / Mi vedovo un cesso / (ridendo). No, ma veramente, non mi piaceva vedermi, mi, mi ero messa in testa questa cosa del pancione e, no ma perché vedi, ecco, una cosa che dico sempre è che se hai il pancione così grosso tutto quello che ti metti ti sta attillato, ti tira sulla pancia. Noo, mamma! È davvero inguardabile! Le mie gambe con tutti i mega-buchi, io le vedo, so che ci sono, però non le vedo come la pancia. Cioè, so che sono enormi e con tutti i buchi, so che sono in condizioni pietose, però non mi fanno lo stesso effetto che vedermi questa pancia. È strano, neh? Io personalmente questi centotrentanove chili me li vedo sulla pancia / ma so che non è così eh / (ridendo)... Mamma mia, se mi metti allo specchio io lo vedo, vedo che non è così, non sono scema però questo pancione. Pensa: volevo proprio calare così a luglio-agosto potevo mettermi i vestitini e mi tiravano di meno / sulla pancia / (ridendo). A me da proprio fastidio, è un disagio avere tutta sta pancia qui” (Daniela, 39 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 139 kg, BMI 52).

“Beh sicuramente la pancia. Che poi ripeto sei tutto grosso, anche il collo e la faccia ti si gonfia. Però se devo pensare a una parte del corpo la pancia, almeno per me, è sempre quella che ti dà più fastidio. Poi quando ingrasso sì, onestamente tanto tendo a mettere anche sui fianchi, di gambe non sono enorme, anche perché con un pantalone nero è bello che risolto il problema. Il mio problema invece è sempre stata la parte alta perché fai più fatica a nasconderla. È quella che mi ha creato problemi, che mi crea problemi. Per dirti: io fino a qualche mese fa, che sono andato a una cena della ditta, anche perché sai con la tua compagna e la bambina alla fine non esci mai e sono anni che non mi compravo qualcosa, e alla fine sono andato con una camicia e un maglione nero che comunque cercava di coprire, di coprirmi un po' la pancia. Però comunque ero grosso, ero centodieci chili. C'era ben poco da nascondere... Non trovavo niente che mi facesse sembrare più magro, sopra la camicia ci ho messo una maglia a v. Era una cena elegante e non potevo andare sportivo. Bene o male lì puoi giocarci con le felpe... Sì, il mio problema è sempre stato il sopra, perché il sotto più di tanto riesci a nascondere. È il su che fai più fatica a coprire. Infatti è sempre stata una tragedia. Eh, anche adesso che mi vedo più magro le gambe, però la pancia rimane e si è smollata molto e quella è difficile da mandare via perché essendo arrivato a centosei ce ne vuole di tempo. Mi vedo ancora grosso a petto nudo, però se sono con la maglietta che la copre mi vedo già meglio. Che poi devo dirti che devi vederti sempre sul fianco, perché davanti ancora ancora, ma se ti metti sul fianco eh, lì sono ancora bello largo... Non ce n'è! Io ho tanta pancia da sempre, ma questo fin da piccolo. Ricordo che mettevo le felpe più grandi per nasconderla. Per dirti, io andavo alla scuola media con la fascia per stringerti, era la pancera di mia madre. Era di mia mamma, la usava lei, gliel'ho fregata e mettevo la sua. La mettevo proprio perché già all'epoca, ed ero già tutto bello grosso, ero quasi cento chili, la pancia mi dava fastidio e quindi niente: usavo maglioni grandi e la pancera per stringere la pancia, soprattutto in estate. E poi anche al mare stavo sempre con la maglietta, nel senso che se dovevo fare il bagno ok, me la toglievo, però per stare in spiaggia che mi vergognavo la mia arma era la maglietta, la maglietta” (Claudio, 38 anni, operaio, peso massimo raggiunto 106 kg, BMI 34).

“Beh, non c'è una parte in particolare anche perché non c'è una che mi piace. / Faremo prima a dire... Mi piacciono solo le mie mani / (ridendo)... Decisamente, non ho mai... Forse la pancia è quella che mi piace meno ma non, non è che il resto è un grande spettacolo. Però forse la pancia poverina, è davvero enorme, è piena di smagliature, è rovinata in un modo tremendo. Per il resto, però non mi sono mai fissata su una cosa da dire: “Non mi piace quello”. È il tutto che stona, per cui... Anche da più giovane forse dicevo: “Che brutte le cosce e il sederone!”, però adesso non lo ricordo in particolare... Però ricordo bene che non mi sono mai detta: “Guarda come stai bene!”, ecco... Però c'è da dire che quello su cui fai più fatica è la pancia ma proprio, ma proprio per un problema fisico che sporge e allora anche con un vestito che cade giù bello morbido non puoi nasconderla più di tanto.

Poi quando è tanta cade, cade e forma le piaghe di decubito sotto, allora cerchi di tirarla su e con l'abbigliamento di, di ma proprio... Non è che si può fare tanto. Anche se ti da fastidio che si vede te la tieni. / Ecco, a volte ci vorrebbe solo una bella affettatrice/ (ridendo), quella per gli affettati che hanno al supermercato" (Marella, 55 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 98, BMI 39).

Come annunciato in tali testimonianze, sono proprio la difficoltà e l'impossibilità di riuscire a camuffare con l'abbigliamento la prominente dell'addome ad aggravare il senso di disaffezione nutrita verso tale regione corporea. In aggiunta, pare poi interessante segnalare che, nel caso specifico degli uomini interpellati dalla ricerca, sia stato altresì rilevato frequentemente uno spiccato senso d'insoddisfazione e di disagio per un petto divenuto voluminoso e pendulo in seguito all'accumulo di peso. Stando ai resoconti esaminati e come peraltro anticipato da uno stralcio riportato nelle pagine precedenti, il motivo alla base di tale percezione può essere rintracciato, più in particolare, nella femminilizzazione apportata al corpo maschile dallo sviluppo della carnosità intorno alla ghiandola mammaria. Nell'uomo tale parte anatomica è, infatti, sostanzialmente ipotrofica mentre nella donna essa assume con la maturazione sessuale una sua specifica consistenza, divenendo poi con il sopraggiungere dello stato di gravidanza lo strumento deputato alla nutrizione della prole. Proprio in virtù della differente caratterizzazione morfologica e funzionale nei due sessi e del conseguente ruolo svolto all'interno della dialettica di distinzione tra anatomia maschile e femminile, nel petto è possibile riconoscere un elemento dal notevole valore simbolico. Pertanto, se tale difformità corporea, almeno dal punto di vista della sola forma, viene meno, a essere messa in discussione è la stessa conformità del soggetto – in questo caso maschile – al suo genere di appartenenza. Nel merito, si valutino le esperienze riferite da alcuni degli uomini intervistati.

"No, no, non mi piacevo tutto ma anche adesso non è che mi vedo ancora bene. Io non sarà mai perfetto, questo lo so bene ma poi la perfezione non l'ho mai neanche pensata. Quando sei obeso comunque tu devi pensare che è tutto il corpo che non ti piace perché comunque sei grasso dappertutto. Tutto si ingrossa, anche le mani e i piedi. Quando ti trovi una pancia che ti esce fuori tanto così, due gambe che sono il doppio di una persona normale, sei l'omino della Michelin, capito? È un po' tutto che non va bene [...] C'è una cosa che fa ridere ma tu, tu la vivi in modo, in modo drammatico. Ascolta: quando ti trovi con due tette che te le brancano i tuoi amici per ridere, ecco è quello. Non è bello, le tette mi hanno sempre dato fastidio. Un ragazzo, anche se gli altri ci ridono, lo vive male" (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Non è una parte sola, sì, la pancia. Nell’insieme l’hai fatto diventare grosso tutto il corpo, quindi non ti piace nella sua totalità. La cosa peggiore però se vogliamo trovarla è il petto, che ti diventa come quello di una donna, che alla fine ti ritrovi con due tette più grandi di quelle di tua moglie. Che poi è brutto da dire ma non è una cosa solo a vedersi, che vabbè anche quello c’è, ma tempo fa ho sentito qualcosa all’altezza del seno e parlando con la nostra dottoressa anche lei ha sentito qualcosa di duro, di sodo e mi ha chiesto di fare un’ecografia all’altezza del petto per vedere se c’era qualcosa che non andava. E il medico mi ha detto che il mio essere diventato così grosso mi ha portato a creare dei tessuti femminili all’interno del seno e questa è una cosa che non è bello raccontare in giro se non in forma di anonima o con un dottore. E poi non è nemmeno bello da guardare perché ripeto: potresti portare comodamente il reggiseno di tua moglie. Che sembra una battuta ma invece è la verità perché non sto esagerando” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Beh la pancia, la pancia che è francamente sproporzionata e anche il petto che logicamente si è ingrossato e diciamo che non è piacevole per un uomo avere tutto quel, quello che sembra un seno di una donna, perché alla fine è così. Tu non hai mai avuto problemi di peso, vero? Eh, però puoi capire che non è una cosa, una cosa per l’autostima di un uomo, quando ti spogli, ti lavi o anche vedere da sotto la maglietta delle cose che ti spuntano. È un po’ una cosa imbarazzante per un uomo” (Ilario, 49 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 166 kg, BMI 57).

Lasciando le esperienze maschili e venendo a quelle femminili, si può poi segnalare come è invece la conformazione assunta dalle braccia a essere vissuta con particolare difficoltà e imbarazzo dalle donne obese interpellate. Peraltro, attenendosi alle narrazioni raccolte, ad acuire il senso di disagio vi sarebbe l’impossibilità di celare e di dissimulare le fattezze di tali parti corporee attraverso l’abbigliamento, specie nel corso delle stagioni più calde. A esemplificazione di ciò, si riportano nel seguito le attestazioni di alcune intervistate.

“Quando devo scoprirmi mi sento molto in imbarazzo, sì, tantissimo. E intendo, anche adesso che fa caldo e ho la menata delle braccia e non le voglio scoprire, per cui anche nel vestire con la bella stagione c’è un problema in più perché anche con una banalissima maglia a mezze maniche mi sento a disagio” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“In particolare, diciamo un po’ una mia fissazione sono le braccia... Sì, ho sempre avuto delle belle bracciotte robuste, anche adesso sono robuste, poi con lo sport si sono un pochino tonificate, ma prima erano, erano veramente una cosa sgradevole da vedersi. Io ci scherzavo anche, al lavoro dicevo: / “Con le mie braccia da

lavandaia” / (ridendo) però, ecco, sono una parte di me che non, non... Non so come dire, perché quando sei cicciona tutto il corpo ha dei problemi eh, per carità! Però quello delle braccia sono sempre state un po’ il mio pallino, / il mio complesso anche da giovane / (ridendo)” (Donata, 43 anni, capo stazione, peso massimo raggiunto 103 kg, BMI 36).

“Diciamo che non c’è una parte di me in particolare, certo la pancia e i fianchi sono quelli dove accumuli di più, però comunque quando sei obesa sono tutte le parti del corpo a risentirne. Poi, io vedo rispetto agli altri obesi di aver comunque mantenuto un po’ le proporzioni. Infatti, quando dico quanto peso tutti si stupiscono perché io, bene o male, seno, pancia, fianchi sono tutti grossi allo stesso modo e quindi hanno mantenuto le proporzioni. Cioè, sono più proporzionata di quanto magari sembrano altri obesi al mio livello. Però quando sei obesa, mi ripeto, non è che via la pancia, le cosce e il culo, ops! / Scusa / (ridendo)! No, non è che via quelli il resto si salva. Non è che la schiena, no, neanche quella! Anche quella, le spalle, sono tutte cicciette. Diciamo che poi le braccia magari mi danno più fastidio perché, questo un po’ da sempre... Ho un po’ / il braccione della massaia che fa i tortellini / (ridendo), con tutta la ciccetta che pende, con il gomito che non si vede, sembra tozzo. / Hai capito? / (ridendo) Quella è una cosa che mi ha sempre, soprattutto quando devi metterti in maniche corte” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

Posto quindi come i soggetti interpellati riservino alla loro dotazione corporea un giudizio perlopiù negativo e come gli stessi avvertano in rapporto a essa una marcata disaffezione, pare opportuno addentarsi nella disamina della relazione che tale insoddisfazione instaura, da un lato, con l’accertata difficoltà a trovare un vestiario adeguato e, dall’altro, con gli standard fisici, certamente esigenti in termini di magrezza, attualmente veicolati dalla cultura mediale. A ciò saranno dedicate le pagine seguenti.

### **3. La ricerca di abiti e i modelli ideali**

Di là dalle regioni del corpo laddove si concentra la maggior insoddisfazione estetica degli uomini e delle donne intervistati, è inoltre possibile constatare che, all’interno delle testimonianze esaminate, il racconto dell’esperienza della disaffezione corporea s’intreccia di frequente al tema della concreta difficoltà sperimentata nell’acquisto di abiti. Conseguentemente, è possibile ipotizzare che per la persona in condizione di obesità proprio la problematicità esperita nel rintracciare un vestiario allo stesso tempo gradevole alla vista e adatto alle sue dimensioni possa

assumere una notevole rilevanza nell'informare quel vissuto d'inadeguatezza e di disagio denunciato a riguardo del suo aspetto fisico.

Approfondendo la questione e procedendo con ordine, deve essere innanzitutto precisato che, stando al contenuto delle interviste, la pressoché totalità degli individui interpellati abbia lamentato la difficoltà e, in numerosi casi, persino la totale impossibilità di corredarsi di un vestiario al passo con i cicli della moda e adatto ai diversi periodi e alle differenti situazioni di vita. A motivo di ciò, vi sarebbe sia un limitato numero di esercizi commerciali con un adeguato assortimento di misure conformate alla loro peculiare figura sia, all'interno di questi, una tipologia, una varietà e una qualità di abiti in taglie forti oltremodo contenute.

L'acquisto di vestiario diviene così per il soggetto obeso una pratica contraddistinta dall'impossibilità di valorizzare e di caratterizzare, in un qualche modo e di là dalle sue dimensioni corporee, il proprio aspetto. Possedere un corpo dalle forme atipiche implica dunque per la persona che suo malgrado ne faccia esperienza la faticosa rinuncia a dare, attraverso la scelta degli abiti, un'immagine di sé corrispondente alle proprie intenzioni. L'individuo obeso, dovendosi, di fatto, accontentare di un vestiario insoddisfacente e non confacente la sua estetica personale, verrà pertanto a presagire proprio nella mancanza di un'adeguata offerta di abbigliamento l'ennesima forma di penalizzazione, di condanna e di discriminazione della sua peculiare costituzione fisica. Si consideri in merito a quanto appena argomentato il vissuto riferito da alcuni intervistati.

“Io mi lamento spesso anche per il vestiario. Trovare qualcosa di bello da mettere è un problema. Perché anzi per uno come me è già tanto se trovi qualcosa da mettere su, figurati qualcosa di carino [...] Io ho trovato un negozio dove sono cioè specializzati nelle taglie forti e finalmente ho trovato qualcosa di vestiario che non ti fa sembrare un pagliaccio. Però se voglio vestirmi normale, una maglia così, questa qui in Italia non la trovi è solo americana. Una come la tua la trovi ma della mia taglia solo americana. Italiano? Poco e niente. I negozi specializzati sono pochi, pochissimi e c'è poca scelta. Io adoravo la salopette, l'ho trovata. Il più brutto taglio di salopette l'avevo trovato io. “Di questo tipo c'è la tua misura sennò ti arrangi” ti dicono. L'unica cosa su cui posso avere più, una vasta scelta sono le scarpe, cioè lì posso trovare qualsiasi paio di scarpe che mi stanno bene, anche se anche lì negli ultimi tempi vedo che le scarpe te le fanno cioè, ti fanno fare il piede grosso. Cioè, io porto il quarantacinque e mezzo, ma sono a pianta larga e invece trovo a pianta stretta. Queste sono francesi, senno vado di Nike. Mi piacciono le classiche le adoro, però anche lì è difficile trovare pianta larga e già il quarantasei è difficile trovarlo anzi negli ultimi tempi non è più facile trovare il modello giusto per le classiche. Io preferisco le scarpe che ti fanno stare comodo, non strette che ti

fanno male, però l'ho dovuto fare quando ero ragazzo. In Italia chi è grosso o va a farsi i vestiti su misura o prendi quello che trovi, se trovi. Non è che puoi storcere il naso. Quello c'è e quello ti metti. Vedo gente grossa. Sei vestito. "Però potresti vestirti meglio" ti dicono, ma non c'è nessuno che ti può aiutare. Ti metti così. Io ho avuto la fortuna di trovare questo negozio, però altra cosa sono il costo. Questo pantalone sotto i cinquanta non lo trovi [...] Le camicie anche lì, sei, sei bloccato a trovarle, trovi con i bottoni che ti tirano quando ti muovi, perché non ci sono le misure. È quasi impossibile trovare delle camicie. Io ho avuto la fortuna di trovarle dopo averle cercate per un sacco, però dovrei spendere uno stipendio solo per le camicie e / quelle camicie devono durarmi almeno dieci anni per dire che le ho sfruttate al massimo / (ridendo). Io poi sto alla comodità, dato che mi piace muovermi non voglio cose troppo pressanti o troppo aderenti, anche perché troppo aderenti ti fanno vedere quanto sei grosso e quindi diciamo che si cerca a nascondere un attimino le forme quando sei grosso e poi un'altra cosa: si cerca di guardare un po' la moda, più o meno nel limite del possibile e del fattibile. Però anche lì: mission impossible [...] La scelta è quella. Standard. Quel jeans puoi averla solo blu, con quel taglio e in quel colore spesso un po' sorpassato e le magliette sempre lo stesso tipo, variando i colori se proprio sei fortunato. Anche lì minor scelta nei colori [...] Aggiungi il fatto che non puoi sceglierti vestiti alla moda e la tua vita sociale diventa uno schifo perché molte volte hai a che fare con persone che non è che si fermano all'aspetto e non vanno alla sostanza, alla persona, però il vestiario nella società è importante, se ti vuoi anche sentire a tuo agio, se vuoi uscire. E se non hai niente di carino da metterti questo ti frega. Gli altri possono permettersi di essere ben vestiti, tu no. I vestiti che hai fanno schifo e così cosa fai? Te ne stai a casa" (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

"Per gli abiti a quattordici anni ho iniziato a vestirmi di nero più che altro, ma non so perché, mi piaceva il nero e mi vedevo bene con questo colore e da allora sono andata avanti a vestirmi di nero. Poi diciamo che abiti adatti: un casino. Nel senso che o la Decathlon che ha le taglie americane e a volte, anche lì e sino a quando stai sul cotone ok, se vai sul cerato per una tuta fai più fatica perché è meno cedevole. Quindi devi cercare di stare su cotone, elastan, cose elasticizzate. E quindi c'era la Decathlon, il merciaio del paese che vendeva vestiti e riusciva a procurarmi taglie grandi però anche lì: un bel casino perché la taglia conformata a me non andava bene. Magari mi andava bene sul sedere ma poi era larga di vita e quindi sulla taglia conformata dovevo far sempre fare la ripresa e poi i modelli, ti lascio immaginare. Quello c'era e quello ti accontentavi perché non è che potevi dire chissà che. Spesso evitavo i jeans, perché o non si trovava la taglia o se la trovavi la vita era larga, la cintura dava fastidio perché mi premeva sullo stomaco, sulla vita e mi dava fastidio e mi tagliava. Erano una scomodità unica. Avendo poi la fortuna o la sfortuna di avere poco seno ho sempre evitato anche i reggiseni perché mi tagliavano il fianco e la schiena anche se prendevo gli allungatori... Perché

comunque anche con gli allungatori il reggiseno non è fatto sulla forma di una persona grassa, sono sempre troppo stretti e così mi davano parecchio fastidio. Poi andando avanti ho scoperto Bonprix, che anche lì: discutibile. Perché le taglie conformate e così avevano tutti abiti e magliette da nonna. Anche perché torno a dire: se già sei una persona obesa e poi ti metti un camicione sfondo azzurro con i fiori hawaiani grandi venti centimetri / sembri un divano / (ridendo). [...] Insomma, trovare qualcosa di decente da metterti è un casino. Fino a quando vai a lavorare, pantaloni sportivi e te la cavi, ma se giusto vuoi uscire quella sera e tirarti su un po' decente: auguri! Ecco, poi ho scoperto un altro posto a Gallarate che è il Freemoda, che te lo mandano anche a casa tipo il vecchio Postalmarket che puoi fare l'ordine anche su internet oppure andare in, perché hanno un magazzino a Gallarate e io solitamente andavo lì anche perché oramai il tipo di pantalone che trovavo è compravo era sempre quello. Io avevo sei paia di pantaloni uguali, poi anche se mi cambiavo sembravo sempre vestita uguale perché il tipo era sempre quello. Il pantalone era lo stesso, la forma, il colore era lo stesso. Lì hanno dalla quarantadue alla sessantaquattro tutto allo stesso prezzo, anche perché se poi vai in giro la taglia conformata ti costa anche di più perché c'è più stoffa e invece lì mi sono trovata bene, ho trovato anche una giacca in pelle, un vestito per una cerimonia, un matrimonio. Un vero miracolo perché altrimenti sarebbe stato un dramma perché più che / tendaggi / (ridendo) non si trovano. Insomma solitamente andavo lì. Ovvio quando sei obesa la scelta è quella che è, sei molto limitata nell'abbigliamento per cui anche per una questione pratica diventa difficile vederti bene, perché nel bene e nel male non trovi le cose che vorresti o che ti farebbero stare bene, a meno che non ti fai fare gli abiti su misura" (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

"L'unico problema sociale diciamo che ho sempre è quando vado a comprare i vestiti che finisco sempre nei negozi per cicciotti perché i marchi non vanno oltre e soprattutto non rispettano le misure che si suppone essere le taglie. Tu prendi una cinquantotto di ed è sei centimetri in meno di un qualunque negozio per sovrappeso e questo ti da molto fastidio, / non marcarlo cinquantotto ma cinquantaquattro / (ridendo). Ma questa è la moda. Si sa che la quarantadue di adesso è la trentotto di dieci anni fa. Io ho imparato nella vita a non fare attenzione a queste cose. Fino a centocinque, centodieci chili non avevo grandi problemi, entravo in un negozio e un pantalone lo compravo, marcato male, quello che vuoi ma c'era, magari tagliato male perché l'unica cosa che facevano era ingrandire il piccolo e tu sai che le proporzioni non sono le stesse. Poi adesso compro i pantaloni nei negozi per cicciotti e sono ben contento. Lì trovo i pantaloni con lo spazio di CULO vero, non i pantaloni con lo spazio di CULO ingrandito di otto volte che ti fanno difetto, ti stanno male e sono anche scomodi. Certo lì la scelta è limitata. Le marche son sempre quelle con due modelli e due colori in croce. Comunque per vestirti devi sempre fare un po' di, è un casino. Non mi piace il fatto che non ci siamo vestiti fatti sino alla misura nostra, quello mi fa male, però

tendenzialmente penso che la colpa sia di loro non mia. Però sai come dire, la colpa è di loro, la colpa è di loro e non cambia nulla perché poi sei sempre tu quello che fa fatica a trovare qualcosa di decente da mettere” (Roberto, 45 anni, fotografo, peso massimo raggiunto 138 kg, BMI 39).

“Ma ovviamente c’è sempre il vestito tal de tali che tira giù, su, qui, e un po’ lì, che si vede la pancia. / “Così si vede di meno” / (ridendo), perché poi avessi una pancia, invece ci sono tutto gli accumulini, il grasso non si distribuisce mai uniformemente e si distribuisce un po’ come vuole lui / secondo il suo estro / (ridendo), per cui è logico che. Però vorrei proprio sapere chi è nella mia condizione se riesce a trovare abiti? Adesso forse un po’ di più escono fuori gli abiti per grassi, una volta c’erano solo i vestiti a sacco per cui diciamo la femminilità niente e allora non è che ci si amasse molto quando ci si doveva vestire. / Si poteva mettere o il sacco delle patate o il sacco della spazzatura / (ridendo), e non è che cambiasse molto. Adesso cominciano a esserci abiti per le persone grasse, sul giornale si vedono le modelle con qualcosa addosso di guardabile anche se poi a trovarli nei negozi si fa davvero fatica, anche perché negozi con taglie conformate non ce ne sono tanti in giro. E poi c’è un giornale: Burda che fa i cartamodelli per vestiti. Finalmente adesso fa le taglie forti, con modelle taglie forti, per cui se fossi vissuta in questo periodo / da giovane / (ridendo) avrei vissuto forse meglio questo aspetto. Che poi, diciamoci sinceramente parlando dei negozi che tanto poi è inutile spendere soldi quando il vestito comprato in un negozio non è che su di te faceva lo stesso effetto che faceva su un altro, anche perché i vestiti in cui ci entri non sono molto giovanili o alla moda [...] Con gli abiti diventa una lotta tipo giungla, che poi basterebbe un po’ di sensibilità delle case di moda a proporre, a fare delle cose carine anche per chi ha / un fisichino come il mio / (ridendo). In fin dei conti è discriminazione anche quella, ma si sa che la moda premia solo le magre” (Marella, 55 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 98, BMI 39).

In aggiunta a quanto riportato, è interessante riferire come numerose donne abbiano dichiarato, nel corso delle narrazioni, di aver sovente ovviato alle difficoltà sperimentate con il vestiario indossando indumenti maschili, ovvero, per usare le loro stesse definizioni, adottato un look alla *maschiaccio* o alla *b-boy*. Più in particolare, attenendosi ai resoconti delle intervistate, a determinare tale scelta avrebbe concorso, unitamente alla complessità di reperire abiti femminili adeguati alla loro taglia e al contempo soddisfacenti il loro gusto estetico, anche la volontà di nascondere e camuffare, attraverso il ricorso a indumenti per l'appunto ampi e coprenti, le loro forme corporee. Appurato ciò, appare facile comprendere come assumere un simile stile d'abbigliamento possa connotarsi per la donna come una delle opzioni in tema di look sicuramente

più funzionale. Se da un lato vestire alla maschiaccio garantisce, infatti, un'agevole reperibilità dei capi da indossare, dall'altro assicura anche la loro massima vestibilità e ampiezza, vale a dire la ricercata dissimulazione delle forme corporee. Oltre questo, pare poi opportuno segnalare come tale stile d'abbigliamento permetta altresì alla donna obesa non solo di ricondurre la propria immagine entro un rassicurante cliché collettivamente preesistente e condiviso ma anche di marcare la distanza da un look convenzionalmente più femminile e nondimeno sfavorente la sua peculiare figura. A riprova di quanto appena sostenuto si valuti l'esperienza riferita da alcune donne interpellate.

“Io ho un po' uno stile maschiaccio [...] lo stile maschiaccio è semplicemente / un po' b-boy/ (ridendo): pantaloni sempre larghi, magliette sempre larghe, scarpe da ginnastica, tuta. Diciamo che non ho mai voluto aver quello stile, non è che mi ci sentissi sempre bene al cento per cento, però era l'unico che mi potevo mettere addosso per come ero. Altri stili mi erano inadeguati per i miei canoni. Diciamo che non era sempre quello che volevo ma era quello che mi conveniva fare. Quello che mi conveniva per fare in modo che le mie forme dessero meno nell'occhio. Io avrei voluto anche essere più femminile, ma non potevo perché non trovavo i vestiti. Anche adesso, anche adesso mi capita spesso di vestire con felpona e tuta. / Un po' b-boy / (ridendo) come ti dicevo. Ma anche perché se vuoi stare sul classico, di femminile della mia taglia trovi ben poco, solo cose da vecchia che vanno bene a mia nonna quindi meglio andare sullo sportivo che hai la sicurezza comunque di non dare nell'occhio perché non fai vedere quanto sei cicciona mettendoti dei vestiti che stanno bene su una ragazza con un fisico normale” (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

“Diciamo che sui vestiti non mi facevo problemi fino a quando non dovevo andare a comprare abbigliamento femminile. Diciamo che ho sempre portato i pantaloni, i jeans. Vestivo da maschio, anche con cose da maschio proprio per nascondere la forma. Che poi c'era poco da nascondere perché si vedeva tutto. Quando cercavo di vestirmi da, da donna arrivavo davanti allo specchio con questo abbigliamento che doveva essere più carino e mi accorgevo che faceva schifo. / “Ma com'è che a quella lì sta bene e a me no? / (ridendo) [...] Mi vedevo male con quei vestiti, mi stavano male e, infatti, dovevo cercare sempre di nascondere l'aspetto fisico. Una gonna normalissima mi faceva vedere le gambe che erano grosse, conciate male quindi per me non andavano bene, non mi stavano bene come a una ragazza qualunque. Su di me era uno schifo. Ero praticamente sempre un maschio. Mia mamma mi diceva sempre che ero un maschiaccio. Mi diceva: “Perché non ti vesti da femmina?” e io gli dicevo che vestita da femmina non mi piacevo. / Ma non era vero / (ridendo), vedevo solo che non trovavo cose con cui stavo bene e allora a quel punto meglio un paio di jeans e una maglietta bella larga anche se sembravo

vestita come un uomo. / Almeno non facevo ridere / (ridendo)” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

“Alle medie tendevo a nascondere il mio corpo, nel senso che ero il tipico maschiaccio. Jeans larghi, felpona maschile. Le magliette, i jeans erano proprio quelle da uomo, anche se i jeans da maschio a volte danno un po’ fastidio a una donna per come sono, non sono sempre molto comodi. Dipende dal tipo. Poi ricordo che per esempio alle medie che ero già grassottella, non esageratamente ma già bella grassottella, mettevo i pantaloncini da uomo per andare in piscina o al mare. Perché toh, non so se non mi sentivo femminile oppure no, vabbè era anche perché mi vergognavo delle gambe grosse e quindi il costume a pantaloncino mi aiutava. Però non saprei dire se era proprio perché non accettavo davvero il mio corpo o perché mi sentivo meglio così... Però ecco, ricordo anche che vestendomi sempre larga, con felpe larghe, portavo anche i capelli corti e allora capitava che mi scambiavano per un maschio. E lì ci restavo un po’ male, anche perché fii, avevo il seno! Però ovviamente la maglia larga lo nascondeva. Poi alla fine delle superiori c’è stata una transizione, ho iniziato a volermi sentire un po’ più donna, tra virgolette. Ho fatto crescere i capelli che prima li portavo sempre corti e in piedi e che dicevo: / “No, non li porterò mai lunghi perché sono scomodi” / (ridendo). Però ho continuato comunque a vestirmi larga fino a quando poi in quarta superiore ho iniziato una dieta perché ero arrivata a un punto in cui avevo iniziato a volermi vestire un po’ più da donna e non trovavo i vestiti o li trovavo da vecchia, tra virgolette, e così diciamo che dopo la dieta ho incominciato ad accentare di più il mio corpo e le sue forme. E ancora adesso anche se sono ringrassata mi capita di vestire femminile. Magari quando esco la sera, che magari metto un maglioncino scollato, però mi capita ancora di mettere spesso che so: la felpe con il cappuccio e sotto i pantaloni della tuta larghi. Ancora mi capita di vestire così... Ma anche per una questione che si fa fatica a trovare vestiti un po’ più sportivi ma carini da donna per la mia taglia. E poi forse anche perché sti sta più comodi. Anche per venire in università mi sento meglio che venire qui con un pantalone più carino, più femminile che magari mi sta attillato, poi tira e se non lo abbini con una maglietta lunga sopra si vede un po’ e allora magari mi sentirei tutto il giorno non a mio agio” (Sara, 22 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 109 kg, BMI 43).

“Sul vestire più che altro mi rendevo conto che non trovavo taglie con cui vestirmi. Dovevo andare nel reparto uomo, perché nei reparti di taglie normali, femminili non mi entrava niente. E questo era un po’ un problema. Di fatti mi vestivo sempre in jeans e felpe. Che le felpe le trovi di ogni misura quindi sei tranquilla [...] Ecco, diciamo che non che era una scelta ma era quello che mi entrava, che mi stava. Felpe e jeans da uomo ci sono dappertutto, intendo in ogni negozio e non dovevi tribolare più di tanto per trovare le tue misure. E poi comunque almeno erano giovanili, erano cose che comunque vedevi sui ragazzi della tua età quindi alla fine te li facevi andare bene. Anche perché poi ti ripeto non è che avessi molta altra

scelta. A me tutte le marche quelle da ragazzina, la Phard, la Onyx mi vestivano / solo un braccio o solo una gamba / (ridendo). Le taglie per me lì non le trovavo / di sicuro / (ridendo)” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

Riguardo l'insoddisfazione manifestata per il corpo da parte degli intervistati, merita di essere precisato come tali soggetti asseriscano di non assumere a termine di paragone e di confronto quell'ideale fisico premiante la magrezza valorizzato dalla moda e veicolato dai media. Secondo quanto emerso durante le interviste, gli standard di un corpo maschile snello e atletico e di un corpo femminile esile e affusolato, per quanto possano anche essere apprezzati a livello estetico, vengono, infatti, percepiti dagli individui interpellati come dei modelli così distanti e lontani dalla loro esperienza corporea da non risultare in alcun modo coinvolgenti. Anche su quest'ultima evidenza si sottolinea come non si riscontrino alcuna differenza a seconda del variare del sesso e dell'età della persona interrogata. Da tutti i resoconti esaminati emerge invero con estrema chiarezza come proprio il divario che separa la realtà corporea vissuta dagli intervistati dagli ideali fisici sopra descritti inibisca l'insorgere di una qualunque possibile forma di raffronto tra la loro immagine esteriore e i modelli corporei in voga nella moda e nei media. Questi ultimi appaiono dunque non rappresentare, all'interno della quotidianità vissuta dai soggetti esaminati, dei compiuti termini di confronto e di riferimento con cui misurarsi e verso cui protendere. Essi sono ritenuti piuttosto afferire a un immaginario astratto, vale a dire sono pensati parte di una dimensione sostanzialmente irreali, la quale dialoga solo in modo pressoché residuale con l'esperienza concreta e materiale dell'individuo. Pertanto, lo standard di snellezza viene a essere, di fatto, considerato come una mera rappresentazione, un'immagine di ciò che si pone come l'ideale corporeo più diffuso nel contesto culturale contemporaneo e che, proprio per il suo carattere di idealità, si mostra altresì utopico e inattuabile nella vita della stragrande maggioranza delle persone. Volere calare tale modello nella realtà quotidiana appare, stando a quanto affermato dai soggetti interpellati, un'intenzione sin troppo ingenua e anche irrazionale.

Nondimeno, numerosi intervistati esprimono, tuttavia, una certa preoccupazione per gli effetti che la sostenuta promozione di un ideale corporeo tanto esigente in termini di magrezza potrebbe sortire su singoli casi. Sono soprattutto le donne ad avvertire in tale standard fisico un potenziale pericolo per la salute e l'equilibrio emotivo dell'individuo. Più in particolare, queste ultime lamentano soprattutto la possibile forma di

diseducazione che tale modello corporeo, essendo perlopiù associato nei media a immagini di donne vincenti, potrebbe implicare per i soggetti femminili ancora in formazione. Vedendosi attraversare spesso momenti di smarrimento nel loro percorso di crescita e di maturazione, le giovani donne potrebbero, infatti, guardare con poco discernimento e acceso interesse a tale ideale fisico e all'equazione *magrezza-uguale-realizzazione* da esso comunicata, cercando invero di adeguarvisi, con conseguenze deleterie per l'organismo e la psiche. Peraltro, in tale apprensione si può altresì riconoscere l'emergere nelle interrogate di un classico *effetto terza persona* (Davison, 1983), vale a dire il dispiegarsi di un atteggiamento con cui il singolo individuo tende a sottostimare le conseguenze che i messaggi mediatici hanno su di sé e a sovrastimare gli esiti che questi hanno sugli altri. In un certo senso, è quindi possibile sostenere che le interpellate abbiano proiettato sulle più giovani la possibilità di essere permeate e influenzate da quell'ideale corporeo di magrezza veicolato dai media, dando invece prova per loro stesse di un atteggiamento critico e di un'autonomia di pensiero. A testimonianza di quanto argomentato, si considerino le parole di alcuni intervistati.

“Diciamo che prima di fare questo lavoro mi sembrava che fossero modelli inverosimili, che fanno male alle ragazze, soprattutto alle ragazzine e via dicendo. Adesso che sono nell'ambiente e di modelle ne ho viste tante, vedo che sono ragazze normali. Io adoro questo tipo di bellezza, mi soddisfa proprio, mi piace tantissimo, sono proprio ammirata dalla bellezza che fuoriesce da loro. Quindi non riesco ad avere quel senso critico... Possono essere modelli sbagliati, sono d'accordo, ma nel mio specifico caso sono così lontani da me che non credo possano mai riguardarmi in un qualche modo. Io non credo di essere sbagliata perché sono diversa da loro, sono appunto diversa. Quindi non concepisco neanche lontanamente di sottopormi ai loro sforzi per diventare simile a loro, perché sono così lontana da loro che se anche io dimagrissi non diventerei mai così, quindi non li prenderei e non li ho mai presi come riferimento. Se di costituzione una può assomigliare a loro, che so, una che può fare e vuole essere una modella, ecco, se probabilmente avessi una struttura fisica così, che potrebbe somigliare a loro, sapere di poter essere in un altro modo mi creerebbe più interesse. Ma così sono una cosa così lontana da me da non poterle considerare, non sono un termine di paragone. Credo potrebbe rappresentare più un paragone per quelle persone che potenzialmente con più facilità potrebbero assomigliare a quella figura. Nel mio caso ti ripeto non li prendo come termine di paragone, non mi importa. Io ho il mio paragone, cioè io starei bene con me stessa sui sessantasette chili, sessantacinque. Non sarei magra, ma per la mia costituzione, per come sono fatta sarebbe giusto. Sarebbero già parecchi chili in meno senza però fare la fame per mantenerli. Io ho provato a stare sotto i sessanta chili, cinquantasette, ma erano una cosa

insostenibile. Dovevo praticamente digiunare. Non mangiavo nulla. Che poi è quello che fanno le modelle. Lavorandoci anche tutto il giorno, dalla mattina alla sera, dalle otto alle otto, io lo vedo che non mangiano niente, proprio nulla, neanche un mandarino [...] Però io ti parlo da ragazza di ventotto anni ed è anche vero che quando uno è più giovane o in adolescenza magari non hai questa consapevolezza di dire, cioè possono diventare dei modelli duri con cui rapportarsi. Perché comunque è facile fissarsi su una cosa, magari sul peso, soprattutto per le ragazze più deboli di carattere o che hanno dei conflitti con i genitori. Però ti ripeto, io li ho sempre considerati troppo lontani dalla mia conformazione” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“Allora, i modelli ci sono però mi condizionano ben poco. Nel senso che ho sicuramente la percezione di non rientrare in quegli, in realtà poi non sono molto diversificati, in quello standard estetico. Io ho la consapevolezza che difficilmente posso rientrare in un periodo medio breve. Anche se domani mi metto a dieta e vado in palestra non è che toh! / Divento il modello di Dolce e Gabbana / (ridendo). Anche lavorandoci una vita non ci riuscirei, non a breve, ma non è neanche un obiettivo che mi interessa raggiungere. Prendo nota che quello rientra in un certo senso estetico, ma mi condiziona poco... Ok! Sapere ciò che viene ritenuto principalmente bello poi ti porta in alcune cose a sapere se si è dentro quella definizione, più o meno vicini, dunque se mi condiziona è magari, tipo, se ci devo provare con una mentre siamo a ballare evito di fare lo strafigo, il bello impossibile perché non rientro in quella categoria / uso un'altra strategia / (ridendo). Però non mi condizionano in un altro modo. Se non il sapere appunto che l'immagine dell'uomo più rimandata è depilata. Io ce l'ho o mi manca? È piuttosto palestrato sennò molto magro, molto fine. Ce l'ho, mi manca? Ha il capello lungo piuttosto che il capello corto. Ce l'ho, mi manca? Cioè, tolto questo non mi influenza molto. È un peccato che i modelli, anche quando non è uno, quando sono diversi, sono così simili. Perché nella pubblicità dei profumi il ragazzo è sempre depilato. In un certo senso c'è un appiattire, un avvicinare molto i modelli. Io so comunque che ci sono, bene! Io non li rappresento perché non ho l'addominale e il bicipite. È un dato oggettivo, di fatto, ne prendo coscienza e al mare non metto lo / slippino / (ridendo), punto su altro e stop” (Fabrizio, 23 anni, studente, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“No, no, onestamente quei modelli da tv no, a loro non ci penso. Anche perché diciamo che comunque io ho la convinzione che avendo io una certa corporatura, sono alta così, robusta e non è che posso crescere di colpo, è evidentemente! La mia corporatura è grossa e i fianchi non è che li posso tagliare. Mi sembra inutile, cioè io posso guardare finché voglio Kate Moss e dire: “Guarda com'è magra” che se ho venti centimetri in meno e i fianchi più larghi non, / mi sembra assurdo / (ridendo). Sei come sei e cerchi di migliorarti, se ingrassi cerchi di dimagrire ma cerchi di arrivare a quello che io ritengo il mio peso giusto, normale, umano. Io

non voglio arrivare a pesare quaranta chili. Per me quel peso non è plausibile. Io quando facevo pallavolo a livello agonistico, alle superiori, avevo tre allenamenti a settimana più la partita quindi era un impegno pressante, ondeggiai fra i cinquanta e i cinquantatré chili, ma quello era un peso che derivava da un'attività fisica molto-molto intensa che ora non farei più. Io penso che il ritornare ai sessanta chili che avevo prima potrebbe essere un ottimo obiettivo. Diciamo che non mi interessa arrivare a chissà quale livello di magrezza e simili, mi interessa essere giusta, essere in salute. Quello è il mio obiettivo primario. Mi interessa di essere io in versione normale, con dei chili di meno. Non mi interessa essere x ma io normale per me stessa, io con questi tot chili in più non mi sembra di essere io, mi vedo male quindi voglio perderli, ma non diventare magra come una modella o una di quelle ragazze che vedi in tv. Con la palestra, mangiando bene si cerca di migliorare. Poi certo, se riesco, non lo so, a fare qualcosa in più va bene, per carità! [...] Però ovviamente sono consapevole che martellare le donne con questo messaggio, questo ideale martellante di donna magra, di donna perfetta solo se magrissima non fa di certo bene. Specie quando sei adolescente. Io mi ricordo quando leggevo, da più piccola chiaramente, le varie riviste per ragazze in cui ti dicevano: "Questa è bellissima, questa è favolosa, questa è fantastica!" ed erano sempre picche fondamentalmente. Però io mi sono sempre detta: "Ma è assurdo creare in molte persone dei complessi", con tutta la storia dietro dell'anoressia e della bulimia perché alla fine vuoi vederti uguale alla modella di turno del momento. Io poi credo negli anni di aver raggiunto delle sicurezze sulle mie capacità relazionali, di studio, lavorative, quello che vuoi e quindi io so di essere una buona persona, una persona positiva per queste cose e poi c'è il discorso fisico. Invece ci sono molte ragazze che probabilmente mettono al primo posto questa cosa. Mettono al primo posto il fatto di pesare quaranta chili. Alla base però io credo c'è sempre una certa insicurezza, l'essere convinti per quello che ci trasmette la società, la nostra famiglia o non so che, che se sei magro sei a posto, sei vincente. Allora tu hai le tue debolezze e pensi che se sei magro tutto si risolve. Onestamente per me questa storiella è più o meno opinabile e lo è sempre stata" (Emanuela, 23 anni, studentessa, peso massimo raggiunto oltre 70 kg, BMI uguale o superiore a 30).

"Ma oddio, vabbè quelle sono costruzioni culturali, questa è l'unica cosa. No, non lo so, diciamo queste cose le vedo più come tra virgolette come un fenomeno esterno, un fenomeno distaccato da me, quando comunque più, anche perché poi forse qui viene fuori lo storico più che il critico che c'è in me, quindi comunque le metti queste cose io le metto dentro un contesto di fenomeni di manifestazioni di quella che è una costruzione culturale del presente. Quindi sì, cioè so bene che esistono, ma non è un motivo di discriminazione nella mia vita. Sai che quello è un modello, che tu non stai in un modello, che tu non segui in prima persona e che qualcuno segue. Alcune persone che ho fotografato fanno di tutto per entrare in quel tipo di schema. Io no, perché non ne vedo il motivo insomma / ma chi me lo

fa fare, perché? / (ridendo)... Può anche andar bene se, ripeto, se fatto con buon senso e uno non arriva ad avere delle ossessioni cioè, io ecco come quello che fa qualcuno che al mattino beve soltanto il bianco dell'uovo perché serve per la dieta e queste cose qua a me sembrano delle storture, però se uno le vuole fare che le faccia, però sono storture. Queste come ce ne sono tante altre, quindi non, come si dice, ho perso il filo adesso. Cosa stavo dicendo... Ecco, se uno lo vuole fare che lo faccia. Sì, sì, per carità! Sono cose su cui ti puoi fare qualche domanda, cioè ma la domanda è nel senso del capire fenomenologicamente come si pone questa cosa, poi vabbè però è più per una questione, io la vedo più come un aspetto di curiosità intellettuale che per un modello con cui mi debba rapportare in qualche modo, ecco quindi è più la curiosità di capire più o meno certe cose che implicazioni hanno, in quale dinamica vanno. Vanno a inserirsi più in un discorso culturale. Il mito della bellezza, della bellezza anche corporea non è un'invenzione di adesso e non è nemmeno un'ossessione di adesso. Quello che cambia, quello che può essere cambiato come dire è il modello di riferimento che è già diverso da quello di cinquant'anni fa. Come dire, una certa tensione verso un certo ideale estetico, quello c'è sempre stato, non è una cosa... Io però di ossessioni non le ho mai avute. Anche perché nel mio caso se volessi raggiungere certi schemi dovrei fare solo quello nella vita, dalla mattina alla sera, quindi sarebbe un'ossessione. A me non, non / mi vengono / (ridendo). Il culto di un certo aspetto estetico almeno applicato su di me non lo sento, anche perché io non sono buono, non sarei / un terreno fertile / (ridendo). Più che altro questo è un po' un discorso anche di, che anche a volerlo non ci rientrerei per cui a livello razionale credo che uno si dica poi francamente: "Sono grasso finché vuoi però poi a me quello non mi riguarda". Cioè, capisco che c'è chi ha questo tipo di approccio, però, insomma, boh? Io sono, non mi ci sono mai posto in relazione, ho sempre pensato non mi riguardasse direttamente" (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

A ulteriore prova dell'irrelevanza, all'interno dei vissuti corporei dei soggetti intervistati, dei modelli fisici di assoluta magrezza veicolati dai media, si può altresì riportare, come in parte anticipato negli ultimi estratti, che gli stessi individui manifestino nei loro resoconti il desiderio di raggiungere una figura e un peso corporei che facciano i conti con la loro particolare costituzione fisica. In altri termini, ciò che, di fatto, tali soggetti auspicano prima o poi di conseguire è uno stato di forma fisica sicuramente distante dall'ideale di pronunciata magrezza largamente presente nel contesto culturale odierno. Nel merito, è inoltre interessante costatare come, nella totalità dei casi esaminati, il peso ritenuto da ciascun interpellato adeguato al proprio corpo non corrisponda a uno stato ponderale rispecchiante una condizione di normopeso. Più precisamente, secondo le narrazioni raccolte, è il sovrappeso lo stato ponderale che gli

individui intervistati si augurano in un tempo a venire di conseguire e poi di mantenere. L'ideale corporeo proprio di ogni soggetto obeso interpellato si dimostra invero un ideale ragionevole, ovvero determinato non già sul calco di uno standard culturalmente promosso quanto invece sulla base di una personale valutazione della precipua condizione corporea vissuta, tanto nel passato quanto nel presente, dallo stesso individuo. L'immagine del corpo ideale, lungi dall'aderire a un modello culturalmente stabilito, appare più esattamente generata dall'elaborazione di un'estetica personale che se anche prevede di rifarsi a un canone condiviso non manca di filtrare quest'ultimo attraverso le maglie di una pregressa e di una fattiva esperienza corporea. Posta dunque l'assenza di un'acritica incorporazione dei modelli estetici valorizzanti la magrezza, non stupisce da ultimo accertare come numerosi soggetti intervistati dichiarino di assumere a termine di confronto e a standard di riferimento cui protendere non già il repertorio di immagini di corpi offerto dai mass media bensì i corpi in carne e ossa degli amici e dei conoscenti oppure la forma fisica da loro stessi sperimentata in passato. Dei corpi presi a modello né smaccatamente magri né privi di difetti ma piuttosto vissuti, vale a dire rispettosi delle specificità e delle differenze, tanto anatomiche quanto biografiche, dei singoli individui che li animano. Si valutino le stesse parole proferite a riguardo da alcuni soggetti interpellati nel corso delle interviste.

“Non è che me ne frega tanto, non è che mi sento male a vedere i corpi perfetti che ci sono in televisione... Guardo di più il corpo della mia istruttrice in palestra. Il corpo tonico di una persona sportiva, sana. Ecco, il corpo che prendo più a modello. È un corpo più reale tra virgolette. Il corpo non perfetto ma di una persona che penso possa raggiungere anche io. Più o meno della mia altezza, della mia corporatura, magari più esile, così. Però quello è il corpo a cui penso di poter puntare, perché è un corpo sano, non artefatto, è uno che vedo dal vivo. Allora sì, da quello, quello è il corpo da cui, non mi faccio condizionare ma diciamo che prendo ispirazione. Perché così mi piacerebbe essere, riuscire finalmente ad avere un corpo più sportivo, rispettando però la mia conformazione... Io non diventerò mai come la Hunziker. Che per carità, io trovo sia una donna molto bella o non so la, la, ora non mi viene un altro nome. Così non lo diventerò mai. Ma perché ho altre fattezze, sono un'altra persona, ho un altro fisico, un altro metabolismo, un altro stile di vita, ho avuto una gravidanza, non so se mi capisci” (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

“Sai, una cosa che mi ha portato a voler dimagrire, più dei fisicati che vedi ovunque in tv... È che mi sono visto... Il ricordo di una foto che mi ha fatto mia madre, ero in divisa. Facevo servizio nell'ambulanza e non mi ero reso conto di

quando avevo perso allora. Ho ancora questo ricordo e mi ricordo che mi piacevo. Non ero perfetto, la perfezione non è di nessuno, io ho la consapevolezza di non poterla mai raggiungere, di non essere un Raul Bova, ma ora non voglio neanche andare in giro con una sessantadue, sessantaquattro di pantaloni. Andare in giro e un paio di pantaloni li trovo, una maglietta che me la posso mettere su comodamente. Come ero nella foto, a me basterebbe tornare così. Adesso non mi ricordo il peso preciso. Sarò stato tra gli ottantacinque e i novanta chili, una cosa del genere. Che non vuol dire essere magro, però per me è quello che è un obiettivo” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Secondo me il giusto è sempre una via di mezzo. Ovvio che magari quando sei davanti alla tv o sfogli un giornale ti viene da dire: “Che bello se fossi come lei!”, però non lo sono. Lo sai che quella non è la realtà, la tua realtà ma anche quella delle maggior parte delle persone con cui vivi. Però poi secondo me sta anche nel corpo delle persone ad accettarsi, cioè a vivere serenamente con il proprio corpo. Ovvio, che una persona vive male con i suoi chili in più, però io non ho, io non ho mai detto: “Voglio diventare così”. Magari mi sono detta: “Magari lo fossi!” ma più, così per fantasticare. Infatti, anche adesso che sono seguita dalla nutrizionista io mi dico: “Io voglio diventare come ero io”. Ho visto delle mie foto e dicevo: “Ma guarda, così mi piacevo tantissimo”. Non ero perfetta, eh! Perfetta non lo sono mai stata, però io non dico: “Voglio diventare come la Marcuzzi”. Io voglio diventare come l’Elisabetta (pseudonimo) che ero anni fa, voglio rientrare nei miei pantaloni che però non sono una taglia trentotto / anche perché in quella non ci sono mai stata / (ridendo). Voglio tornare come ero anni fa, non è che adesso che faccio la dieta miro a diventare chissà chi” (Elisabetta, 33 anni, impiegata, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“No quello no, casomai il modello potevo avercelo in eccesso, non volevo diventare come quella persona e allora ho fatto la dieta, ho avuto un modello di come non volevo diventare e non di come volevo diventare. Se non avessi visto certa gente con due anni in meno di me e con venti o trenta chili in più di me non avrei fatto questa dieta, se non avessi conosciuto queste persone non l’avrei fatta. Poi invece c’è chi punta alla perfezione ma a me questa cosa non mi è mai interessata. Quelli della televisione che sono magri e palestrati... No, anche perché penso non diventerò mai così, non mi hanno mai interessato. Non è una cosa che mi ha, io sono fatto diversamente. Tanto io non sarò mai palestrato, con la tartaruga, quelle cose lì le ho già escluse ma da sempre, / sono escluse in partenza / (ridendo). A me interessa essere normale, non avere la pancia, vedere che metti il maglione ed è dritto. Non so come spiegarti, come sono i miei amici che non sono magrissimi e palestrati, qualcuno va in palestra ma sono tutti ragazzi normali, con un fisico normale, magari anche con un po’ di pancia ma non con la panzona come la mia. Sono ragazzi con un fisico normalissimo che se vanno in un negozio

qualunque una M o una L gli sta addosso senza problemi. Una cosa così, non è perché adesso che faccio la dieta sono diventato un fissato” (Andrea, 25 anni, cuoco, peso massimo raggiunto oltre 75 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Io personalmente non guardando mai la televisione, da ormai dieci anni. Non sono molto, non mi pongo molto il problema del paragone, anche perché nella vita reale trovo altre persone con cui confrontarmi, questo di sicuro. Preferirei che so, essere come la mia coinquilina piuttosto che come una ragazza alla televisione. Non so come dirti, come spiegare... Dal mio punto di vista, per quel che riguarda la mia esperienza, la televisione e quelle cavolate lì non mi hanno mai influenzato. Invece mi influenza il paragone con le persone che ho intorno, quello sì. Soprattutto delle persone che mi stanno vicino, delle mie amiche, della mia coinquilina, di mia madre. Quindi mi dico: “Caspita vorrei essere così piuttosto di come sono io” quello sì, però non mi è mai capitato di dirlo verso persone della televisione o di un giornale, di provare una grande invidia in quel senso. Cioè, vorrei essere semplicemente me stessa, quindi esteticamente quella che sono, però più magra. Io ho accettato le mie forme corporee. Io lo so che sono una ragazza, sono una ragazza carnosa, con le curve, si vede che sono femmina, quindi io non sarò mai un grissino. Ma mi va bene. Una ventina di chili in meno, venticinque. Un fisico formoso ma accettabile come hanno tante ragazze, come ha mia cugina che non è magra, ma sta bene. Un fisico così, sia per un discorso estetico sia di salute, come ti dicevo prima” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

Di là dai termini di riferimento adottati dai singoli soggetti interpellati, è sicuramente opportuno segnalare che l’obesità non è solo una condizione fisica caratterizzata dalla sperimentazione di un’insoddisfazione estetica. Stando al contenuto dei resoconti raccolti, tale disposizione corporea si accompagna sovente anche a una compromissione del più generale stato di efficienza fisica. Alla disamina di tale aspetto del vissuto corporeo delle persone obese intervistate saranno dedicate le prossime pagine.

#### **4. L’inefficienza organica**

Oltre alla disaffezione per la propria immagine esteriore, gli individui interpellati hanno frequentemente e diffusamente riferito all’interno dei loro resoconti di un particolare tipo di esperienza organica, vale a dire espressamente riconducibile alla peculiare condizione fisica determinata dallo stato di obesità e comportante specifiche percezioni e sensazioni corporee. Più in dettaglio, attenendosi al contenuto emerso nel corso delle interviste, si denota come i soggetti obesi intervistati abbiano sovente

lamentato l'insorgenza di un precoce stato di affaticamento e di stanchezza, il perdurare di una condizione di fiacchezza e di spossatezza, la sperimentazione di un marcato senso di difficoltà e d'impedimento nei movimenti e negli spostamenti nonché il frequente incorrere nell'affanno, nell'accelerazione del battito cardiaco e nelle vampate di calore e come tali manifestazioni fossero dagli stessi individui imputate specificamente al loro eccesso ponderale. Nel merito, va inoltre precisato che sebbene tali riscontri siano propri di tutte le esperienze di obesità esaminate, in quanto ciascun intervistato ne ha dato menzione nelle sue narrazioni, la severità dei sopra citati esiti aumenti in modo prevedibile con il progredire del grado di obesità e con l'avanzare dell'età del singolo soggetto interpellato. Oltre ciò, in relazione al vissuto organico degli intervistati è altresì doveroso segnalare che, dal punto di vista medico e delle più generali condizioni di salute, quasi la metà di tali individui recasse la diagnosi di una o più morbilità tipicamente associate allo stato di obesità. In particolare, si fa qui puntuale riferimento alla manifestazione di patologie quali il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, le osteoartrosi e i disturbi respiratori, specie durante il sonno. Si valuti a testimonianza di quanto appena illustrato le parole proferite dagli interpellati.

“Perché mi rendo conto che faccio fatica, faccio fatica anche nel fare una passeggiata. Capita che dei pomeriggi vado a fare una passeggiata con una mia amica e mi rendo conto che faccio fatica a camminare. Lei ha un passo più veloce, io invece faccio fatica a stargli dietro. Mi sento proprio pesante, mi viene il fiatone anche se stiamo solo passeggiando, che faccio fatica a parlare. Poi la pesantezza mi dà continua sonnolenza. Spesso la domenica la passerei tutta a letto a dormire e non è salutare la cosa, perché capisco che non è dovuta alla stanchezza della settimana. Mi sento stanco e penso proprio sia dovuto al fatto del peso. Quello di buttare giù del peso per stare meglio con me stesso me lo dico perché mi rendo conto che a volte sono troppo abbondante e faccio fatica. Fare due piani a quarantadue anni con questa pancia si fa fatica, quindi dico: “Dieci chili, quindici chili buttiamoli giù”. Non voglio fare chissà che ma solamente riuscire a camminare meglio, fare meno fatica mentre lavoro, perché molte volte mi accorgo che sono affaticato. Dietro il banco ti alzi, ti abbassi, ti giri e capisco che portarmi dietro questa pancia per il mio corpo è una fatica. Poi ho avuto problemi, per esempio nel mese di novembre ho avuto problemi di cuore, di pressione alta e lì quindi ero riuscito a mettermi a dieta per un periodo, sarà anche per lo spavento, ed ero riuscito a dimagrire qualcosa. Non prendevo più il sale, stavo più attento, anche alla colazione. Non prendevo più brioche, solo una spremuta, un caffè e basta e onestamente mi sentivo meglio. Meno stanco. Solo che non sono costante in queste cose, dopo un po' mi stufo, mi stanco e riprendo i ritmi di prima e ovviamente risalgo anche di peso” (Fabio, 42 anni, barista, peso massimo 125 kg, BMI 36).

“Beh, negli ultimi anni con il peso che avevo raggiunto facevo fatica anche a fare una rampa di scale, anche a fare tante altre cose. Tipo lavorando con i bambini facevo fatica a stargli dietro. Due anni fa ero in materna e facevo fatica a stare con il bambino autistico che comunque dovevo sedermi, stare giù con lui, poi dovevo rialzarmi, dovevo rincorrerlo. Il mio lavoro era diventato propria una sofferenza fisica perché non riuscivo a fare tutto quello che facevo, cioè lo facevo ma con una sofferenza che, per dire... La sentivo perché avevo spesso il fiatone, la sera quando tornavo a casa ero distrutta. Avevo male alle ginocchia, la schiena, i piedi. Ero proprio ridotta a un / catorcio / (ridendo)” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

“Ma ti stanchi prima, ti stanchi prima questo sì... E non va bene, e non va bene però è appunto una questione di salute legata ai chili di troppo. Eh comunque, comunque è una cosa che la senti, comunque è anche altre cose cioè voglio dire quando poi tutto sommato hai dei ritmi che sono stressanti quando finisce che dormi poco per motivi vari. Sono cose poi che i chili in più non aiutano, a lungo andare li senti. Ecco, quando avevo iniziato l’università, dieci anni fa le sentivo meno, adesso le sento un po’ di più. Adesso dire con l’avanzare dell’età a ventotto anni / mi sembra che faccia ridere / (ridendo), però è anche vero che negli ultimi anni sono ingrassato... Io penso francamente al mio primo anno da matricola ed è una cosa che francamente io non farei mai, adesso come adesso non lo rifarei, cioè per come sono ora sarebbe una fatica unica, più di quello che già era allora. Perché io il primo anno ho fatto un semestre dalle nove e mezza del mattino alle sette di sera su tre sedi, perché alle nove iniziavi a Sant’Alessandro, poi andavi in Festa del Perdono e poi andavi in dipartimento quindi in fondo in via Ripamonti che era una cosa che, era stressante. Una cosa che adesso / non la rifarei ecco, per dire / (ridendo)... Perché comunque i chili in più a livello di fatica di una giornata in cui ti devi muovere tutto il giorno si fanno sentire. Oppure a fare sport, mi affatico, sento che mi affatico. Se non sei più che allenato fai più fatica quindi, dopo con un po’ di allenamento magari riprendi un po’ il fiato però vedi se stai fermo un mese, poi tra una cosa e l’altra riesci che ci vai quando puoi e poi magari ti rendi conto che se c’hai magari dieci, venti chili di più e ci vai un po’ di meno come dire è un po’ un circolo vizioso alla fine sai, come / quello che dice / (ridendo): “Più mangi più ingrassi, più ingrassi più ti deprimi, più ti deprimi più / mangi” e poi vai avanti/ (ridendo). È lì il discorso. Più fai fatica e meno hai voglia di allenarti, e meno ti alleni più farai sempre più fatica. Questo lo percepisci e da anche un po’ fastidio. Il fiatone, che ti manca il respiro ogni volta che devi fare uno sforzo. Eh, l’unica cosa è avere la costanza di farlo e di stare a dieta. Sono sicuro che se avessi meno chili non sentirei tanta fatica a fare tante cose” (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“Fisicamente diciamo che il muoversi con quel peso mi procurava il fiatone, così non riuscivo a respirare, mi era impossibile correre, diciamo fare cose, essere /

veloci / (ridendo). Camminare, ecco. Più di tanto non riuscivo. Già fare una passeggiata di un chilometro per me significava averne fatti dieci perché ero, mi facevano male le gambe e avevo sempre sete, il fiatone. Avevo questo bisogno di bere per farmi passare il fiatone che quando sei fuori per la strada è impossibile da fare almeno che non vai al bar / ogni cinque minuti / (ridendo). Poi i mal di schiena erano dovuti al peso. Il mal di schiena, anche il dormire, il trovar una posizione per star comodi, il russare perché il grasso ti impedisce il respiro durante la notte. Ho avuto anche il problema di, di, avevo preso il vizio di dormire a pancia in giù e con il peso che avevo mi schiacciavo, non respiravo e mi faceva malissimo. Sono andata anche dal medico e mi ha detto di dormire a pancia in su mettendoci anche dei cuscini così da respirare meglio. Ma mi veniva scomodo perché ero abituata a dormire diversamente. Poi altri disturbi, a parte questo problema qua dell'inizio del diabete che però sono riuscita a evitare per un pelo, vabbè, le piaghe della pelle, perché avendo le gambe grosse che si toccavano soprattutto nel periodo estivo, facevo le piaghe nel giro delle cosce, sotto le braccia, sotto la pancia. Era brutto perché ti sembrava sempre che la gente sentiva questi odori strani, di marcio diciamo, e dovevo sempre spalmarmi la crema dei bambini e il borotalco. Ho avuto fortissimi dolori ai piedi. Quando camminavo avevo fortissimi dolori e io ho dato la colpa al peso. Eh... Dolori alle gambe, alle anche, la parte finale della schiena. A livello fisico era più che altro questo. Poi la tachicardia, il cuore che lo sentivi scoppiare quando facevo i movimenti. Diciamo che mi ha dato problemi al respiro, di cuore affaticato nei movimenti e queste cose qua" (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

Come chiaramente illustrato dagli stralci d'intervista appena proposti, lo stato di obesità implica l'esperienza di una compromissione dell'efficienza fisica e di una limitazione della funzionalità corporea. In merito, può essere poi precisato come sia soprattutto nel corso degli spostamenti nello spazio che l'individuo obeso sperimenta un tale deficit fisico. In tali frangenti il peso in eccesso sottopone, infatti, l'organismo a uno sforzo supplementare, in grado di pregiudicare, in maniera più o meno accentuata, il più generale stato di benessere. Attenendosi dunque alle narrazioni, è possibile rilevare come nel caso dei soggetti obesi interpellati il compimento di movimenti ordinari finché banali si assocerebbe all'insorgere di spiacevoli manifestazioni, quali un respiro affannoso, un battito cardiaco sostenuto e un dolore articolare, e si accompagnerebbe a una marcata sensazione di prostrazione e di stanchezza. A ciò bisogna necessariamente aggiungere come l'entità di queste esperienze può essere tale da interferire anche fortemente con il regolare svolgimento delle normali attività quotidiane, condizionando così apprezzabilmente la più generale esistenza vissuta dagli individui obesi. A sostegno di quanto appena asserito si valuti qualche estratto dei resoconti dei soggetti intervistati.

“Beh sì, sicuramente ci sono cose in cui sono limitato. Un po’ il peso e un po’ forse anche l’età. Ecco, però no, è più il peso che mi limita a essere onesti. Faccio un esempio: io viaggio con i mezzi, un po’ il treno e un po’ l’autobus. Qualche chilo fa per dire, che avevo dei chili in meno, questo sì, riuscivo a prendere l’autobus in corsa. Se lo vedevo a una certa distanza, sapendo dove si sarebbe fermato al semaforo, alla fermata, per cui avendo qualche minuto di sosta, io riuscivo a calcolare quei due minuti in più e a correre e a prendere l’autobus. Ora se vedo l’autobus che non sono alla fermata gli faccio: / “Ciao!” / (ridendo)... Nel senso che non ce la faccio a correre per prendere l’autobus, / rischierei un infarto / (ridendo)... Perché il cuore lo sento che si affatica. Oppure ecco, io ero solito in estate fare dei percorsi in montagna, seguire i ruscelli, delle belle camminate con mia moglie e i miei figli. Nulla di impegnativo, perché comunque avevamo i bambini, giusto un po’ in pendenza poi magari ogni tanto c’erano degli anfratti che ti dovevi arrampicare un minimo. Ora non li faccio più. A parte la fatica di camminare ma in certi punti non ci passerai proprio. Insomma, diciamo che i chili si sentono, si sentono soprattutto negli spostamenti perché è logico: il tuo fisico deve portare un tot di chili in più e fa più fatica. Per dire, quando si guasta l’ascensore nel condominio per me è un problema. Da che varco la, l’ingresso del mio condominio a che sono in casa passano che so, / quindici minuti / (ridendo). Perché per fare quattro piani minimo mi devo fermare quattro volte. Una sosta per piano perché siamo sempre lì: il cuore si affatica. E anche a dormire fai fatica, russi e ti svegli spesso per cambiare posizione” (Antonino, 50 anni, dirigente, peso massimo raggiunto 120 kg, BMI 46).

“L’obesità si sente. Eccome! Io oramai non faccio più tante cose... Non vado più in moto con mio marito. Non mi piace, mi sento goffa, mi sento pesante sullo scooterone e mi sembra di perdere sempre l’equilibrio perché la moto quando sono su traballa tutta. Non è stabile. Ho sempre la sensazione di cadere. È una fatica non un piacere andare in moto. Per me è una fatica tutto. Fisicamente è una fatica tutto. Per me fare l’indispensabile è già una fatica. Ogni cosa ti fa venire il fiatone. E anche adesso, venendo qua dicevo: “Non vedo l’ora che mi tolgano questi chili”. Perché a far due passi mi sembra di aver fatto un chilometro. Non ce la faccio più. Fisicamente. Anche quando, che so, quando vado a fare la spesa devo trovare parcheggio vicino all’entrata del supermercato altrimenti anche per quattro cose mi tocca prendere il carrello perché da sola non ce la faccio a camminare e portare la borsa. È vero, a casa ti muovi, nel senso che io sono una perfetta donnina di casa, in casa so fare tutto. Ho fatto anche pulizie per tanti anni. Ero un trattore in casa, sempre fatto anche i mestieri pesanti. Ma, ma adesso mi pesa cioè, non è più come prima. Sarà che sono ingrassata, che l’ho fatto anche per trentaquattro anni e ora giustamente mi pesa tanto, nel senso che ora ne pago anche le conseguenze... Non ce n’è, il corpo prima o poi ti presenta il conto. Ogni cosa che faccio sono ingolfata lì. Fiatone, sudo, mi stanco. Tante volte ancora prima di incominciare lascio perdere, perché so che non ce la faccio fisicamente, perché poi mi serve mezza

giornata per riprendermi dalla fatica e allora devo sapere se ho il tempo di riposarmi, di riprendermi perché non sempre ce l'hai" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

"Cioè essere grasso non mi aiuta a fare le scale, mi viene il fiatone quando faccio un minimo sforzo, c'ho sempre il fiatone, faccio fatica. Evito di andare in bicicletta perché ormai non mi sento più, non sono neanche abituato, sono anche sbilanciato: ci ho provato una volta e mi sembrava di non saperci andare più. La fatica. Una volta dovevo andare a vedere un appartamento al sesto piano. Sono arrivato al quarto che stavo morendo, mi sembrava veramente di morire. Mi sono fermato e l'abbiamo dovuto fare per forza perché era rotto l'ascensore e rimanevano solo le scale. Pesavo ancora centoventi chili, sui centoventi e qualcosa e niente ci ho messo un'ora a salire. Morendo. Però da quella volta mai più. Ho degli amici che abitano al terzo o quarto piano di un palazzo senza ascensore e loro lo sanno che io non vado a casa loro perché non riesco a fare le scale che mi sembra di morire. Magari quando perderò un po' di peso se ne potrà parlare ma per ora le scale non fanno per me. Che poi lo sforzo fisico, invece magari lo sforzo fisico mi farebbe solo bene. Però piano piano perché portarsi dietro tutto questo peso è già uno sforzo... La sera ormai io non faccio più niente, non di uscire ma neanche in casa. Quando torno a casa dal lavoro sono davvero troppo stanco. Ci sono sere che mi addormento sul divano alle sette dalla stanchezza e questo, anche parlando con mio cognato che è medico, mi ha detto che centra con il peso. Se fossi meno grosso mi stancherei di meno al lavoro, anche perché poi il mio è un lavoro sedentario" (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

"Sembra banale però hai proprio un ingombro fisico. Ti porti dietro un fardello che ti fa arrivare al primo piano di scale già stanca... Ehm, / le scale / (ridendo), quelle mi ammazzano, mi stancano. E poi diventi fucsia a fare cento metri per prendere il bus che non stai correndo o facendo la maratona, stai solo camminando con un passo un po' sostenuto per non farti lasciare lì alla banchina ad aspettare mezz'ora quello dopo... L'obesità ti rallenta la vita. Se vedo il tram che sta per passare io non mi ci mette a correre, prendo quello dopo e quindi questo ti rallenta. Tipo anche, ti porta spesso a uscire prima la mattina per fare le cose con calma... / Io lo faccio / (ridendo). Così anche se perdi il pullman puoi anche prendere quello dopo. In questo l'obesità riconosco che mi limita, mi rallenta. Che poi è la vita che ti pesa, qualsiasi attività quotidiana. La difficoltà di affrontare anche le semplici pulizie di casa. Io vivo da sola, nessuno me le può fare e devo farle io, ma io ci arrivo morta a pulire un'intera casa. Ora mi capita che devo anche spezzare su più giorni, perché non ce la posso fare. Hai il fiato corto nell'affrontare la vita, anche una passeggiata a piedi ti stanca, ti fa venire il fiatone, ti fa sudare. Figurati passare l'aspirapolvere, lo straccio della polvere, i pavimenti. È una fatica, tutto è uno sforzo" (Alberta, 26 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 135 kg, BMI 46).

Appare dunque possibile sottolineare come i soggetti intervistati lamentino sovente nello svolgimento delle comuni attività quotidiane l'impossibilità di affidarsi pienamente al loro corpo. Prendere i mezzi pubblici, adempiere alle faccende di casa e salire le scale, come rivelato dagli estratti sopra presentati, divengono attività difficili da praticare e che richiedono uno specifico grado di ponderazione. L'individuo obeso deve, di fatto, tenere in opportuna considerazione le limitazioni alla capacità di movimento nonché la facilità con cui sopraggiungono la prostrazione, la stanchezza e il dolore, proprie della sua particolare condizione fisica. Il corpo obeso appare quindi assorbire le risorse attentive del soggetto, prescrivendo allo stesso l'elaborazione e l'implementazione di precise strategie al fine di rimediare ai suoi malfunzionamenti. Nonostante l'ordinarietà delle azioni, l'elemento corporeo non è relegato sullo sfondo dell'esperienza soggettiva, quale fosse un dato per scontato. Il corpo obeso è, infatti, perlopiù presente all'interno dell'orizzonte di consapevolezza del singolo individuo. Impossibile non riconoscere in tale vissuto corporeo la piena manifestazione di quella che Drew Leder (1990) definisce la *bodily dys-appearance*, conseguente all'alterazione del normale stato d'integrità e di salute del corpo. Pertanto, non stupisce poi constatare, come in parte anticipato dagli stralci d'intervista precedentemente esibiti, che la preoccupazione e l'avvertita necessità di fare fronte alla diminuita efficienza e funzionalità del corpo siano alla base dell'intenzione dichiarata e perseguita da diversi individui interpellati di guadagnare un deciso calo ponderale. Nel merito si valuti l'esperienza riferita da alcuni intervistati.

“Io sono arrivato a dire per l'ennesima volta, questa volta, mo' rimettiamoci a fare la dieta, cioè mi devo dare una regolata perché, ho notato che facevo le scale, arrivavo in alto e mi scoppiava il cuore. Per arrivare a casa mia c'è una rampa che saranno venti scalini o qualcosa di meno: diciassette, sedici. Devi portare su la spesa, o anche senza borse, e ti devi fermare perché il cuore ti scoppia. Lì c'è qualcosa che non va. Lì allora mi sono detto: “Se sono conciato così a trent'anni rischio tra vent'anni di dovermi fare mettere il montacarichi per salire in casa”. La cosa mi spaventava. Poi ecco, un'altra cosa: la notte andavo in apnea e mi svegliavo con una tachicardia allucinante. Tu immaginati che brutto svegliarsi così la notte, magari anche due o tre volte. Che poi riposi male e la mattina sei uno straccio. Comunque sul momento vai in agitazione, per me è come un attacco di panico. Che poi mi sono accorto che andavo in apnea perché russavo, russavo tanto perché il peso comprimendo i polmoni, poverini, dopo un po' che sei sdraiato non ce la fanno. E comunque mi svegliavo con un'agitazione che non finiva più perché quando ti manca il respiro è brutto, è pesante, ti sembra di morire. No, no. Non mi sentivo bene, non stavo bene con tutto quel peso lì e allora mi sono convinto e mi

sono detto: “Rimettiamoci con la dieta per vedere di fare qualcosa”. Sì, perché dai, quella non è vita” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Ho iniziato la dieta per la mobilità e diciamoci anche la voglia di guardarsi allo specchio, / se no uno passa sotto / (ridendo). E io invece dopo tanto tempo / ci voglio passare davanti / (ridendo)... No, vabbè a parte gli scherzi vorrei riuscire a fare le scale con tranquillità e queste cose, perché quando incominci a fare fatica a muoverti nella vita di tutti i giorni, le scale, nei mestieri in casa, a piegarti non ce la fai. Per me questa cosa è uno spauracchio troppo alto. Poi sì, negli ultimi anni, sono soprattutto per le ginocchia. Loro stanno soffrendo tanto, poverine. Così pesanti si fa fatica. Che nonostante fossi grassa sono sempre, magari ecco, ci mettevo più di altri ma non mi sono mai tirata indietro dal fare le cose, le facevo con più fatica, in più tempo degli altri, però ultimamente avevo, sentivo di avere degli impedimenti fisici e allora mi sono detta: “Qui è il caso di tornare dal nutrizionista”, perché poi sai: in una vita una donna grassa ha fatto tutte le diete del mondo, da quelle delle riviste femminili anche a quelle dei dietologi. E niente, e così siamo qui. Ci si dice: “Basta, revisione della vita, sistemiamo tutto e cambiamo strada!” e la strada passava dal nutrizionista” (Marella, 55 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 98, BMI 39).

“Ecco, poi l’anno scorso che lavoravo in negozio, che poi l’ho ceduto a settembre, eh... Lì ho incominciato a preoccuparmi perché avevo notato che facevo proprio fatica a spostarmi. Per dire: alzarsi e andare a prendere qualcosa nel retro del negozio, tornavo che avevo il fiatone, cuore a mille come avessi giocato una partita di calcio. E invece avevo fatto cinque metri e tre gradini ad andare e a tornare. E poi un’altra cosa che avevo notato e che mi ha fatto dire: “Aspetta un attimo!” era che incominciavo a perdere l’equilibrio... Sì, perdevo l’equilibrio a muovermi o anche a stare in piedi, perché lì ero proprio arrivato al peso massimo di centosessantasei. Vedevo che non avevo più equilibrio e ho capito che era legato al peso e allora mi sono, ho incominciato a fare la dieta e soprattutto ho incominciato a informarmi sull’intervento. È stato l’anno scorso, settembre-ottobre. Lì mi sono detto che bisognava proprio vedere di perdere, di calare di peso” (Ilario, 49 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 166 kg, BMI 57).

Sempre in relazione alla fatica sperimentata negli spostamenti, è poi interessante aggiungere come i soggetti intervistati lamentino di frequente in tali frangenti l’accentuata propensione ad accaldarsi e quindi a sudare. Di là dai disturbi organici causati da una perdurante e copiosa sudorazione – si pensi a titolo d’esempio allo scompenso degli equilibri elettrolitici –, gli individui interpellati segnalano nelle loro narrazioni che a essere vissuto con un senso di profondo e intenso disagio sia soprattutto il fatto di

presentarsi agli altri madidi di sudore. Stando, infatti, alle testimonianze raccolte, oltre alla vessazione fisica e psicologica dovuta alla sensazione di fatica patita nel corso degli spostamenti, ad aggravare in tali momenti l'esperienza dei soggetti obesi concorrerebbe altresì la sconvenienza di mostrarsi allo sguardo altrui accalorati e sudati. Si può dunque sostenere che per tali individui il fatto di contravvenire alle comuni aspettative in merito alla gestione in pubblico di talune reazioni e manifestazioni fisiologiche e, più in generale, di violare le norme sociali circa la presentazione di sé in determinati contesti interattivi costituisce un ulteriore elemento di frustrazione vissuto in relazione al loro peculiare stato corporeo. A riprova di quanto appena argomentato si esaminino le testimonianze riferite da alcuni intervistati.

“Sii, cioè sicuramente quando fai degli sforzi, dell'attività fisica sicuramente ti stanchi di più e poi anche la cosa che sudi molto, di più in generale. Il grasso ti, ti porta a sudare molto di più... Questo è un po' un problema. Sembra banale ma è così. Forse il lato positivo è che sento meno il freddo perché sono più coperto di mio, però non so... Di negativo c'è che ti stanchi molto prima insomma, ho meno resistenza e poi vabbè sembra una cazzata però nella vita sociale sudare ti crea un po' di problemi, di imbarazzo. E allora ci devi pensare in anticipo. D'inverno te la cavi vestendoti leggero, d'estate invece minimo la doccia due volte al giorno, perché capita spesso che anche se ti sei fatto la doccia la mattina al pomeriggio sei già da sbatter via e se hai un minimo di vita sociale non puoi permetterti di / puzzare, diciamoci le cose come sono / (ridendo). E poi vabbè, sempre in polo, che è fatta di tessuto a retina, a nido d'ape e assorbe e non si vede che sei bagnato. Però ecco, la camicia di cotone te la sogni. Non è questione di aloni, è che diventa tutta bagnata e alla gente vedere il bagnato, se poi magari ti devi sedere, appoggiarti, devi lavorare eccetera, non piace. / Poi io mi bagno proprio sulle braccia / (ridendo), non è una questione solo di ascelle. Per cui è davvero è un gran casino perché anche mettendo una canottierina per assorbire le braccia rimangono fuori e sono sempre bagnate” (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

“Ecco, io in quanto obesa una cosa che ho sofferto tanto è il caldo. Io le cose di lana per me erano, ma da sempre, off-limits. Mai usate. Nel senso che solo a vederle sudavo perché comunque avevo sempre caldo o stavo bene. Freddo mai, / forse in montagna / (ridendo). Giusto ora dopo l'intervento a livello termico incomincio a essere più normale, nel senso come tutti, caldo e freddo in base alle circostanze e non sempre caldo e scalmane [...] Per dirti, io lavorando e muovendomi molto da una scuola all'altra durante il giorno, vabbè giacca pesante per uscire avanti e indietro dalle scuole, ma poi maglietta di cotone per stare dentro la scuola perché per me a scuola fa caldo. Il classico maglione di lana / che

fa tanto dicembre / (ridendo) per me sarebbe fare una sauna. E non è che puoi stare a scuola tutta pezzata. Onestamente non sta bene. Per cui in inverno sopravvivi vestendoti poco ma il problema maggiore è in estate che c'è, boh, sudi in continuazione. Non so quanti litri di liquidi... Certe giornate che vabbè, a parte la debolezza perché vai in mancanza di sali minerali però è proprio il sudore no stop. Sei perennemente bagnata e non è molto bello. Anche a me fa un po' schifo quindi immaginati quello che possono pensare gli altri" (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

"Nel mio caso mi da fastidio anche, è il fatto di sudare continuamente anche a temperature accettabili tant'è che quando fa molto caldo mmm, non resisto. Diciamo che può essere una cosa che capita anche a una persona che non sa gestire il caldo, che suda tanto e va fuori di testa, che ti da un attacco di panico. Nel senso che avere tanto grasso ti fa trattenere molto il caldo, quindi se fa caldo tendi a surriscaldarti. Io mi ricordo che quando ero più magro, sui novanta chili, non era così. Il caldo riuscivo a gestirlo di più. Ora d'inverno metto la mia t-shirt con la mia felpa sopra perché comunque poi quando mi sposto il giubbotto ma se sto al chiuso una felpa di quelle leggere mi basta perché non soffro molto il freddo. Infatti, anche a casa che ci sono sempre venti, ventuno gradi la situazione a volte diventa che devo aprire la finestra anche in inverno perché sento caldo. È poi ecco, il fatto del caldo mi porta a limitare il movimento o le manifestazioni di entusiasmo come può essere quello che devi fare un pezzo di strada a piedi oppure se vai a un concerto il saltare o agitarsi particolarmente tipo ballare perché non mi va di sudare, di bagnarmi e di sentire il fiatone. Poi magari se mi va lo faccio lo stesso. Sono molto lunatico. Sostanzialmente tutte quelle cose che tendono ad affaticarmi, a farmi sudare, queste cose qua, gli sforzi fisici, ecco, tendo ad evitarli. Anche perché con gli altri non è bello farsi vedere tutti ansimanti e sudati e poi quando il sudore si asciuga anche gli odori. Ti lavi però per uno che soffre il caldo come me dopo un'ora sei punto da capo" (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

"Non che mi vedessi piacevole per carità, però io soprattutto non sopportavo più di avere il fiatone quando camminavo, non essere al cento per cento. Tremendo, tremendo. Soprattutto in estate. Io credo poi di sudare tanto di mio, anche adesso, purtroppo è una cosa che avrò ereditato, però con i chili in eccesso era moltiplicata a mille. Per cui ogni minimo sforzo dava questa sensazione qui. E poi la mancanza di fiato, l'affanno continuo, e poi sempre peggio di fatto. Questo respiro pesante, il sudare, la fatica perché poi piano piano hanno incominciato le gambe, la schiena, poi le ginocchia e questa cosa di sentirle sempre affaticate, indolenzite ma poi proprio questo fatto come se un movimento maggiore potesse / provocare un'esplosione / (ridendo). Non vedevi l'ora di tornare a casa. Una cosa fisica, più che psicologica. Una sensazione brutta-brutta... Sarà poi che io ho sempre camminato molto per lavoro, cioè lavorando in ferrovia non stai mai ferma e questa

cosa di fare sempre più fatica, di sudare a ogni minimo movimento anche sulla faccia, questa cosa di avere sempre la faccia sudata mi è pesata non poco. Che poi se sei sudata non puoi neanche più di tanto scoprirti. Noi anche in estate abbiamo la giacca della divisa, te la puoi togliere ma se sotto sei sudata te la devi tenere su e così hai ancora più caldo. Orribile, orribile... Davvero, se non hai provato non puoi capire” (Donata, 43 anni, capo stazione, peso massimo raggiunto 103 kg, BMI 36).

Attenendosi alle testimonianze esaminate, è poi possibile apprezzare che la severità dell’esperienza di compromissione dell’efficienza e della funzionalità del corpo aumenti, di fatto, con il progredire del grado di obesità mostrata dal singolo intervistato. Va affermato come in conseguenza dell’ammontare delle limitazioni e delle difficoltà fisiche segnalate dai soggetti interpellati, una forma di obesità particolarmente avanzata pare costituire per quanti ne sono interessati una condizione corporea marcatamente invalidante. Stando al contenuto delle interviste, un’obesità di III grado<sup>1</sup> avrebbe invero un impatto oltremodo considerevole sul piano dell’esperienza quotidiana vissuta dall’individuo. In tale stato corporeo, le complicazioni legate all’attività motoria e alle sensazioni di prostrazione fisica e di dolore minano, infatti, in modo estremamente significativo e profondo il vissuto del soggetto, impedendo il compimento in autonomia di azioni dal carattere perlopiù abituale e routinario e imponendo in tali frangenti il ricorso all’assistenza dei familiari. È dunque possibile indicare come nel caso specifico di un’obesità progredita la più generale e concreta gestione del corpo divenga un’attività estremamente gravosa e talvolta perseguibile solo a costo di una profonda modificazione e ridefinizione delle prassi e delle abitudini di vita che la informano. In merito a tali difficoltà, è poi interessante rilevare come, nel corso delle narrazioni, gli intervistati alludano sovente alle problematiche riscontrate nelle quotidiane attività di cura e d’igiene del corpo e come gli stessi individui riconducano altresì la responsabilità di una simile situazione alle ostacolanti dimensioni raggiunte dalla loro prominente addominale. Di fatto, nei racconti degli interpellati l’addome è rappresentato nei termini espliciti di una barriera di confine, in grado di relegare la parte inferiore del corpo entro il dominio dell’inesplorabile e dell’inarrivabile. A illustrazione di quanto asserito si valutino le esperienze riportate da alcuni intervistati in condizione di avanzata obesità.

---

<sup>1</sup> Si ricorda che sono considerati obesi di III grado (obesità morbigena) gli individui adulti con BMI (kg/m<sup>2</sup>) uguale o superiore a 40.

“Tante cose di te ne risentono dell’obesità. Hai il problema di muoverti tutti i giorni per andare a lavoro. Con i mezzi pubblici fai fatica anche perché poi sali, scendi, cambia, devi fare dei pezzi di strada a piedi e c’è il problema del sudore, poi soprattutto d’estate che sudi come un animale. Poi se non trovi posto per sederti ti fanno male le ginocchia, le gambe, la schiena a fare tutto il viaggio in piedi quindi a un certo punto puoi spostarti solo in macchina per andare a lavoro e il treno lo abbandoni. Tante cose. Non riesci più a fare la pipì in piedi perché la pancia non me lo permette, la puoi fare da seduto. Devo allacciarmi le scarpe? Devo trovare un metodo assurdo per allacciarmi le scarpe o meglio comprarle senza lacci o metterle con i lacci già allacciati ma larghi che ti entra il piede. Odi i tuoi piedi non perché siano diventati grassi ma perché sono troppo distanti e non puoi gestirli. Calze, scarpe, unghie. Hai un corpo enorme tra loro e te e non riesci ad arrivarci come una qualunque persona” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Adesso già alzarsi la mattina o la notte che mi fanno male le caviglie. Devo andare a fare pipì: “Ah!” dico, “Ho già le caviglie che mi fanno male”. E già... Ma anche fare le cose di tutti i giorni è un problema, proprio per le giunture. Lo sento che si, s’infiammano, poverine. E a volte con la borsa, la portadocumenti, il giubbotto, la borsa del pc, se mi devo portare dietro dei pesi dico: “Non ce la faccio!”... È un problema, li sento. Mi fanno male le braccia, la schiena. Lo sento anche alle gambe... Io però non posso lamentarmi più di tanto perché per l’obesità che ho sono in salute, ma già per allacciarmi le scarpe, devo tirare tre sospiri per farlo, se devo abbassarmi devo sedermi sulle ginocchia. Anche prendersi cura di sé, la cura delle gambe, dei piedi. Tutte quelle cose che deve fare una donna per essere apposto, io oramai lascio stare, non ci arrivo. Il pedicure o me lo faccio fare dall’estetista o me / lo fa l’estetista / (ridendo). Non ho molta scelta. E posso solo immaginare che problemi hanno quelli più grossi di me” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Certe volte anche il semplice andare in bagno. Sarò sincero, sai quando ti fanno la battuta: “Te lo vedi ancora sotto la pancia?”... Può dare fastidio anche quello ma è vero. Ti impedisce, la pancia ti impedisce di vedere i tuoi genitali... Quindi ora preferisco sedermi per far pipì piuttosto che stare in piedi. È un’abitudine che adesso si è accentuata e ha anche una giustificazione maggiore, diciamo che è una necessità... Però ci sono dei limiti... Questa storia che faccio fatica ad allacciarmi le scarpe, che è una stupidata però ti succede... E poi di nuovo evitare tutti gli sforzi fisici. È così, l’obesità ti ostacola nel fare le cose, anche nel lavarti fai più fatica. In certi punti non ci arrivi, non ti vedi per colpa della pancia, quindi fai più fatica” (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

“La prima cosa che ho sofferto, che ho sofferto proprio tanto, perché non credevo che limitasse talmente, era il fatto che non potessi suonare, perché era talmente

grande la pancia che non riuscivo a fare scorrere le mani sulla tastiera. Quindi per un periodo di tempo, diciamo dopo che avevo superato i centoventi, centotrenta chili ho chiuso il pianoforte e mi sono chiuso anche questa valvola di sfogo, proprio perché non riuscivo a suonare. Poi ingrassando sempre di più anche l'imbarazzo di dover chiedere sempre più aiuto. Io sono fortunato perché sotto di me abita mia mamma, a fianco c'è mia sorella quindi se non c'era mia moglie qualcuno che mi aiutava lo trovavo sempre. Chiedevo di legarmi i lacci delle scarpe, aiutarmi a mettermi il pigiama, aiutami a lavarmi. Vai in bagno, a volte non riuscivi a pulirti e chiami a qualcuno. Dirli è una cosa, provarli è un'altra. Queste umiliazioni, perché sono umiliazioni. Ti portano a dire ma questa è vita? Poi dal punto di vista proprio fisico, ah, l'organismo stava / perfetto, per modo di dire / (ridendo). Avevo solo ipertensione e mi è venuto il diabete nell'ultimo mese. Però a livello respiratorio stavo benissimo, a livello cardiaco stavo benissimo. A livello cardiaco avevo il cuore ingrossato e solo l'ipertensione, però per il peso che avevo erano niente. Forse il fatto che ero giovane mi ha salvato. Poi avevo questi edemi alle gambe. Diciamo difficoltà nei movimenti e fisicamente non mi sentivo bene. Fisicamente avevo una forza io, una forza dentro che non mi posso ancora spiegare come sotto sforzo, con tutto quel peso, riuscivo a fare delle cose. Forse era perché non mi lasciavo abbattere, però a pochi mesi dall'intervento, dico la verità, se non mi avessero chiamato mi sarebbero dovuti venire a prendere a casa con i pompieri perché mi stavo per distendere e non alzarmi più. Perché poi con stampelle, perché nell'ultimo periodo quasi non camminavo per il peso, calze di compressione, perché mi si gonfiavano i piedi, infraditi perché non mi entravano più le scarpe, camicie che sembravano dei sacchi, allora tu dici: "Ma dove esci, ma cosa ti fai vedere affà?"... Una fatica fisica e psicologica che non è sostenibile a lungo" (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

Come mostrato dagli estratti appena presentati, è dunque possibile asserire che, nel passaggio dalle forme più moderate alle più progredite di obesità, la facoltà di movimento del soggetto obeso subisca un'importante compromissione, riducendo, nei fatti, la sua stessa autonomia. Tuttavia, di là dallo specifico grado di eccesso ponderale manifestato dal singolo individuo, è altresì possibile segnalare che, secondo quanto confidato da alcuni intervistati, a risentire negativamente dell'obesità sia stata altresì la loro attività sessuale. Nel merito si può, infatti, precisare come proprio la materiale difficoltà esperita nella gestione di un corpo obeso possa rivelarsi di serio ostacolo anche in rapporto a tale ambito d'esperienza. Più in particolare, sarebbero, da un lato, l'accumulo di adipe nella regione dell'addome, del pube, dei glutei e dei fianchi e, dall'altro, la più generale propensione organica ad accusare con estrema facilità prostrazione e affaticamento a essere ritenuti i principali responsabili di un tale esito. Nondimeno, non si può poi ignorare come in ciò giochi un ruolo tutt'altro

che trascurabile anche l'aspetto più propriamente emotivo e legato alla pronunciata insoddisfazione estetica nutrita dal soggetto obeso verso la sua peculiare forma fisica. Si considerino le asserzioni di alcuni interpellati concernenti un risvolto del loro vissuto corporeo dal carattere intimo e personale.

“No, non puoi sentirti a tuo agio con quasi duecento chili ma anche perché per me era davvero impossibile gestire il mio corpo. È difficile da spiegare ma tu immaginati di avere un vestito di gommapiuma spessa che ti ricopre tutto il corpo, dal collo ai piedi. Tutto il corpo... Per esempio, non riesci a vederti i piedi perché hai la pancia di mezzo... Io ho smesso di avere rapporti con mia moglie, perché comunque sia puoi pensare a un pistolino nascosto in un corpo di centonovantaquattro chili. Anche con le misure di Rocco Siffredi, sarebbe impossibile. Poi hai sopra la pancia che ti ostacola. Non ci arrivi a tua moglie... Praticamente si arriva a quel punto... E poi mettici anche che non mi piacevo, per cui essendo il primo a non piacermi non potevo chiedere a mia moglie che gli piacesse. Anche questo ha portato me e mia moglie a diventare due coinquilini per il fatto che avessimo escluso una parte importante del nostro rapporto” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Normalmente quando sei obeso uno ha un po' di problemi a spogliarsi. Smagliature, il seno, la pancia, siccome io ho perso e rimesso molti chili, la pelle è cadente, quella rimane. Fare la fisarmonica non fa bene ai tessuti. Non tornano come prima. Diciamo quindi che nei primi approcci con una nuova persona, sì, è devastante. Solitamente le prime volte con una persona è sempre un po' un problema, hai l'ansia e allora io tendo a stare al buio, a stare un po' vestita, cioè uno in qualche modo cerca anche un po' di contenere l'imbarazzo anche perché io non dico alle persone di essere complessata. Non dico al ragazzo: / “Sai, io ho qualche complesso” / (ridendo)... Cerco di arrangiarmi in qualche modo senza dovergli spiegare come mi sento. Però vabbè è un po' evidente, che poi magari uno pensa che sono un po' pudica più che mi vergogno del mio corpo. Quindi piano-piano, nei mesi, perché alla fine nelle esperienze che ho avuto ci ho messo anche un anno per essere completamente a mio agio, anche perché bene o male in un anno una persona ha visto piano-piano come sei fatta per cui ti accetta anche così. Però non si nasconde che sarebbe meglio anche cambiare. Mi sentirei più a mio agio. Poi anche, diciamo che potrei fare anche più cose con un ragazzo perché alla fine il peso ti limita e quindi fai un po' sempre le stesse cose e in certe posizioni non ti senti proprio a tuo agio, ti senti goffa, in imbarazzo, sei scomoda, non ce la fai e poi anche il fatto che ti accaldi molto più facilmente delle altre persone, che sei lì tutta sudata, cioè ti senti impresentabile. È questo a una donna la blocca nella sessualità. Per cui il tutto diventa anche molto insoddisfacente” (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

“Beh, ultimamente mia moglie mi ha detto: “Ti sarebbe piaciuto che io fossi così?” facendomi vedere una foto di una donna grassa. È chiaro di no! E come adesso che non, non riesco più ad avere rapporti con mia moglie e mi ha detto: “E se fossi io all’incontrario? Tu cosa faresti?”... Cioè, ci abbiamo provato ma è drammatica la cosa con sta pancia qui. Se faccio fatica ad allacciarmi le scarpe immaginati a, ad avere rapporti sessuali. Anche quello è uno sforzo fisico... Capisci che poi la fatica diventa più, più grande del piacere e non riesci. Sudi, il fiatone... Ci abbiamo provato ma non, è infattibile. Infatti spero dopo l’operazione di riprendere anche su quel lato, perché è importante per me come persona ma anche per la vita di coppia, tra marito e moglie” (Ilario, 49 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 166 kg, BMI 57).

“Sì, ho sentito molto disagio ultimamente, in particolare da quando ho messo su gli ultimi trenta chili. Non è che mi è vietato niente ma però è più che altro una sensazione psicologica che mi vincola, non mi fa sentire libera e quindi preferisco evitare. Non è che mi è chiuso qualcosa ma sono proprio io a voler evitare di avere contatti con le altre persone [...] Anche i rapporti intimi da quanto sono ingrassata li evito. Non so... Poi non è solo una cosa psicologico perché con centotrenta chili, diventa proprio difficile trovare una posizione comoda. La cosa potrebbe diventare comica. Diventa, diventa imbarazzante, / ti passa la voglia / (ridendo)... E poi ripeto mi sento a disagio che una persona mi possa guardare e toccare. Non una parte del corpo ma in generale, il corpo intero. Non una parte del mio corpo, un po’ tutto. È come se fosse una cosa che neanche io riconosco, che accetto e quindi se penso a quelle situazioni è come se vedo anche già tutti i problemi, hai questa preoccupazione che il tuo corpo possa schiacciare l’altra persona. Già non ti piaci e non vuoi farti vedere e in più hai anche paura di sentirti, di essere scomoda anche per l’altro e allora eviti” (Serena, 50 anni, dottoranda, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 48).

## **5. L’incompatibilità spaziale**

Oltre a quanto sinora riportato circa le difficoltà esperite nel compiere movimenti e spostamenti nello spazio e nell’adempiere alla gestione del corpo, merita di essere costatato come i soggetti intervistati abbiano altresì frequentemente denunciato l’incompatibilità delle loro dimensioni corporee con l’organizzazione materiale dello spazio fisico circostante. A riguardo, è però opportuno premettere che la segnalazione di una tale vissuto sia più

facilmente individuabile nei casi di obesità particolarmente sostenuta, vale a dire in quegli individui esibenti un'obesità di II e di III grado<sup>2</sup>.

Addentrandosi nella questione, si può innanzitutto osservare come siano, più in dettaglio, i diversi tipi di dispositivi e di strutture dedicati a contenere i corpi e progettati sulle proporzioni corporee medie di un individuo a comportare le maggiori insidie per i soggetti obesi, proprio in virtù della loro mancata corrispondenza a tali standard. Dalla constatazione dell'inservibilità delle sedute e dei sistemi di sicurezza nei più svariati mezzi di trasporto al riscontro dei numerosi elementi d'impedimento presenti negli spazi pubblici, siano essi parcheggi per autoveicoli, bar, mense, ristoranti e camere d'albergo, l'esperienza della mancata conformità e adattabilità delle dimensioni corporee al più generale habitat appare ricorrere con una certa regolarità nella vita dell'individuo obeso. Non sorprende dunque apprendere dalle testimonianze raccolte che per i soggetti interpellati s'imponga sovente nel vissuto quotidiano la necessità di un'attenta e minuta pianificazione delle attività nonché la predisposizione e l'implementazione di ponderate strategie, al duplice fine di contenere le complicazioni e di limitare al minimo le conseguenze negative – in termini tanto materiali quanto emotivi – originatesi dalla mancata conformità corporea all'ambiente circostante. Ciò nonostante, non sempre lo stesso individuo riesce, nei fatti, ad arginare i costi e a superare gli inconvenienti dovuti all'inadattabilità del suo corpo. Attenendosi ai contenuti delle narrazioni, gli intervistati sperimentano talvolta la totale impossibilità di ovviare in qualche modo alla loro incompatibilità con il più generale spazio di vita, trovandosi pertanto a dover rinunciare, non senza avvertire in tale frangente un acuto senso di frustrazione e di mortificazione, ad azioni e a proponimenti. A illustrazione di quanto appena argomentato si consideri quanto riferito da alcuni interpellati.

“A volte poi diciamo che alla fatica che già fai te si mette quella che ti fanno fare gli altri. Cioè, mi spiego... Per come fanno le cose, per come sono fatte e sistemate. È come per i vestiti. Tu ci stai, io no. Ti faccio un esempio: qua in mensa, quando la mensa è piena il muoversi tra i tavoli è difficoltoso per uno come me, o fai i giri larghi o... Io non mi posso mettere nel tavolo in centro perché poi per entrare e per uscire devo fare numeri da circo. Devo destreggiarmi tra zaini, sedie e tavoli troppo vicini, troppo stretti. Per cui uno come me non, non ci passa, non ci sta anche se mi metto di lato rimango troppo largo. E quindi devo mettermi

---

<sup>2</sup> Si ricorda che sono considerati obesi di II grado (obesità severa) gli individui adulti con BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) compreso tra 35 e 39,9 e che sono considerati obesi di III grado (obesità morbigena) gli individui con un BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) uguale o superiore a 40.

nei punti di facile accesso. Però non sempre sono liberi, allora cerchi di andare quando non c'è il pienone. Tipo verso le due. Sono queste le cose che noti... In macchina poi non puoi stare dietro. Se si è in cinque in macchina sicuramente tu devi stare davanti sennò gli altri due come stanno? Poi non so se hai notato le macchine sportive che praticamente i posti dietro devi stare in piedi tanto sono stretti e quelli a uno come me sono proprio vietati. E questo è un'altra cosa che da prova di imbarazzo. In macchina poi anche le cinture non ti stanno, finiscono prima di fare tutto il giro / quindi non puoi metterle / (tono cantilenante). Adesso se vai in qualche posto e devi andare in bagno ci sono i bagni e ti trovi in punti in cui poterti muovere è davvero impossibile. Box-doccia negli alberghi. Se il box-doccia è standard in quella misura lì, ti trovi scomodo. Tante volte per lavarti non puoi chiudere la porta del box-doccia. Queste sono cose che interagendo su di me mi creano fastidio, anche perché a volte le superi e altre volte no. Per esempio nel caso della doccia una volta avevo affittato una casa al mare e per fortuna che c'era una doccia fuori in giardino perché quella in bagno era piccolissima e io non riuscivo a entrare. Così ho passato tutta la vacanza a fare la doccia fredda fuori con il rischio di prendermi un accidente perché nel bagno nonostante ci fosse l'acqua calda non ci stavo" (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

"Cioè sono in macchina e sono costretta lì. Che già io mi sono comprata un'utilitaria ma di quelle spaziose altrimenti credo che in una macchina di quelle piccole, in una Smart, per carità comodissima per il parcheggio, ma io come mi ci metto dentro? E come ci esco? Anche quando scendo dalla macchina, il novanta per cento delle volte io nei parcheggi a, a come si chiamano, a spina di pesce non ci passo... Esco dal bagagliaio? Ci ho pensato! Anche perché adesso li fanno proprio stretti per recuperare spazio e a te ti tocca girare come una scema prima di trovarne uno da cui puoi uscire. Diciamo che ormai nella mia vita di tutti i giorni io ho i miei riferimenti per i parcheggi, cioè so già dove andare a cercare sotto casa, al lavoro e dove no. È tutto un essere costretti. Sei in un mondo che non è fatto alla tua misura. Sei costretto nel treno, perché il tuo culo straborda dal seggiolino, sei costretto in ufficio, perché gli altri si muovono, si girano. Io ho la mia, giustamente, sedia a rotelle come tutti gli altri e lì, e lì dentro / incastrata sono e lì rimango / (ridendo). A volte è brutto perché magari ti devi alzare ma siccome sai di fare fatica a sganciarti dalla sedia e magari hai davanti una persona cosa fai? Stai seduta finché questa non se n'è andata... Tavolini in mensa, al bar, che a volte per arrivarci devi passare in mezzo agli altri, la stessa storia anche lì. Una che pesa sessanta chili non fa fatica ma io sono il doppio e anche lì: cosa fai? Fai alzare tutta una fila per passarci? No, perché sarebbe l'ennesima umiliazione della cicciona e quindi il più delle volte lasci stare. Ti fai mettere le tue cose da portar via e te le mangi da un'altra parte. Però il problema è quando sei con qualcuno, che ti devi inventare mille scuse per andartene oppure ti arrendi alle circostanze e fai tutto il trambusto per far passare il tuo culo in questi spazi e per sentirti tutta costretta lì

premuta contro il tavolo. Ah, che vita! A volte è davvero umiliante” (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

“Beh, puoi pensare a cercare di mettere un sedere da centonovantaquattro chili su una poltrona del cinema e allora cosa fai? Non ci vai perché non ci stai. Ma quello poi è il minimo perché sono, sono cose che puoi evitare. Il peggio è quando devi andare al lavoro e siccome non ci stai nei sedili del treno a un certo punto decidi di passare alla macchina anche se ti costa molto di più e te ne accorcia a fine mese. Ma cosa fai? Non vai al lavoro? No! Oppure, sempre al lavoro, pausa pranzo vai al bar con i colleghi e tu devi stare in piedi perché la sedia non ti contiene e l’umiliazione degli altri nel dire: “Ma no, proviamo a cambiare bar, proviamo a portare fuori la sedia che c’è dentro” che tu sai già che tanto non ci stai neanche in quella e stai solo facendo perdere tempo. Sono tutte queste cose qua, il fatto che sei troppo grande, troppo. Hai un corpo enorme per cui ti senti come un elefante nella casa delle bambole. Ed è davvero brutto, poi rimuovi perché non puoi rimuginare tutto il giorno su ste cose, però ti fanno stare male, perché quando ci pensi stai male, sono continue umiliazioni, sono continue umiliazioni quotidiane si può dire e a volte è dura resistere” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Certe insicurezze arrivano poi dall’ambiente, piccoli traumi che, nelle attività di tutti i giorni o quasi. Mi ricordo che quando andavo a Gardaland una mia paura che al tempo ovviamente non confessavo, cioè, ho paura dell’altezza perché soffro di vertigine, ma la scusa che usavo per non fare determinate giostre era questa e invece il motivo vero era perché avevo paura, non avevo la sicurezza che ci arrivasse la sicura, piuttosto che non si chiudesse bene o che mi incastrassi nei seggiolini perché li vedevo piccolini e una volta mi era anche capitato che ero dovuta scendere e insomma, me la ricordo proprio come una cosa deprimente, poi per una ragazzina è ancora peggio. Oppure ecco, una volta ero a Firenze e dovevo salire sulla cupola della chiesa che c’è lì nella piazza principale. Facciamo la fila, pago e tutto e poi incominciamo a salire e lì mi sono subito dovuta bloccare perché mi sono resa conto che non ci passavo, perché anche lì: si saliva e si scendeva contemporaneamente. E io potevo solo salire, cioè dovevo bloccare quelli che scendevano e allora ho detto che soffrivo di claustrofobia e sono tornata indietro. E poi ho aspettato i miei amici che mi hanno fatto vedere le foto del panorama dalla cupola, dall’alto... E poi anche pensare di prendere l’aereo, ovviamente non in prima classe che ci sono le strapoltrone ma l’economy dove hai i posti giusti per una persona giusta. Comunque pensare di sedermi e dire: “Bene, mi sono incastrata e ora pensiamo a vedere se riesco a discastrarmi” anzi no, prima e soprattutto: “E se la cintura non ci arriva?”... E io ho fatto un viaggio da Milano-Malpensa a Tenerife con la cintura sempre allacciata perché ok, sono riuscita a sedermi e ad allacciarla ma se poi non la allaccio più? Dubbio! Quindi la tengo allacciata e non mi alzo per tutto il viaggio che tanto la pipì l’ho fatta prima di salire e quindi non

ho bisogno di alzarmi” (Melania, 31 anni, educatrice, peso massimo raggiunto 142 kg, BMI 50).

Come sottolineato dagli intervistati, tali limitazioni, dovute all'inadattabilità del corpo obeso al più generale contesto spaziale, sono sovente vissute con uno spiccato senso d'imbarazzo e di disagio. Oltre ciò, a motivo dell'ambito perlopiù pubblico in cui si manifestano, esse si traducono altrettanto regolarmente in un momento di umiliazione e di offesa per il decoro e la dignità personali. Tuttavia, è opportuno aggiungere che il più delle volte i soggetti interpellati dissimolino la sperimentazione di tali sensazioni ed emozioni negative. Stando, infatti, a quanto dichiarato dagli intervistati, dinanzi al palesarsi di tali situazioni gli stessi individui ricorrono più esattamente alle battute di spirito dal carattere autoironico, allo scopo non solo di sdrammatizzare l'accaduto ma anche di uniformare la loro reazione esteriore a quella altrui spesso divertita. A riguardo, si consideri quanto riferito da alcuni interpellati circa le risposte adottate in una circostanza alquanto ricorrente all'interno delle esperienze di vita esaminate, vale a dire la caduta da una sedia conseguentemente alla rottura di quest'ultima a causa del loro peso. Nel merito, appare doveroso valutare come, nonostante il tentativo di facciata dei soggetti di gestire proprio attraverso il ricorso all'umorismo e al sarcasmo l'ilarità collettiva, essi sperimentino interiormente un acuto sentimento di mortificazione.

“Vabbè questo non c'entra molto con i rapporti sociali però c'entra con la mia obesità, nel senso di come mi ha condizionato, in negativo. Mi spiego meglio: ogni volta che io, per esempio, entravo in un posto e ci dovevamo sedere io mi chiedevo: “Mi reggerà quella sedia?” [...] Sì, perché a me la prima volta che è capitato che sfondassi una sedia è capitato una volta a scuola. La sedia si è letteralmente piegata sotto il mio peso. È una sensazione bruttissima perché tu capisci che ti stai abbassando e ribaltando però, sarà anche che non sei il massimo dell'agilità, non puoi farci niente se non aspettare di cadere e sperare di farti meno male possibile. Io ho distrutto diverse sedie in vita mia. Però il brutto di quella volta a scuola è stata che era una cosa pubblica, davanti a tutta la classe e che è diventato chiaramente un momento di ilarità a cui io mi sono unito per non far vedere che ci ero rimasto male. Che questa è una cosa che ho fatto anche altre volte, perché... Cosa fai? / Ti metti a ridere anche tu / (ridendo) e magari fai pure una battuta sul fatto che nell'ultimo periodo sei ingrassato. Però in realtà dentro vorresti morire. Davvero. Se potessi ti sotterreresti con le tue mani dalla vergogna” (Diego, 37 anni, biologo nutrizionista, peso massimo raggiunto 121 kg, BMI 39).

“Mi ricordo che una volta per il peso assurdo che avevo ho fatto una figura in un pub, che poi è la cosa classica che succede spesso, nel senso che me lo hanno raccontato anche altri obesi del forum. E niente ero in un pub, ero seduta su una sedia di plastica, eravamo una bella tavolata e sai quelle sedie, che poi a parte il mio peso sono usate e strausate da tantissime persone e le gambe sono deboli. Ero lì che stavo parlando e le gambe hanno incominciato a piegarsi e, e si sono spaccate e io sono / caduta giù in terra. Patapum! / (ridendo) Io all’inizio l’ho presa sul ridere anche perché immaginati la scena, anche gli altri intorno ridevano. Poi arriva il cameriere e fa: “Ah, cos’è? È passato un elefante?”... Guarda, io non so cosa gli avrei fatto a quello lì. Sono quelle battutine che fanno male quando vengono dette, anche se per uno non è una cosa seria... Quella dell’elefante dai, non è carina da dire a una persona che sa di non essere magra. E quindi niente, sul momento l’ho buttata sul ridere ma poco dopo con una scusa sono scappata via per la disperazione e mentre me ne tornavo a casa mi ricordo che piangevo per la figuraccia e mi dicevo che già non uscivo mai e in più guarda se quella volta che uscivo dovevano capirmi ste cose” (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

In aggiunta a quanto sinora specificato e come peraltro evidenziato da quest’ultimo estratto d’intervista, pare doveroso segnalare che in alcuni casi il disagio interiore e la mortificazione pubblica, patiti dal singolo soggetto per le difficoltà di gestione di un corpo dalle proporzioni e dal peso atipici, siano altresì amplificati dai commenti e dai giudizi altrui. È stato, infatti, possibile accertare tramite i resoconti raccolti come nel vissuto di alcuni intervistati le esperienze di mancata conformità alle dotazioni ambientali siano state accompagnate da dichiarazioni sanzionatorie dall’intento anche marcatamente denigratorio. Sebbene tali vissuti possano essere, di fatto, ricompresi entro le manifestazioni di condanna dell’obesità nei luoghi pubblici di cui si è già ampiamente discusso nelle pagine precedenti, si presenta nel seguito un stralcio d’intervista dal contenuto particolarmente eloquente.

“Da sposato, io avevo un peso importante, andavo sui centoquaranta chili e nelle mie attività quotidiane, tipo andare in banca, era scioccante. Le banche avevano queste porte che non puoi portare oggetti metallici e ste robe qua, / fa anche ridere a raccontarlo / (ridendo), infatti, io all’inizio per non piangere ridevo. E una volta vado in banca, si chiudono le porte e mi dice: “Si prega di entrare uno alla volta”. Non le dico l’imbarazzo! Chiama il direttore, fai aprire la porta degli invalidi, un imbarazzo incredibile! Anche perché lei si immagini che in tutto ciò c’erano anche altre persone che dovevano entrare e si lamentavano oppure peggio ridevano di me... Non so poi quanti anni è che non vado al cinema, perché le sedie non mi tenevano. Se vado al ristorante devo chiamare prima per informarmi sul tipo di

sedia che hanno per potermi sedere. Cose semplici, come andare al cinema, in pizzeria io non potevo andare perché non ci stavo nella sedia. Anche nelle adunanza dei testimoni di Geova io dovevo prima chiamare un amico, dire che non entravo nella sedia e dire se me ne procuravano una più grande perché non ci entravo nella sedia. Ma quello delle sedie è il minimo perché puoi sempre non andarci. Il peggio è quando non hai altra scelta e devi spostarti, anche perché in treno non puoi andare e in aereo, ah, non le dico proprio! Morì il padre di mia moglie in Germania. Io già avevo un peso importante e praticamente non avevano la cintura per me. E poi una discriminazione da tutti i passeggeri: “Fatelo scendere!” gridavano, una cosa incredibile. Questo qua era un aereo low cost e non avevano le prolunghe e si perdeva tempo e la gente diceva addirittura: “Fatelo scendere, perdiamo tempo, facciamo ritardo per quel ciccione di...” puntini-puntini che non mi va neanche di ripeterlo. Comunque dovetti tirarmi tanto la pancia e poi scioglierla sennò sarei morto soffocato. Che poi prendevo sempre posto vicino a mia moglie per non dare fastidio. Anche quando salivo sul treno, che onestamente non ci stavo nel posto, cercavo sempre di stare vicino a mia moglie e la gente faceva sempre: “Speriamo che non si siede vicino a me che sennò mi schiaccia!” oppure dicevano anche: “Guarda che schifo quel ciccione, speriamo non si sieda qui”. È una cosa orrenda, cioè dalla gente ti arrivano cose così che già per te non è facile e in più anche il commento degli altri, per cui proprio a dire: “Ma che vivi a fare?”... Certe volte ti viene da dirlo proprio, sinceramente” (Giona, 35 anni, disoccupato, peso massimo raggiunto 200 kg, BMI 63).

## **6. Conclusioni**

Prima di concludere, pare utile ricapitolare brevemente le principali evidenze che hanno trovato discussione in quest'ultimo capitolo. Innanzitutto, è stato indicato come le specifiche forme fisiche conseguenti all'obesità siano, da un punto di vista estetico, ritenute estremamente penalizzanti e dunque indesiderate. Il soggetto obeso ha, infatti, dimostrato di possedere una considerazione della propria immagine corporea connotata in termini fortemente negativi nonché di nutrire una sentita insoddisfazione e una profonda disaffezione in relazione al proprio aspetto fisico. Tali sentimenti d'inadeguatezza e di disagio avvertiti sul fronte dell'esteriorità corporea comportano tuttavia delle ripercussioni sfavorevoli anche sul piano dell'interiorità della persona, nuocendo, più in particolare, al mantenimento di adeguati livelli di autostima e di fiducia di sé.

Oltre ciò, è bene rammentare come anche l'impossibilità di munirsi di un vestiario conforme alla condizione fisica di obesità e al contempo soddisfacente le inclinazioni personali concorra a inasprire il senso d'insoddisfazione corporea lamentato dall'individuo. Tale preclusione

impone, infatti, al soggetto obeso la faticosa rinuncia a dare, proprio attraverso la scelta degli abiti, un'immagine di sé in un qualche modo valorizzata o quantomeno confacente al proprio gusto e alle proprie intenzioni. In aggiunta, è poi opportuno ricordare come l'avvertita disaffezione per il corpo obeso risenta non già del confronto con il nutrito repertorio di rappresentazioni di corpi spiccatamente magri presenti nell'attuale immaginario mediatico. Tale sentimento sembra invece alimentarsi nel ricordo di un corpo dalle forme più contenute posseduto nel passato oppure nel raffronto tra la dotazione fisica sperimentata dallo stesso interpellato e quella comunemente esibita dalla sua cerchia di conoscenze più prossime.

Di là dalle valutazioni estetiche, è stato inoltre segnalato che il possesso di un corpo obeso possa compromettere anche la qualità della specifica esperienza organica vissuta dalla singola persona. L'obesità, stando alle testimonianze raccolte, si associa invero a un sensibile deficit dell'efficienza, della funzionalità e persino della salute fisica, i cui effetti maggiormente limitanti e invalidanti si palesano, più in particolare, durante i movimenti e gli spostamenti. Oltre ai malfunzionamenti organici, le narrazioni indicano altresì come il vissuto quotidiano del soggetto obeso possa essere viziato anche dall'incompatibilità delle dimensioni e del peso corporei al corredo materiale e all'organizzazione dello spazio fisico. La condizione di obesità, di fatto, prescrive all'individuo interessato un precipuo lavoro di ridefinizione delle sue prassi di vita, al fine di ovviare non solo ai limiti fisici e alle difficoltà d'interazione e di adattamento con l'ambiente circostante ma anche di contenere quanto più possibile le spiacevoli conseguenze che tali complicazioni comportano in termini tanto emotivi quanto sociali.

## Oltre il corpo

### 1. Il paradosso dell'obesità

Di là da quanto riportato nelle pagine precedenti, va ribadito che l'esperienza del corpo obeso è altresì per gli individui che la sperimentano un'esperienza fatta anche di evitamento, di rimozione e di negazione dei pensieri concernenti lo stato di eccesso ponderale dal piano del vissuto interiore. Sebbene, come già annunciato, i soggetti obesi abbiano sovente ripetuto che un corpo di tal fatta costi un'acuta insoddisfazione per la propria immagine esteriore nonché delle concrete complicazioni per lo svolgimento in autonomia di numerose attività, essi hanno al contempo e senza mostrare differenze legate al genere, all'età e al profilo socioculturale asserito di pensare e di agire di frequente come se tale condizione fisica, nei fatti, non li riguardasse. L'obesità appare pertanto un'esperienza certamente ambigua, contraddittoria e confondente. Il suo vissuto, come sarà esplicitato nell'immediato seguito, assumerà un tono a tratti paradossale nell'accertato contrasto tra l'evidente dispiegarsi degli effetti pervasivi esperiti dal singolo individuo a causa della sua fattuale disposizione corporea e nell'altrettanto palese tentativo di rifiuto e di esclusione di tali e importanti ripercussioni dall'ambito della sua consapevolezza. In un certo senso, si potrebbe sostenere che la persona obesa, in modo proporzionale alla sua obesità e all'espiazione delle sue conseguenze negative, sperimenti una rimozione dello stato fisico dall'orizzonte della coscienza soggettiva. Nell'esperienza dell'obesità non si fanno dunque solo i conti con i limiti imposti da una tale condizione corporea ma si cerca altresì di dissociarsi almeno interiormente da questa, così da ignorare la fonte di molteplici frustrazioni.

Addentrandosi nella questione, può essere più puntualmente riferito che le testimonianze raccolte indichino come il soggetto, nel corso della sua

esperienza quotidiana, eviti sistematicamente e intenzionalmente di rimuginare sulla sua situazione di obesità nonché si astenga dal porre, più in generale, l'attenzione su ciò che attiene il suo corpo e il suo aspetto. Nel merito, sono invero numerose le asserzioni fornite dagli intervistati che attestano come l'individuo obeso cerchi di eludere quanto più possibile la rilevanza della sua peculiare disposizione corporea all'interno del suo ordinario vissuto. A riguardo, merita, però, di essere precisato come tale intento di attenuazione della consapevolezza corporea sia perseguito, nei fatti, per tramite di un atteggiamento mentale sviluppato e impiegato al fine esplicito di limitare e di censurare preventivamente qualsiasi cognizione in qualche modo attinente con lo stato di obesità e con i suoi molteplici effetti sfavorevoli. Non è, infatti, un caso che gli interrogati riferiscano di riuscire a esperire con il passare tempo e non senza il seguire di una certa pratica un senso di netto distacco, di profonda distanza e persino di noncuranza e d'indifferenza verso la loro dotazione fisica. In altri termini, si può specificare come, entro il vissuto del soggetto, tali esperienze di dissociazione dal corpo possano costituire l'esito del proposito di contenere e di silenziare un dato corporeo dal portato altamente negativo e frustrante. Porre fra il senso soggettivo di sé e del proprio corpo uno iato, ovvero erigere una barriera fra l'interno e l'esterno della persona, assume, dal punto di vista dell'individuo, un chiaro intento difensivo. Come illustrato nelle narrazioni, essere dimentichi del possesso di un corpo obeso si traduce invero nella possibilità per il soggetto di arginare, almeno in parte o per parte della sua esperienza, quel diffuso senso di deficit, di disagio e d'inadeguatezza avvertito tanto sul piano personale quanto su quello delle interazioni sociali. Da un certo punto di vista, la misura della *distanza di sicurezza* mantenuta dalla persona obesa con il suo stesso corpo potrebbe essere considerata indicativa della più generale conflittualità sperimentata da quest'ultima in relazione alla sua specifica disposizione fisica. A riprova di quanto argomentato si riportano nel seguito alcuni estratti d'intervista particolarmente eloquenti.

“Non so se, come dire, tutto sommato ecco, più che pormi il problema preferisco fare come non ci fosse, sostanzialmente. E quindi tutto sommato cercare, tutto sommato quell'aspetto più fisico di te lo annulli, in qualche modo quindi forse puoi arrivare al tipo di, di dissociazione: come una presenza immateriale per cui non ti curi, non ti percepisci più di tanto. Non so se mi sono spiegato. Per cui anche per il resto, anche se mi vedo in fotografia tu dici: / “Bah, forse era meglio lasciare perdere” / (ridendo). Insomma, se hai un modo di presentarti che sembri un barile, che non sembri poi particolarmente accattivante, fai come se ti dimenticassi di questo tuo modo di essere. / Non so se ho reso l'idea / (ridendo). È come, lo fai per

vivere meglio” (Davide, 28 anni, dottorando, peso massimo raggiunto oltre 98 kg, BMI superiore a 34).

“In realtà adesso, cioè intendo già da un paio d’anni, grosso modo sarà dall’ultima dieta che ero dimagrita tanto e che poi avevo rimesso di tutto e di più, è come se vivessi un distacco dal mio corpo. Quindi mi preoccupo di meno, forse dopo averci investito così tanto ho avuto come un rigetto. Avevo delle aspettative che sono state per l’ennesima volta deluse e quindi ora è come se il mio corpo fosse distaccato da me: distante. Credo che derivi proprio dal fatto che io lo trovo inadatto rispetto alla mia persona, che non ci sto bene e non riesco nonostante ciò a cambiarlo. Sì, io ho un po’, ho questo distacco dal mio corpo, lo vivo così. È un po’, come si dice, paradossale perché anche se ci penso che sono ingrassata e lo so, lo sento, me lo dicono gli altri però, c’è questa cosa strana, di strano che è come se me ne dimentico. Forse perché avendo sofferto molto in passato forse ora non ho più voglia di soffrire, non ho più voglia di, di investirci così tanto e allora me ne distacco. Penso possa dipendere da quello” (Eleonora, 28 anni, truccatrice, peso massimo raggiunto 88 kg, BMI 32).

“Guarda è una cosa difficile da spiegare. È difficile da dire anche a me, figurati a te... Sarà che non mi piacevo, non mi piaccio, perché non è che, però ho sempre cercato stupidamente, stupidamente eh, ho cercato di fare finta di, di niente. Ho sempre cercato di dirmi: “Non posso vivere facendomi sempre tutti questi problemi perché a un certo punto se no non vivi più”. E... Ho pensato che non potevo lasciarmi bloccare, non potevo lasciarmi condizionare la vita tanto da non viverla per il disagio che avevo, per come ero e quindi a un certo punto ho incominciato a fare finta di niente. Ecco, era proprio fare finta di niente, niente di più perché non è che facessi chissà che... Sul momento io, non so come dire, cerchi di non portelo il problema... / Lo geli / (ridendo)! Lo gelo così posso pensare solo alle cose che mi danno soddisfazione. Non è che io non, cioè, il problema c’era, rimane. Io me ne rendo conto che è / davvero stupido / (ridendo), ma il problema è gelato nella testa quindi sul momento riesci a fare finta che non c’è. Suona un po’ da fuori di testa ma come dire... Te lo levi dalla testa, cerchi di levare via la testa e dire: “Non ci penso!” e così che fai, lo fai per sopravvivere sennò poi davvero diventi pazzo perché poi una persona nella vita non ha solo il problema che ha quei trenta o cinquanta chili in più ma c’ha anche tutto il resto” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Eh, io credo di non essermi mai resa conto di cosa ero, anche adesso davvero di come sono. Cerchi di non vederti come obesa, di non pensarci. Lo rifiuti. Per cui mi vedevo grossa, ma, come si dice, non così tanto da reputarmi, considerarmi e vedermi obesa, per come poi ti vedono gli altri. È impossibile, cioè / sembra strano / (ridendo), ma cerchi di essere ottimista! No? Lo sai che sei obesa solo che più di tanto non ci vuoi dare, perché sì, sì ti dici: “Sono grassa” ma come dire, lo sai che

sei esagerata ma nella vita non ci dai peso. È come se metti un blocco, come se hai su i paraocchi / come i muli / (ridendo), no? Così nella tua vita di tutti i giorni non te ne rendi conto che sei una persona obesa, una persona con parecchi problemi di peso. Nonostante ti dicono che sei grassa, che avessi avuto questi fidanzati che mi hanno detto che ero grassa, più di tanto non ci ho dato mai peso perché rendertene conto ti fa male e quindi cosa fai? Cerchi di fare l'indifferente, quando ti vedi cerchi di essere, / di essere ottimista / (ridendo), di non vedere per non stare male. Per non stare male più di quanto già stai. / Perché poi tu lo sai come ti sei conciata / (ridendo) solo che non ti va di dirtelo tutti i minuti. Fai l'indifferente e cerchi di sminuire la cosa però non è che quando lo fai te ne rendi conto, cioè / un po' sì e un po' no / (ridendo)" (Sofia, 43 anni, addetta ai servizi, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 51).

Rimanendo sempre nel merito della distanza avvertita dagli intervistati nei riguardi del loro corpo, appare poi interessante sottolineare, come peraltro in parte anticipato da queste ultime testimonianze, che diversi soggetti abbiano asserito, più in particolare, di aver sovente faticato a intendersi nei termini d'individui compiutamente obesi. Attenendosi ai resoconti raccolti, riconoscersi come soggetti obesi sembra essere una considerazione tutt'altro che scontata nel vissuto quotidiano delle persone direttamente interessate da tale condizione corporea. Nonostante le indubbe evidenze che informano circa un tale stato fisico, gli interrogati hanno, infatti, mostrato di possedere e di utilizzare una rappresentazione mentale del loro corpo non sempre congruente con la realtà materiale che li contraddistingue e li condiziona. Non stupisce dunque apprendere che numerosi individui abbiano altresì segnalato d'impiegare, nel corso delle loro esperienze quotidiane, uno schema corporeo caratterizzato e viziato da una dimensione sensibilmente più contenuta rispetto al dato reale e quindi anche disfunzionale per la gestione della stessa dotazione fisica nello spazio. Secondo quanto emerso nei resoconti, gli intervistati hanno, di fatto, lamentato di frequente come proprio a causa di una distorta e fallace auto-percezione delle loro proporzioni corporee siano soliti incorrere in diversi inconvenienti nell'adattamento del loro corpo all'ambiente circostante. La mancata presa di coscienza della propria obesità non pare essere una mera questione di etichetta terminologica bensì un fenomeno che trova radicamento nel più profondo e intimo vissuto soggettivo. Tuttavia, ancora una volta le spiegazioni fornite dagli interpellati si concentrano sulla natura difensiva di un tale atteggiamento. Esso trarrebbe invero origine dalla possibilità di proteggere il singolo dalla frustrazione conseguente la reiterazione del pensiero concernente il suo reale stato fisico. Fare come se l'obesità non ci fosse o fosse meno pronunciata appare pertanto una

strategia utilizzata dal soggetto allo scopo di inibire gli effetti deprimenti insiti nel figurarsi in una tale condizione corporea. Si considerino a illustrazione di quanto appena sostenuto gli estratti d'intervista riportati nel seguito.

“Allora io lo vivo con fatica, con molta fatica. Il mio corpo mi fa penare molto anche perché non lo sento. È come se ci fosse una mente, se l'obesità in questo momento della mia vita... Sento questo distacco, sento una parte interna del mio corpo e un'altra parte, che questa copertura di grasso si muove indipendentemente dal centro del mio corpo, dall'asse di equilibrio del mio corpo non so come, è, è strano questo meccanismo. È un corpo che mi pesa, mi da fastidio e quindi è come se non lo riconosco tutto come mio. A volte, ultimamente non so, non ho la capacità di gestire la distanza con gli oggetti. A volte io passo e penso di essere snellissima e poi spatapam, pam! Sono contro un muro, e questa è la mia percezione fisica che io ho di me. Che io voglio avere di me. È come se parlasse il desiderio, è come se la mia testa mi permette, permette al mio corpo di essere nello spazio in una forma, in una forma diversa perché quella vera non l'accetta. Sì, è come se mi sentissi in un corpo più magro. Come se la mia mente avesse del mio corpo una forma più magra e quindi poi io me la vivo così” (Serena, 50 anni, dottoranda, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 48).

“Il discorso particolare della mia storia è che sino a settembre di tre anni fa non mi vedevo obeso, cioè mentalmente sapevo di essere grasso, più grosso, ma nella mia testa io ero come sempre ero stato. Non mi vedevo obeso come ero diventato, maa, ero grasso come sempre. Ero convinto in qualunque momento di potermi mettere a dieta e poter recuperare quei chili che avevo sempre avuto in eccesso. Per cui ero convinto che in un qualunque momento sarei potuto tornare indietro. “Ma sì, faccio una dieta e torno a posto. Faccio una dieta, quattro o cinque mesi, e ritorno come prima” mi dicevo. Perché comunque sia tendevo a non guardarmi allo specchio, a non pesarmi, oppure se lo facevo io rimuovevo e cose del genere. Tipo che avevo iniziato un percorso di dieta con l'ospedale di Varese e lì avevo scoperto di aver superato i centosessanta, ed è stato un colpo per me perché io ero convinto di essere stato intorno ai centotrenta, come ero sempre stato nei miei momenti di limite massimo. Poi, una volta accantonata anche quella dieta ho rimosso anche quel peso. Per me era sempre l'idea che sono una persona normale, sono in sovrappeso, sono grosso ma in un qualunque momento posso dimagrire e risolvere il problema come tutti. Era come se a livello mentale, a livello di subconscio sentivo il disagio e quindi facevo tutta una serie di cose che tendevano a proteggermi dal mio peso e pensare di essere grosso come sempre, di non essere ingrassato di, di sessanta chili era una di quelle. / Che è assurdo / (ridendo) perché sessanta chili in più è il peso di un'altra persona ma il mio cervello rifiutava di immagazzinare nuove informazioni e continuava a utilizzare quelle precedenti” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Questo è una cosa che spiego sempre al mio dietologo. Ti prendo un foglio e ti faccio capire come sono, qual è la mia idea e te la faccio. Lo faccio anche a te, così capisci. È tipo questo, è una persona così! Non so se si capisce (l’intervistata mentre parla abbozza su un foglio e poi mostra un disegno di un essere umano stilizzato con la testa rappresentata da un cerchio e il corpo composto di linee lunghe e sottili). È una persona estremamente magra. Come dico sempre a tutti io sono anoressica nella testa. Anche perché quando sono in giro io entro da H&M e vedo dei vestiti XS e cerco la M, la L... / Io non ci sto in una L, non è che sono un genio / (ridendo)... Cioè il mio disegno è questo, è questo se uno mi chiede come sono fisicamente. Poi allo specchio, non mi ci vedo, MAMMA MIA! Se mi ci vedo, cambio, chiudo, meglio che non mi ci vedo proprio! Perché come ti ho detto prima, vabbè adesso sto facendo questo periodo di dieta con il dottore e mi peso ogni giorno ma sennò... Prima o anche adesso se passo di sfuggita davanti allo specchio io tendo a non notare tanto il problema. Non mi ci soffermo, perché sono anoressica nella testa. Per dirti che quando cammino mi porto appresso / pure una sedia / (ridendo). Passo e porto via. E questa è una sensazione brutta perché se mi porto dietro la sedia è perché evidentemente ho la percezione di poter passare in uno spazio più piccolo di quello che mi posso permettere. / Io ci passo / (ridendo)! E poi quando mi porto dietro la sedia ci rimango anche male” (Barbara, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 52).

“Io sino a che mio cugino non aveva fatto l’intervento non avevo mai considerato di, anche io di essere a un certo livello. Anche perché, è difficile da spiegare, magari tu riesci a capire, ma io non mi consideravo obeso, meno che meno un grande obeso. Mi consideravo sempre una persona molto mangiona, molto mangiona che gli piaceva mangiare e che non riusciva a stare lontana dal cibo e quindi ingrassava ma non a livelli patologici. Non di quelli che si mettevano in, cioè quelle persone enormi che devono fare un intervento per dimagrire. Però al che ho detto: “Proviamo a sentire il chirurgo cosa mi dice”. Nel frattempo mi ero già trasferito a Milano anche perché quando abitavo in Sardegna poco si sentiva parlare di chirurgia bariatrica. Ci sono pochi centri, forse ci sono due centri bariatrici in tutta la Sardegna. Quindi sono andato dal chirurgo a Milano, mi ha pesato e tutto quanto e ha segnato: paziente affetto da grave obesità. Io per la prima volta mi sono reso conto di essere obeso, per la prima volta mi sono visto obeso, nel senso che io ho anche detto al medico: “Mi fa un po’ specie questa cosa” perché, sì, io sapevo che il mio indice di massa corporea era oltre i trenta, lo sapevo, so benissimo per gli studi fatti cos’era un indice di massa corporea, ma accettare questa cosa, vedermi per quello che ero, perché poi avrei dovuto vestirmi in un certo modo, avrei dovuto utilizzare certe cose e io non avrei potuto farlo. Molte delle cose che il mio occhio andava a vedere da Zara non erano cose che assolutamente potevano essere compatibili con il mio corpo. Andavo da Zara, prendevo la XXL e non mi stava, mi stava come a una persona normale starebbe la S. E con la differenza che una persona normale con una maglietta aderente sta

bene, un ciccione è inguardabile ma io me la mettevo e magari la strappavo pure perché non vedevo di essere, non me ne rendevo conto di essere tanto grosso. Per me era normale strappare le magliette, le camicie, se non erano elasticizzate capitava sempre. Però, nella mia testa probabilmente io continuavo a ostinarmi di pensare di essere diverso, di vedermi diverso, di portare una XL. Io ci credevo” (Diego, 37 anni, biologo nutrizionista, peso massimo raggiunto 121 kg, BMI 39).

In aggiunta, appare poi interessante costatare come le narrazioni abbiano rivelato che la distanza sperimentata dai soggetti intervistati tra l’immagine mentale del corpo e la sua realtà fattuale abbia altresì condotto gli stessi a vivere sovente con inconsapevolezza i momenti di ulteriore crescita ponderale. Gli individui interpellati hanno affermato in merito che il progressivo inasprimento della condizione di obesità sia stato perlopiù ignorato nel suo compiersi. L’accumulo dei chili in eccesso, malgrado l’accompagnarsi a un evidente e tangibile cambiamento fisico, sembra essere passato inosservato. La piena percezione e la compiuta presa di coscienza di una tale variazione corporea appaiono, infatti, fare la loro comparsa nel vissuto delle persone interrogate solo in un tempo successivo, ovvero in ritardo rispetto al momento dell’effettivo incremento di peso. In altre parole, si potrebbe sostenere che gli intervistati non si siano dimostrati in grado di avvertire soggettivamente il mutamento *in fieri* bensì lo abbiano registrato solo dinanzi all’appalesarsi di uno iato tra la rappresentazione mentale del loro corpo e la loro reale e inedita configurazione fisica divenuto oltremodo incolmabile. Nick Crossley (2006a), come precedentemente riportato, definisce tale differimento della consapevolezza del cambiamento corporeo nel soggetto con il termine di *blind spot*, riconducendo la rivelazione nella coscienza dell’avvenuta alterazione fisica proprio al sopraggiungere dell’impossibilità di accomodare in un qualche modo il riscontro empirico con l’attesa preconizzata. Ciò posto, appare più facile comprendere che gli individui interpellati, già di per sé agevolati dall’abituale sperimentazione di una discrepanza tra l’immagine mentale del corpo e la sua realtà fattuale, possano mantenere una rappresentazione corporea per lungo tempo inalterata, anche a dispetto di un aggravio del loro eccesso ponderale. Oltre ciò, merita poi di essere sottolineato come la latenza dell’immagine corporea possa inoltre rivelarsi un utile meccanismo difensivo. Inibendo la rilevazione di un dato dal portato certamente frustrante per il soggetto, qual è la costatazione di un ulteriore aumento di peso, un ritardo nella percezione della crescita ponderale differisce altresì il confronto con le conseguenze negative indotte a livello emotivo. A

illustrazione di quanto appena argomentato si valutino le parole riferite dagli intervistati.

“Guarda adesso sono centodieci, centododici. Però il mio massimo è stato centoventisette chili quando ero in Irlanda. Quello è stato il mio / massimo registrato / (ridendo). Mettere su tutti quei chili è stata una cosa velocissima, cioè non me ne sono quasi resa conto anche perché diciamo che lì è stata una cosa graduale ma molto veloce. Pochi mesi. Se tu consideri che mangi troppe calorie tutti i giorni ogni giorno ingrassi di un pochino. Ecco, diciamo però che fino a quando mi sono accorta di stare ingrassando, di aver raggiunto un livello di obesità molto grave è passato un po' di tempo. Ci ho messo un po' di tempo a realizzare di aver raggiunto il massimo... Non te ne accorci subito di essere ingrassata. Questa è stata una cosa un po' strana, perché comunque poi il cervello non registrava subito quell'immagine nuova. Quando ti guardi allo specchio per un po' vedi la persona che eri. A me è capitato così, mettere su del peso è stato se vuoi molto veloce. Mi ricordo che è stata una cosa velocissima, però a vederti ingrassata, a capire di aver messo su quei venti chili lì ci ho messo più tempo. Adesso che ci penso è sempre stato così. Anche passare dagli ottanta ai novanta e dai novanta ai cento, io ci sono arrivata a balzi, cioè i chili in più li ho messi su molto uno dopo l'altro se vuoi anche velocemente però me ne accorgevo solo dopo, non nel mentre. Davvero, che poi se vuoi è anche una cosa anche normale. Quando ti guardi anche se sei ingrassata per un po' vedi ancora la persona che eri prima. Forse, anzi sicuramente è anche un meccanismo di difesa“ (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

“Come dire non è che prima ero una modella e adesso sono una cicciona, ero una cicciona anche prima però prima ero più contenuta. Non dico accettabile perché anche allora dovevo dimagrire, ma almeno qualche volta mi vedevo allo specchio e dicevo: “Con questi pantaloni nascondo bene”. Adesso invece non mi vedo più con niente, non riesco. Adesso poi quando passo davanti alle vetrine o in un negozio che mi trovo davanti allo specchio mi rendo conto che l'immagine che ho di me non è quella che vedo. Cioè, ho l'immagine ferma a un altro modo, a come ero prima, non so se è facile da capire. Quando penso me, non adesso che sono presa da queste considerazioni, non so dico: “Mi piacerebbe avere un completo blu” oppure: “Questa mattina per andare a lavorare mi sarebbe proprio piaciuto mettermi quel vestito” e io mi vedo, / non so se lei ha questa capacità / (ridendo). Diciamo che uno si immagina come probabilmente si sarebbe visto allo specchio, per il ricordo della sua immagine. Io invece ho un ricordo che non è questo. Quando mi guardo allo specchio rimango come stupita e tante volte rimango stupita del mio stupore. Come dire, non è che ti vedi adesso, perché sono diversi anni che sono così, l'ultimo aumento di peso lo avuto che sono ormai quattro anni. Però che riesco a vedermi per quella che sono adesso, è solo ultimamente, è solo ultimamente che, che ho realizzato. Forse perché, non lo so perché, prima non mi

vedevo, punto e basta. Ero rimasta con l'immagine di come ero prima di mettere su questi ultimi venti chili. Solo adesso, solo ultimamente mi sono resa conto di come sono, di cosa ho permesso a me stessa di combinare. Ora lo vedo. Non so se sono riuscita a farmi capire" (Isabella, 50 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 110 kg, BMI 41).

In merito a quanto sinora esposto, è, infine, doveroso precisare come sia stato sinora ritenuto implicito che il distacco nutrito dai soggetti obesi intervistati nei riguardi della loro dotazione corporea fosse mantenuto e, di fatto, agevolato anche dalla sostanziale astensione osservata dagli stessi verso le ordinarie e le periodiche attività di monitoraggio del più generale aspetto esteriore. Dai resoconti è, infatti, possibile costatare come il gruppo d'interpellati sia solito sottrarsi in modo premeditato a tutta una serie di pratiche di gestione corporea dal carattere perlopiù comune e scontato ma che dal punto di vista fattivo implicano ineluttabilmente la concentrazione dell'attenzione del singolo individuo sul suo stesso corpo. Alla disamina di quest'ultima evidenza saranno dedicate le seguenti pagine.

## **2. Le strategie d'evitamento**

Come appena precisato, gli intervistati hanno rivelato di aver sviluppato l'abitudine a eludere quelle attività, più generalmente date per scontate ed eseguite quotidianamente in via routinaria, finalizzate alla gestione e al monitoraggio del corpo. Le narrazioni raccolte hanno, infatti, segnalato come gli individui siano adusi sfuggire in modo puntuale e intenzionale all'attuazione di una buona parte di quelle azioni che, di fatto, richiedono la concentrazione del focus del soggetto agente sulla sua stessa dotazione corporea. In termini generici, si potrebbe quindi asserire come nel vissuto quotidiano degli interpellati vengano a essere sistematicamente evitate proprio quelle peculiari forme di management corporeo che implicano un'autovalutazione dell'immagine esteriore nonché una stima oggettiva dello stato ponderale. Nel merito di tale evidenza, appare doveroso chiarire come non siano state notate sensibili differenze a seconda del variare del sesso, dell'età e del profilo socioculturale del singolo soggetto. Tuttavia, di là dalla sostanziale omogeneità, è possibile apprezzare che la tipologia e la complessità di tali strategie di evitamento sembrano arricchirsi parallelamente all'accrescersi del grado di obesità degli intervistati.

Addentrando in dettaglio nella disamina dei suddetti comportamenti, può essere innanzitutto riportato come gli individui interpellati riferiscano,

più precisamente, di astenersi abitualmente e con premeditazione e consapevolezza dal prendere visione del loro corpo e del loro aspetto attraverso specchi e altre superfici riflettenti, quali, a titolo esemplificativo, le vetrine dei negozi. L'intento di sottrarsi alla rappresentazione della propria immagine motiva poi anche la reticenza dimostrata dagli stessi soggetti dinanzi alla possibilità d'essere ritratti in fotografia oppure in video. Oltre ciò, è altresì possibile segnalare come gli intervistati evitino di determinare con precisione il loro peso e la loro taglia anche in seguito a un momento di sensibile e ulteriore crescita ponderale. Conseguentemente, può essere sostenuto che le persone obese qui considerate mostrino chiaramente di perseguire l'intenzione di sfuggire a una valutazione tanto soggettiva quanto oggettiva circa la loro dotazione corporea. Nondimeno, attenendosi sempre al contenuto delle interviste, merita di essere nuovamente sottolineato come il fine ultimo di tali condotte possa essere quello di silenziare o di limitare la profonda e logorante frustrazione emotiva derivante da una reiterata e rinnovata consapevolezza della propria obesità. A illustrazione di quanto appena argomentato si considerino gli eloquenti estratti d'intervista restituiti nel prosieguo.

“Con lo specchio, con la macchina fotografica il rapporto è sempre stato terribile. Terribile e singolare ecco, diciamo così. Io non ho uno specchio tuttora. Io l'unico specchio che ho in casa è in bagno, perché, vabbè, almeno per lavarti i denti ci andava uno specchio. Però l'unico specchio che io ho in casa è quello, a tuttora... Quello classico sopra il lavandino. Adesso tutto sommato potrei metterli, però sino a qualche anno fa, / fino a qualche chilo fa / (ridendo) non c'era assolutamente, cioè non ci doveva essere la possibilità di vedermi tutta intera perché se no sarei veramente crollata [...] Con le fotografie avevo un altro pessimo rapporto cioè, io mi accorgo che anche adesso foto ne ho veramente poche perché ho solo foto di gruppo in cui ti nascondi dietro gli amici ma una a figura, una pure intera è difficile. Ne ho qualcuna quando è nato mio figlio, perché allora lì, cioè, tante volte veniva fotografato lui e quindi lì era per forza che queste immagini, in queste fotografie c'era, ci fossi anche io... / Io mi ricordo che raccontavo sempre una frase / (ridendo): “No, non voglio le foto, perché sono come gli indiani, ho paura che mi rubino l'anima”. In questo modo io scappavo, no? E sembrava detta anche come battuta, ma in realtà mi rubavano davvero l'anima quelle fotografie. Perché nel momento in cui io mi sarei riguardata in quella foto mi sarei vista in quella foto, ehm, sarebbe stato, mi sarebbe presa un'ansia terribile. Poi anche con la bilancia il rapporto era pessimo. La evitavo. Io non mi pesavo. Anche perché c'è da dire che c'è stato un momento in cui la bilancia neanche più mi diceva quanto pesavo, perché arrivavano a centoventi chili. Adesso sono tutte più o meno tarate a centocinquanta ma la bilancia che avevo io arrivava al massimo a centoventi chili, era ancora quella di mia madre e io me ne guardavo bene dal comprarne un'altra.

Per cui il mio peso lo sapevo giusto quando andavo dal dietologo, se no magari lo ignoravo completamente anche per anni” (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

“Sicuramente mi era difficile, cercavo di non guardarmi mai completamente nudo, perciò di mio non è che mi mettevo davanti allo specchio. No, quello mai! E quelle poche volte che è capitato di vedermi magari passando davanti a una finestra o a una vetrina cercavo subito di rimuovere la mia immagine. Poi tendevo a non pesarmi, magari sapevo di essere ingrassato anche di tanto, perché poi il collega che ti dice: “Occhio, guarda che sei aumentato” c’era sempre, ma tu rimuovi anche quello, per cui io per molto tempo non salendo poi sulla bilancia sottostimavo il mio peso. “Avrò preso cinque, massimo dieci chili” mi dicevo e invece erano trenta. Solo che non lo sapevo perché non mi pesavo, cioè non volevo saperlo per non deprimermi e sentirmi ancora peggio... Evitavo e rimuovevo per proteggermi, tutte cose di questo genere [...] Un altro esempio sono le foto. Non mi piaceva farmi fotografare, non perché magari mi sentivo in imbarazzo o perché le avrebbero potute vedere altre persone, che poi avrebbe detto: / “Ma chi è quel ciccione?” / (ridendo). Sì, ovvio, anche per quello ma soprattutto perché poi magari quelle foto le avrei dovute guardare pure io e se sei vicino agli altri lo vedi, si nota di più quanto sei grosso e tu non, ripeto, non lo vuoi vedere. Lo sai ma non ti piace ricordarlo. Non vuoi che qualche cosa ti ricordi come stai messo, come sei diventato. E allora, ma anche cerchi, ma banalmente di non stare mai nudo. Io mi sono sempre cambiato in bagno, chiuso a chiave, perché per me la maglietta era una seconda pelle. Magari un uomo sai sta senza quando è in bagno, banalmente anche per, per una questione di praticità, quando ti fai la barba. Io no, sempre la maglietta perché non potevo vedermi e non volevo che nessuno mi vedesse nudo... Erano tutte cose così” (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Perché noi da dentro qua non ci rendiamo conto, perché allo specchio non ci guardiamo mai. Io personalmente non mi guardo mai allo specchio, mi faccio la doccia con la luce spenta da tempo, penso ormai da quindici anni. / Questo è un must per i ciccioni / (ridendo). Ah, minimo spegni la luce! (lunga pausa) Eh, è vedermi così cioè, vivermi mi fa meno impressioni che vedermi. Io di foto non ne ho, cioè ne ho pochissime perché mi faccio senso, quindi non voglio foto, ma vedermi in certe foto mi ha fatto letteralmente cascare dalla sedia. Perché noi non ci vediamo. Sappiamo che siamo grossi, ma tendiamo a fare in modo di non vederci mai per come brutti, grossi e goffi siamo, perché facciamo di tutto per evitarlo. E poi quando ci si vede in video, tipo per una videoconferenza, ci si vede, ed è una roba che lo specchio non è niente a confronto. Vedersi con gli occhi di un altro è la cosa peggiore che ci possa essere. Adesso mi rendo conto che per mia madre, mio padre, i miei fratelli vedermi così deve essere proprio uno schifo. Noo, poi magari la faccia anche se gonfia regge ma già dal collo, il corpo non si può

proprio guardare. Io ho tolto tutti gli specchi in casa da mo'. Ce n'è solo uno in bagno, gigantesco ma l'ha voluto mettere lì mio padre. Quindi purtroppo devo spegnere la luce quando mi devo cambiare. Lascio solo la lucina che ho messo lì per me. Gli altri non sanno a cosa serve, ma io sì. Avevo detto a tutti che serviva perché di notte se vado in bagno a fare pipì, / ah-ah / (ride) e invece la uso quando faccio la doccia e mi cambio... Noo! Non potrei mai guardarmi allo specchio. Questa è un'abitudine che mi porto dietro dall'adolescenza. Sì, sì. Casa dopo casa ho trovato sempre la mia lucina idonea. No, no. Noo, non potrei, non mi guardo mai allo specchio. Tengo ossessionatamente all'igiene e alla pulizia. Dalle due docce al giorno minime, questo da sempre, alle lavatrici continue quotidiane, lavo quasi tutto ciò che ho indossato quotidianamente. Questo da sempre, per la questione che si suda di più, ma lo specchio e il guardarsi no. Forse non lo so, boh? Ma è un vizio che abbiamo in parecchi ciccioni, perché tanto in qualsiasi modo tu ti possa mettere fai sempre schifo, cioè non è che se un ciccione lo addobbi come un albero di natale diventa una festa. Resta sempre un ciccione con una bella maglia addosso ma che addosso al ciccione fa schifo quindi cosa guardarsi a fare, per stare male? Lo sai già che fai schifo" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

"Io ho proprio un pessimo rapporto con il mio corpo, non mi piace come sono e questo te lo dico anche perché tendo anche a non guardarmi mai allo specchio, anche se adesso cerco di farlo regolarmente, tipo la mattina prima di uscire di casa per vedere almeno l'effetto che faccio da vestito, perché ho l'obiettivo di perdere peso. Ma fino a poco tempo fa, sì, giusto un'occhiata al viso ma poi scappavo via. Poi anche da quando ho superato i novanta chili, anche la paura di salire sulla bilancia per cui tendevo a non tenere mai sotto controllo il peso. Magari mi rendevo anche conto di quanto ero ingrassato, ma facendo il confronto dalle foto, magari di un periodo precedente. Del tipo che in foto, quando ti, ti guardi e incominci a non piacerti proprio più, che io non sono mai stato magro però quando ti vedi, incominci a vederti proprio inguardabile e che ci rimani male allora lì ti dici: "Eh, sono messo male"... Che poi anche quelle poi ingrassando se potevo le evitavo. E se non potevo cercavo di mettermi dietro così si vedeva solo la testa [...] Poi anche alla taglia, alla taglia dei vestiti cerco di non farci caso. Quando dai pantaloni, dalla classica cinquantaquattro ero passato alla cinquantotto mi dicevo: "Madonna, è la cinquantotto! Adesso basta, devo tenermi" e poi invece la volta dopo era una sessanta e dicevo: "Adesso basta, oltre questo non vado" e alla fine mi sono trovato a prendere una sessantadue e lì proprio lì ho detto: "Vabbè sono alla frutta" quindi alla taglia non ci faccio più caso. Prendo subito la più grande così evito di guardarci" (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

In aggiunta e come in parte anticipato dall'ultimo estratto esposto, può essere poi evidenziato che i soggetti intervistati, dinanzi a situazioni in cui

risulti particolarmente difficile evitare l'immagine della propria figura e la conseguente valutazione della propria dotazione fisica, possano altresì spingersi a una profonda ridefinizione delle stesse prassi e delle stesse procedure normalmente osservate in tali circostanze. A riguardo, si può fare esplicito riferimento a una situazione particolarmente citata e per certi versi paradigmatica all'interno delle narrazioni raccolte, vale a dire l'acquisto dei capi di abbigliamento<sup>1</sup>. L'acquisto di vestiario è, infatti, una pratica socialmente codificata e ritualizzata ma, al contempo, estremamente insidiosa e oltremodo problematica per la ricasazione del corpo obeso. In merito, è tuttavia possibile apprendere che tale tipo di azione, rispetto alla sua prassi più usuale, subisca delle importanti variazioni nel corso della procedurale attuazione che ne dà l'individuo obeso. Mossa dall'intento di sottrarsi all'incontro con la propria condizione di obesità, tale persona manifesta invero l'abilità di elaborare il repertorio di prassi collettivamente condiviso, introducendovi delle innovazioni che benché non sempre funzionali agli scopi per cui le stesse sono intraprese paiono dimostrarsi nondimeno adatte al fine di mantenere un'idea del proprio corpo quanto più positiva e meno deprimente possibile. Si valutino le esperienze raccontate dai soggetti interpellati.

“Ma sai, ci sono tanti modi per tenere nascosto la realtà. Magari c'è stato, c'era nonostante tutto qualche flash, ma poi rientrava perché comunque cercavo di non vedermi proprio perché non riuscivo a vedermi così grassa, cioè non volevo vedermi come una persona così grassa. Per dire che io entravo anche nei negozi e compravo delle magliette magari taglia XL, la più grande che c'era, nelle quali, cioè infilandomele sicuramente sarei sembrata un insaccato e niente più, perché comunque l'XL non era una misura che a me potesse andar bene, però le compravo, snaturando il modello finché vuoi e convinta che mi sarebbero andate bene... Mi ricordo ancora, insomma, le facce tante volte delle commesse che mi chiedevano: “Ma è per lei?” e io le guardavo come per dire: “E per chi altre?”, cioè il loro era anche un modo, anche più gentile di altri, di dire: “Non le va bene” però io acquistavo lo stesso e questa cosa poi rimaneva inevitabilmente nell'armadio. Comunque non c'era possibilità di vestirmi, ma anche perché io stessa mi rifiutavo assolutamente di avere una giusta percezione del mio fisico. Non proprio percezione perché quella, qualche flash ogni tanto c'era, forse era anche una questione più di... Non saprei spiegare anche perché poi io mi sono dimenticata di dirti, di specificare una cosa che io nella mia fase di massima obesità mi sono

---

<sup>1</sup> Si ricorda che sugli episodi di stigmatizzazione dell'obesità segnalati dagli intervistati all'interno dei negozi di abbigliamento e sulle difficoltà lamentate dagli stessi in merito alla possibilità di corredarsi di un vestiario adeguato alla propria conformazione fisica si sia più puntualmente discusso nel capitolo 8 e nel capitolo 9.

sempre rifiutata di provare i vestiti nei negozi, nei camerini o cose di questo genere. / Io facevo una cosa assurda / (ridendo): compravo e portavo a casa. Poi a casa mettevo nell'armadio e poi da sola, magari anche dopo giorni o mesi me li provavo e ovviamente non ci entravo. Quindi non avevo neanche più questa percezione della taglia che fosse adatta per me. Io prendevo in automatico la taglia più grande senza provarla. Lo so che può sembrare da stupidi, che questa cosa ti porta a fare delle cose / davvero assurde / (ridendo) però ripeto che c'è tutta una serie di, di difficoltà nel riconoscere la tua immagine o nell'accettare quella che è la tua immagine da obesa. Io allora passavo davanti alle vetrine a testa bassa, perché il terrore era quello di specchiarmi, di vedermi in quella vetrina e rendermi conto di cos'ero. Quindi passavo a testa bassa. Figurati se puoi permetterti di entrare in un camerino e provarti la roba davanti a uno specchio e magari uscire dicendo alla commessa che la taglia più grande non ti entra. No, sarebbe una mortificazione troppo grande, un torto, capisci? Prima di tutto a te stessa. E non puoi, non puoi permetterti di, di, sarebbe come far crollare il castello di carte in cui vivi. E come anche salire sulla bilancia e leggere un numero spropositato. Ti farebbe crollare e quindi meglio evitarla" (Marilena, 52 anni, impiegata, peso massimo raggiunto 136 kg, BMI 47).

"Come dicevo un altro problema dell'obesità era il fatto di dover convincere mia moglie ad andare a comprarmi i vestiti. Io odiavo andare a comprare i vestiti perché era la certificazione del mio fallimento, perché ogni volta c'era una taglia in più e ogni volta mi ripromettevo che non sarei mai più andato in un negozio per obesi a comprare vestiti per obesi ma sarei andato a comprare vestiti normopesi e ogni volta al commesso dicevo: "La prossima volta non mi vedrà, ho iniziato la dieta" e allora poi a un certo punto cosa facevo: mandavo mia moglie a comprare il vestito, dicendo di guardare dentro i pantaloni per vedere la taglia e di comprarli magari con una taglia in più, sempre che ci fosse. Perché questa sorta di vergogna ti portava a escogitare dei modi per non doverci pensare, per non dover certificare a te il fallimento, per non sentirti una merda insomma... Il fatto è che, apro una parentesi, io lavoro in un operation di informatici, il fatto è che noi operiamo, risolviamo problemi in real time. Quando la rete di computer non funziona più, noi dobbiamo risolvere il problema nel minor tempo possibile, se non si riesce a risolvere nel minor tempo possibile si applica un workaround, cioè una soluzione alternativa per ripristinare il servizio. E la mia vita per nascondere a me stesso la mia obesità è sempre stata questo. Il non accettare il mio aumento di peso è sempre stato dovuto a una serie di workaround. Non riesco a fare la pipì in piedi perché la mia pancia non me lo permette, la faccio seduto e poi diventa normale fare la pipì seduto e non in piedi come gli altri uomini. Devo allacciarmi le scarpe, devo trovare un metodo assurdo per allacciarmi le scarpe, quello diventa la normalità. Vedo che gli altri mi guardo, trovo un workaround, cioè non esco di casa. È diventato un problema prendere il treno per andare al lavoro, basta prendere la macchina anche se ho quintuplicato i costi del mio andare al lavoro. Per cui tutti

quelli che erano i miei problemi dovuti all'obesità trovavo dei workaround per risolverli e alla fine me la nascondevo, e più mi nascondevo il problema più mi sentivo sereno perché dovevo confrontarmi meno con le mie problematiche. E quella di convincere mia moglie ad andare a comprarmi i vestiti, di dovermi inventare scuse assurde per mandare lei al posto mio, era un modo di quelli" (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

"Ingrassando avevo preso anche, / avevo preso l'abitudine / (ridendo), anche di questa cosa strana che non mi provavo mai la roba nei camerini. Compravo un paio di jeans, così a occhio e portavo a casa. Infatti, spesso anche le commesse mi dicevano: "Ma non le vuole provare per sicurezza?" e io sempre: "No, no, sono sicura che mi stanno". A volte rispondevo anche male perché ero un po' prevenuta, diciamo che, che loro andavano a pungermi nel vivo. Poi quando le provavo vedevo che non erano la mia misura perché la più grande del negozio per quel modello mi stava stretta, però li rimettevo nell'armadio e non ci facevo caso. "Ma sì" mi dicevo / "li riproverò quando mi sarò messa a dieta" / (ridendo). Se ci ripenso mi viene da ridere perché poi alla fine anche se facevo acquisti poi alla fine mi trovavo sempre senza cose da mettere [...] Ma sono cose che fai anche perché è un modo anche per mentire a te stessa e allora è, anche se è una cosa normalissima provare i vestiti ti diventa un problema e ti conviene non farla. È la stessa cosa di non guardarsi interi allo specchio e anche di pesarsi: serve per non farti accorgere. Cioè più che non farti accorgere per mentire a te stessa. Perché è difficile accettare che hai, che sei novanta chili quando dovresti pesarne massimo sessanta. Allora questo ti porta a fare anche cose strane, che dall'esterno puoi sembrare una mezza pazza" (Stella, 27 anni, piercer, peso massimo raggiunto 100 kg, BMI 46).

Come testimoniato dalle stesse parole dei soggetti intervistati, tali individui dimostrano dunque di mettere in pratica, nel corso della loro esperienza di vita quotidiana, una serie di misure il cui scopo esplicito è quello di attenuare la consapevolezza del dato corporeo che li contraddistingue e con essa anche ridurre la sperimentazione di un vissuto emotivo negativo e frustrante. Per il singolo soggetto sfuggire quanto più possibile e talvolta non senza uno sforzo di creatività alla rilevazione della propria immagine nonché alla presa d'atto del proprio peso e della propria taglia consente invero di eludere l'effetto deprimente che tali riscontri comporterebbero. L'evitamento del corpo obeso può quindi essere pensato come una forma di auto-difesa istituita dall'individuo a tutela della sua stessa soggettiva; soggettività che proprio attraverso il mantenimento di una distanza con la realtà fisica che la qualifica e la dequalifica può, di fatto, trascendere la sua auto-svalutazione. La sistematica attività di astensione del soggetto obeso da tutte quelle pratiche corporee che portano inevitabilmente la sua attenzione sul suo corpo contribuisce, infatti, alla

conservazione di un senso di sé quanto più possibile positivo. Ricusare nell'ordinaria prassi quotidiana lo stato di eccesso ponderale permette pertanto a tale individuo di disinnescare, quanto meno nel suo pensiero, quell'equazione simbolica estremamente penalizzante che lega in una relazione di omologia il proprio sé e il proprio corpo.

Nondimeno, è opportuno aggiungere a riguardo che, malgrado l'impegno profuso in tal senso, le persone obese intervistate segnalano come esse possano tuttavia trovarsi a fare i conti con il loro aspetto fisico. Nella maggioranza dei resoconti esaminati, è, in particolare, l'osservazione accidentale della propria immagine in fotografia a costituire l'occasione che consente ai singoli soggetti di conseguire, ancorché in modo perlopiù fortuito, la consapevolezza circa la loro condizione corporea. Sebbene in un primo momento tale rappresentazione fotografica sia salutata con sorpresa e persino incredulità, essa si rivela altresì utile nello stimolare l'esercizio di uno sguardo oggettivante. In altri termini, l'incorrere in un'immagine inattesa della propria corporeità abilita, di fatto, l'individuo ritrattovi ad assumere uno sguardo esterno sul proprio corpo, soverchiando, di conseguenza, il veto posto a una sua obiettiva considerazione. Si valutino a riprova di quanto appena illustrato le curiose esperienze riportate in merito dagli interpellati.

“Beh, io per molto tempo non me ne sono resa veramente conto del problema, ci convivevo ma senza rendermene veramente conto. Poi è successa una cosa, niente di che, una cosa molto comune: è stata una foto. Mi sono vista, cioè mio marito mi aveva fatto una foto in acqua con mio figlio, stavamo giocando, e così di primo impatto, a prima vista non mi sono riconosciuta. Poi quando ho realizzato mi sono vista enorme, enorme, e lì mi sono detta: “Ma sono così? Non mi vedo così, non mi sento così, ma sono così!”... Ero vicino alla nostra amica che era venuta in vacanza con noi che già lei è rotondetta e io mi sono vista così che sono più grossa di lei e allora mi sono detta: “Allora sono veramente in sovrappeso”. Non era per le vacanze al mare, al mare c'ero già, non è che mi è venuto di dire: “Oh Dio, come farò in costume”. Ormai con questi problemi ci convivevo, erano anni, per cui avevo dovuto farci l'abitudine perché non è che non posso portare mio figlio al mare o avere una foto con lui perché mi vergogno di stare in costume. No, non era per il disagio, ero proprio io, lì con mio figlio e un'altra persona che so che è in sovrappeso. Una questione proprio di dimensioni, di, di che non pensavo di avere... “Se sono più grossa della mia amica sono veramente in sovrappeso” mi sono detta. E sono salita di nuovo sulla bilancia, e non è che l'ho solo visto il peso, l'ho anche accettato. Perché prima nel corso degli anni sapevo che il peso era alto, quando andavo a comprare i vestiti non era più la taglia di un tempo, ma non gli davvo il, come si dice, l'importanza giusta. Non è stato immediato. C'è voluto del tempo in

effetti perché io mi rendessi conto di come ero e prendessi posizione. C'è voluto tempo perché non lo vedevo, lo sapevo, perché lo sapevo ma non lo volevo vedere per non affrontare il problema a piene mani. La foto, la gamba più gonfia, l'impossibilità di muovermi, un po' tutto in quel periodo mi hanno fatto dire: "No, devo fare qualcosa, sono davvero, no, qua c'è un grosso problema". Lì mi sono detta così e ho ammesso a me stessa di essere consapevole del problema" (Tina, 41 anni, decoratrice, peso massimo raggiunto 94 kg, BMI 32).

"Quest'anno ero arrivato ai centotrenta verso marzo e adesso sono tornato a centodiciannove, ma per volontà mia. Ho eliminato le bibite e questo ha influito sul mio peso [...] Ho deciso di mettere un freno anche perché mano a mano che aumentavo la mia autostima calava, perché io non mi ci vedo proprio con questo corpo. È come se la mia testa fosse attaccata sul corpo di un altro. Glielo dicevo al mio compagno, che avevamo fatto una foto insieme e vedevo questa enorme massa corporea che non mi sembrava mia. Dicevo: "Madonna, ma io sono davvero così?"... Con le foto mi ci sono scontrato anche altre volte. E niente, gli facevo: "Ma io sono davvero così? Dobbiamo fare qualcosa, devo assolutamente dimagrire!"... Sarà perché io non mi ci vedo molto con questo corpo e perché tendo anche a non guardarmi allo specchio però in quella foto è come se la mia testa fosse stata attaccata sul corpo di un altro. Cioè, io non mi sento così enorme nella realtà, però se lo dicono le foto evidentemente lo sono e quindi da lì basta Coca-cola, basta succhi di frutta e piano piano qualcosa ho perso" (Niccolò, 35 anni, ottico, peso massimo raggiunto oltre 130 kg, BMI superiore a 43).

"Che adesso, guardando le foto della maturità dico: "Caspita, allora ero veramente grassa, ero veramente sovrappeso". Solo che allora non me ne accorgevo, non me ne rendevo conto anche perché evitavo di vedere e di guardarmi allo specchio [...] La prima volta che ho proprio realizzato la cosa era quando sono andata in università e lì mi ero messa a guardare le foto della maturità, lì mi sono accorta di come ero. Poi è successo che mi sono trasferita e la mia coinquilina aveva una bilancia e quando sono salita e ho letto la cifra mi sono spaventata perché pensavo di essere ottanta chili e invece ero vicino ai cento, e lì, lì mi è preso un colpo perché mi sono resa conto di arrivare quasi ai cento chili. Per cui ho detto: "Mamma mia! Che mi sta succedendo? Come ho fatto a non accorgermi di essere ingrassata così?"... Non un paio di chili, / ma venti / (ridendo) [...] È strano ma io quei venti chili non so neanche quando li avevo messi. Credo nell'ultimo anno di liceo o dalla quarta, fatto sta che guardare le foto della maturità mi hanno fatto aprire gli occhi" (Anna, 27 anni, studentessa, peso massimo raggiunto 95 kg, BMI 36).

"Io dopo la gravidanza mi sono trovata, trovata dopo il parto, dopo l'allattamento eccetera a pesare ottantantotto chili. Che poi eh, diciamo che non lo realizzavo. Lo sapevo perché in gravidanza e anche dopo quando fai i controlli ti pesano e tutto,

però io non lo avevo realizzato. Perché io mi vedevo comunque, cercavo di non guardarmi allo specchio, ero presa con la bambina e facevo le cose di tutti i giorni. Poi è capitata una foto di gruppo con amici e lì per la prima volta mi sono vista, ho visto come ero diventata e la mia prima reazione è stata quella di smettere di uscire di casa. Conta che mia figlia era già grande, aveva già un anno, però è da lì che mi sono detta: “Sono una balena, non esco più di casa” [...] Mi sono vista in foto ma io all’epoca non pensavo di essere così, vedevo le altre ragazze robuste e io dicevo: “Ma io non sono così”. E, infatti, io vestivo sempre taglie più piccole di quello che ero. Mi comprimevo nei vestiti. Tipo avevo la cinquanta e mettevo la quarantotto. Non lo so, cioè non mi comportavo come se fossi obesa ma come se fossi una persona normale, che aveva una taglia normale e quindi era normale. Certo sovrappeso ma mi dicevo che era anche la gravidanza, e invece nelle foto sono saltata fuori che avevo sti pantaloni strettissimi, la maglietta strettissima, che avevo tutti sti rotoloni quando invece io non mi vedevo così. Anche adesso. Una cosa che dico sempre: “Io non mi vedo così grossa”. Sai le altre persone che ci sono qua? Qui in reparto siamo tutti obesi ma io ancora non mi vedo così come loro. Loro li vedo grossi io non mi vedo così grossa” (Stella, 27 anni, piercer, peso massimo raggiunto 100 kg, BMI 46).

Come illustrato dalle testimonianze appena riportate, la consapevolezza dell’obesità può essere in un qualche modo silenziata. La sua reiterazione all’interno del vissuto soggettivo prevede, infatti, per l’individuo in tale condizione fisica che assumi con continuità su di sé e sulla propria dotazione corporea uno sguardo esterno e oggettivato; prospettiva che, come sopra rivelato, quandanche s’imponga a tale soggetto nel momento di presa visione della sua immagine, può altresì essere elusa nell’esperienza quotidiana. Tuttavia, non è solo evitando di concentrare il focus dell’attenzione sulla loro figura corporea che gli intervistati si sottraggono dal fare i conti con la loro obesità. Anche un atteggiamento di tipo spiccatamente irriflessivo verso la loro condotta alimentare – comportamento questo tutt’altro che indifferente all’aggravamento del sopraccitato stato fisico – può concorrere a tal proposito.

### **3. Gli usi e gli abusi di cibo**

Come appena anticipato, per il soggetto obeso la riconsolazione della propria condizione fisica può essere perseguita e praticata, oltre alle modalità sopra precisate, anche attraverso l’occultamento di un atteggiamento e di un comportamento nei riguardi del cibo sicuramente favorevoli l’aumento ponderale. Dalle narrazioni, è, infatti, emerso come gli

intervistati dichiarassero in maniera concorde all'interno del gruppo di nutrirsi in modi certamente atipici e inconsueti, soprattutto in riferimento alla frequenza e alla modalità delle singole assunzioni alimentari nonché alla quantità dei cibi abitualmente consumati, e manifestassero altresì nel merito un atteggiamento contraddistinto da una pressoché totale mancanza di riflessione e di ponderazione dei suoi effetti sul piano corporeo.

Con maggior esattezza, può essere innanzitutto chiarito come gli individui interpellati attestino nei loro resoconti un consumo quotidiano di cibo indubbiamente abbondante o apprezzabilmente superiore rispetto a quanto osservato dagli stessi nelle altre persone, specie familiari, amici e colleghi di lavoro. Tale evidenza è stata ribadita sia in relazione alla quantità degli alimenti abitualmente assunti nei momenti dei pasti principali sia per quanto consumato al di fuori di essi, in particolare durante il tempo libero. Di là dalla mera quantità, numerosi intervistati hanno inoltre sottolineato la qualità estremamente nutriente dei cibi abitualmente ingeriti, vale a dire la loro alta densità calorica, in conseguenza dell'elevato apporto di glucidi e di lipidi. Nonostante tali costatazioni, è stato tuttavia rilevato come gli interrogati si astenessero più o meno consapevolmente dal porre all'interno del loro vissuto quotidiano la loro peculiare alimentazione in rapporto con la loro precipua condizione fisica. In altri termini, si potrebbe affermare che durante l'esperienza ordinaria la persona obesa tenda invero a ignorare la relazione tra il proprio comportamento alimentare e il proprio stato di eccesso ponderale. Nel merito, si valutino gli estratti d'intervista proposti nel seguito, dai quali si evince con evidente chiarezza come, a dispetto del riconoscimento di un ingente consumo di cibo, il nesso intercorrente tra un tale dato di fatto e la condizione di obesità venga a essere disconosciuto, rimanendo perlopiù assente dall'orizzonte di coscienza del soggetto. Nel vissuto quotidiano degli intervistati l'iperalimentazione appare dunque espropriata delle sue capacità di rimpinguare il tessuto adiposo presente nel corpo e di concorrere così alla conservazione dello stato di obesità esibito dall'individuo.

“Io, a me comunque mi è sempre piaciuto mangiare, mi piace mangiare. Tutto quello che è a mi piace, io lo mangerei. Che poi io mangio anche velocemente, cioè mangio con foga. Al mattino le fette biscottate o i biscotti, cerco di non farmi quelle mangiate che una volta mi facevo anche al mattino, anche perché poi so che a mezzogiorno mangio, nel senso che ci do dentro, e quindi mi mangio, toh, sette, otto, massimo dieci biscotti. Qualche anno fa invece mangiavo di più perché oltre ai biscotti mi piaceva la mattina anche mangiarmi anche la brioscina, i cereali nel latte. Mi facevo di quelle mangiate a colazione. Poi a mezzogiorno, la pasta, io amo le paste, più complicate sono e più mi piacciono. In mensa mi faccio fare il

tris, che alla fine è un bel piatto, è un piatto bello pieno. A me, di mio, piace poi molto la pasta con il ragù, anzi il ragù con la pasta, perché a me piace molto condito e di solito di mio mi faccio certi piattoni che sono davvero esagerati, cioè lo ammetto di mangiare tanto. Poi io non riesco a fermarmi al primo, per me c'è anche il secondo, cioè mangio anche quello. Io vedo i miei colleghi tante volte si fermano. O uno o l'altro, nel senso o il primo o il secondo. Invece io se c'è poi la cotoletta, tutto quello che c'è. Il problema è che quello che mi piace io mangio, lo voglio mangiare. Per dire anche l'antipasto, se c'è io lo mangio. Tante volte mi accorgo che anche solo per fare la scarpetta, per raccogliere il sugo magari mi sono mangiato un panino e mezzo. E non riesco a limitarmi, mangio poco di antipasto, mangio poco di primo, mangio poco di secondo. No, io mangio. Se mi piace, io mangio. Anche perché poi mangiando velocemente, di foga lo senti anche meno il senso della sazietà. A me quello che mi metti sul tavolo lo mangio. C'ho lì davanti il pane, io lo mangio. Io ho il problema che fosse per me, io mangerei di tutto. Non mi accontento con poco e poi, ecco, un'altra cosa che mi rendo conto è che io sono uno che non sa rinunciare. Al pomeriggio verso le tre, le quattro che mi viene fame se so che c'ho il pacchetto di patatine, la merendina dietro non riesco a non mangiarla. Anche la Coca-cola, che adesso so che ha tanti zuccheri, io tante volte me ne bevo anche due al giorno, che lo so che non dovrei però boh, non so cosa mi scatta nella testa. Lo so che mangiare così non mi fa bene ma il più delle volte non ci pensi e mangio oppure, ecco, rimando. Si rimandi. Per esempio, per il fatto che l'inverno ti copri, giubbetto sopra giubbetto, io penso che non se ne accorga nessuno come sono, / invece se ne accorgono tutti / (ridendo). Però nella tua testa ti passa quello, che pensano che è il giubbetto che ti gonfia e allora ti dici: "Da domani, dal mese prossimo, mo' ci sono le feste, aspetto dopo Pasqua" o anche tante volte, il più delle volte non ti dici neanche niente. Mangi e non ci pensi. Oppure hai sempre una scusa per dire: "Da domani" e così vai avanti a mangiare. Non so come spiegarlo, ma te ne freggi, ti dici che da domani ti dai una regolata" (Claudio, 38 anni, operaio, peso massimo raggiunto 106 kg, BMI 34).

"Beh, premettiamo che il ciccone su quello che riguarda l'alimentazione tante volte è bugiardo, è bugiardo prima con se stesso e poi con gli altri. Nel senso che tu lo sai che mangi come una fogna, che non ti mangi le carotine, però la verità non te la racconti. Ovvio! Non ti fa comodo dirti: "Questa sera ho esagerato", oppure anche pesarti, vedere quel numero enorme sulla bilancia e dire: "Da domani sto attenta". No, il ciccone mangia e se ne frega. Se ne frega che è ciccone, che il pantalone che hai messo via l'inverno prima non si chiude più, che gli mancano quei venti centimetri tra il buco e il bottone. Il ciccone se ne frega e continua a mangiare. Nel mio caso poi è proprio un discorso di quantità, di porzioni. Glielo dicevo anche alla dottoressa, io ho sempre mangiato tanto, da sempre, cioè proprio nei pasti principali. Le mie porzioni ma questo da sempre, non sono mai state come quelle degli altri. Io ho sempre mangiato il doppio. Sì, sempre, sempre. Quando andavo a scuola, specialmente le scuole superiori hai sempre qualche moneta in

tasca, la mattina. Io mai mi prendevo la mia brioscina al mattino. Io mi fermavo dal fornaio e mi prendevo la focaccia farcita, minimo. Lì c'era la focaccia col prosciutto, mi facevo di quei tranci da camparci tutta la giornata. E adesso, tuttora, non mangio ottanta grammi di pasta come gli altri. Io, se mi cucino io che son da sola, adesso, di pasta, due etti, due etti e qualcosa di pasta per me è la normalità. Poi, boh, c'è quella sera che li mangio perché mi vanno, c'è quella sera che non ho voglia e magari ne mangio un etto e mezzo ma poi mangio dell'altro. Però mediamente il mio occhio nel piatto non ha mai visto porzioni mini. Quando mi cucino io, di tutto, anche sulla carne, gli affettati, la mia porzione standard è il doppio. Che poi tutti ci hanno provato a farmi mangiare di meno. Con le buone, le cattive. Davvero, ci hanno provato in tutti i modi possibili e immaginabili, imponendosi, lasciandomi fare. Mia mamma, mia nonna che mi ha tenuto in casa per sei anni, hanno tutti tentato di farmi mangiare come gli altri. Ma un pasto normale per un'altra per me è un pasto inconcludente. Cioè, se io dovessi mangiare come mangia mia madre, penso che preferirei non mangiare. Io mangio senza badare, mangio quello che mi va. Non è tanto una questione di schifezze, anche se nell'ultimo periodo devo dire che non ho mai mangiato così male, così tante, tante porcherie. Questo lo ammetto, ho mangiato di tutto di più. Se potevo scegliere tra qualcosa di leggero e la schifezza io sceglievo proprio la più schifezza delle schifezze: pizza, McDonald, patatine fritte, cinese. Non c'è mai: "Vado a casa e mi mangio sei piatti di insalata". Questo non succede quasi mai. Per me tre piatti di pasta, le patate dorate con la crosta di burro, la banana. Cerco le cose più pesanti. Se c'è da scegliere, io scelgo il fritto del cinese, la pizza più ripiena. Tra una crostata e una torta triplo cioccolato con gelato e sopra la panna così, io scelgo questa. Ecco, io mi butto sempre sui dolci, sulle brioches, sui dolci morbidi, al cucchiaino. Ah-ah (ride)! Sempre qualcosa di, che non stufi, perché il biscotto secco stufa. A me i dolci quelli al cucchiaino, belli cremosi, che vanno giù bene, che non stufano mi sono sempre piaciuti di più dei biscotti, che sono secchi e ti intoppano. Invece il dolce più grasso che fa più male è quello che ti permette di mangiarne una scatola e non te accorgi, perché scivola giù bene. E oggettivamente spesso non mi accorgo di quello che mangio. Questa è una cosa che dicono tutti, tutti mi dicono che io bevo. Mio padre è morto dicendomi: "Tu non mangi, tu bevi qualsiasi cosa". Però questo più nell'ultimo periodo. Negli ultimi anni ho fatto davvero schifo. Prima non dico che, ma era già di meno, nel senso che adesso mi rendo conto di mangiare più spesso schifezze rispetto a prima. O forse adesso ci faccio più caso perché sono al mio massimo di tutta la, la storia del mio peso. Perché le schifezze nella mia alimentazione non sono mai mancate anche se, lo ripeto, per me è soprattutto il mangiare tanto. Il mangiare tanto e male" (Enrica, 33 anni, dirigente, peso massimo raggiunto oltre 110 kg, BMI superiore a 41).

"Guarda, io sono sincero anche se sono in sovrappeso non è che normalmente mi faccio molti problemi sull'alimentazione. Lo so che dovrei, perché comunque sono giovane e poi nell'ultimo periodo ho messo su parecchio però... Sinceramente, a

regolarmi sul mangiare, boh? No, non è che, non ci penso / di mio non mi ci metto / (ridendo). Sì che dovrei ma poi... Cioè, che poi uno si accorge prima o poi, però normalmente, nel senso non ci pensi alla fine. Com'è che si dice? / Tra il dire e il fare ci sta il mare / (ridendo)! Nel senso che sì, so che forse la mia alimentazione, cioè mi rendo conto che comunque, che è diversa da, da quello che mangiano molte altre persone. Cioè, se devo mettermi a fare un confronto, per esempio, io ricordo all'università, in pausa pranzo, andavo con i compagni in piadineria, le ragazze prendevano tutte la piadina piccola, perché le ragazze devono mangiare di meno e poi c'è anche sta cosa di quando le ragazze mangiano insieme e fanno la guerra a chi mangia di meno secondo me. Sto fatto non l'ho mai capito. Comunque i ragazzi prendevano una piadina grande e io ne prendevo una grande e una piccola perché, perché sì! Perché per me quella grande / non era abbastanza / (ridendo), perché se quello che avevo davanti a me che è quaranta chili meno di me ne mangia una grande, figurarti se io mi sazio con una grande. A me non basterà mai! Quindi ne prendevo una e l'altra, che poi spesso ne prendevo una salata e l'altra dolce, / alla Nutella / (ridendo) [...] Per me prenderne di più, mangiare quel qualcosa in più degli altri mi viene di, di default. Forse dovrei provare a fare, fare qualche esperimento di questo tipo: vado da McDonald e prendo il menù e basta, che è quello che mangia il novanta per cento della popolazione, e dopo vedere se veramente avevo bisogno di quel di più che normalmente prendo. Poi magari mi accorgerei che davvero ho fame e prenderei di più, però avrei la certezza che non lo faccio per una convinzione solo mia ma che ho lo stomaco talmente grande che devo riempirlo in un qualche modo. Non so, ecco. Non so se è solo una mia convinzione ma al lavoro anche, così ad occhio, se dovessi mangiare come i miei colleghi, giusto un primo o un secondo, credo che dopo avrei sicuramente fame. Quindi normalmente mi prendo quel qualcosa di più. Anche qualche pizzetta oppure un toast. Però non è che sto lì a pensarci [...] Cioè dovrei dirmi: "Ok, guarda che panza, di riserve ne ho accumulate in abbondanza oggi mi prendo solo questo" però alla fine quando sono lì non lo faccio, non ci penso. Forse perché per me è sempre stato così. Io non sono uno che ci pensa, cioè non penso a come mangio io e a come mangiano gli altri, a come sarebbe meglio. Che poi lo so che sarebbe meglio se mangiassi di meno, perché lo so. Però sarà che poi ognuno ha i suoi gusti e le sue necessità, o anche golosità. Dipende uno com'è. Alla fine uno nel mangiare, è una cosa, una cosa molto personale. A merenda a me non basta uno yogurt. Io devo mangiarmi qualcosa di sostanzioso. Per me la merenda sono i Loacker. Se poi devo tirare lungo con la cena sono capace di mangiarmene anche due o tre pacchetti, così senza accorgermene, cioè senza pensarci o magari ci penso dopo. Cioè proprio perché, come dire, io già so che la mia porzione deve prevedere quel di più. Ognuno sul mangiare è fatto a modo suo" (Manuel, 26 anni, informatico, peso massimo raggiunto oltre 105 kg, BMI superiore a 35).

In aggiunta a quanto riportato, è poi opportuno segnalare come non tutti gli individui intervistati abbiano mostrato un'immediata e piena

consapevolezza circa la quantità e la qualità di cibo solitamente ingerito. Un sensibile numero di soggetti obesi interpellati ha, infatti, manifestato durante il colloquio di sottostimare in prima istanza l'impatto esercitato dai propri introiti alimentari sul proprio stato ponderale. Più in particolare, è possibile sostenere come tali intervistati si siano rivelati essenzialmente noncuranti della quantità e della qualità dei cibi normalmente consumati e come tale forma d'indifferenza e d'inconsapevolezza verso quanto generalmente ingerito distorcasse, di fatto, la percezione e la valutazione della loro abituale condotta alimentare. Perlopiù incuranti e persino dimentichi dei cibi quotidianamente consumati, tali persone hanno dunque palesato in *prima facie* non solo un certo impedimento nel fornire un resoconto attendibile riguardo alle proprie abitudini alimentari ma anche nell'elaborare una stima ragionevole e obiettiva delle conseguenze di un simile comportamento sul piano corporeo. In merito, vale altresì la pena di osservare come gli stessi individui non apparissero perseguire premeditatamente il tentativo di ridimensionare la frequenza e l'entità delle loro assunzioni di cibo al cospetto dell'intervistatore, generando così un racconto socialmente più desiderabile per quanto falso nei contenuti. L'incongruenza e la contraddittorietà rintracciabili nelle testimonianze sui consumi alimentari sembrano invero segnalare l'elevato grado d'inconsapevolezza e d'irriflessività che caratterizza il comportamento alimentare di buona parte dei soggetti interpellati. Tuttavia, non si può poi tacere come un tale atteggiamento possa costituire, di fatto, una forma di autocensura sulla realtà. Questa sarebbe istituita dall'individuo obeso al fine di arginare le frustrazioni e il senso di colpa provenienti dal riconoscimento della sua stessa responsabilità personale per la condizione corporea patita. A illustrazione di quanto appena asserito si propongono nel seguito le parole proferite da alcuni intervistati. Dalla loro lettura emerge con una certa chiarezza come l'interpellato con il procedere e l'approfondirsi della sua argomentazione esperisca progressivamente l'inconciliabilità tra l'esperienza vissuta interiormente e la realtà fattuale materialmente agita, interrogandosi conseguentemente non solo sulle implicazioni che tale modo di nutrirsi determina sul piano fisico e ponderale ma anche sull'importante contraccolpo che il continuo confronto con quest'ultima verità comporterebbe a livello emotivo.

“Io non è che mangio chissà cosa. Non sono attaccata al frigorifero tutto il giorno. Di quelle che, non so, aprono il frigorifero in cerca di quel, di quel qualcosa. Infatti io lo dico anche spesso a mio marito, c'è testimone lui, io mi dico sempre: “Ma io non so come faccio a essere così grassa”. Non è che mangio da, da giustificare il

mio peso. Nel senso che sì, io ho sempre mangiato ma non è che adesso, questi ultimi trenta chili li abbia messi su perché, perché effettivamente noto di mangiare diversamente da prima. Sì, sono grassa ma come dire, lo sono sempre stata, mangiare io ho sempre mangiato. Capisci? Io e mio marito non ci, non ci capocapacitiamo di come in questi ultimi anni io sia riuscita a mettere su tutti questi chili in più. Ho anche fatto gli esami della tiroide ed è tutto apposto. Non è che io mangio, che sono lì a mangiare dalla mattina alla sera che dici: “Ok, trenta chili ma mangi come un maiale”. Io, non mangio tanto, è più che mangio male. Il mio problema è che mangio male, c’ho fame e mi metto in bocca qualcosa senza pensarci. Sarà la fame. Il mio problema è la fame, e queste abitudini sbagliate. Non so cosa scatta, cosa succede quando hai fame. Poi io non sono brava a mangiare regolare, nel senso che ti concedi di qui, ti concedi di là... / Sarebbe da psicoanalizzare / (ridendo). Perché io alla fine mangio, sì mangio ma mangio normale. Non è che io mangio chissà cosa, anche rispetto a mio marito. Solo che lui non è grasso come me. Sarà anche che io sono miss pigrizia e quindi io rispetto a lui ho una vita più sedentaria, però a casa mia, a cena si mangia normale. Cioè, adesso ti spiego... Cosa significa per me mangiare normale: come le persone normali. Come gli altri. Perché non è che durante la giornata mi strafogo. La mattina a colazione mi faccio la mia tazza di latte, poco, mezza tazza, anche perché a me non piace neanche il latte. Giusto quelle due dita di caffelatte, senza zucchero perché a me le cose dolci non mi piacciono. Tè, caffè, camomilla, da sempre senza zucchero. Anche la coca-cola: Oh mamma! Per me è troppo dolce! Mi da la nausea. Poi però, ecco, in un sol colpo magari sono capace di farmi fuori anche dieci biscotti alla volta, così tipo raptus, che non te ne accorgi. Poi un’altra cosa che sbaglio è a pranzo, anche lì è per la mia pigrizia. Io a pranzo sono da sola, mio marito e al lavoro e mio figlio fino alle tre e mezza è all’asilo, e io, niente, io non mi faccio da mangiare, cioè mi scoccia farmi da mangiare. Che a me piace fare da mangiare ma se sono da sola, anche farmi una bistecca ai ferri, non c’ho voglia di mettermi lì. Se è solo per me mi scoccio, quindi cosa faccio: verso le undici vado dal panettiere e mi prendo un panino, una piada o, non so una, una pizza, un trancio di focaccia, la focaccia farcita quel che l’è, e da bere una gazzosa. Oppure adesso che è estate la Lemonsoda che mi, che mi disseta. Però dalle undici tirare poi fino a sera con un quadrato del panettiere è poco e mi prendo insieme anche le pizzette, quelle di pastafoglia. / Che lo so che sono diecimila calorie / (ridendo)! Vedi perché ti dico che mangio male? Perché io lo so che fanno male. Che sono delle bombe di calorie. Però neanche sono arrivata in macchina che me le sono già fatte fuori cinque o sei. Poi nel pomeriggio, niente, spiluccando così a pranzo mi viene fame perché non è che una piada ti sazia, sì, ti riempie sul momento ma poi fanno presto, cioè più di tanto, sì tante calorie, ma non è che ti riempiono. E allora lì, non so, mi mangio, mi mangio un gelato, quello che c’è in casa, le brioscine di mio figlio. Poi ogni tanto vedi, lì sbaglio, perché se mi prende lo schizzo, / io così in uno schizzo sono capace di farmi fuori un pacchetto intero di, di / (ridendo), che ne so, di Kinder Delice o quelle schifezze lì. Che ce le ho lì, li tengo in casa per fare la

merenda al Giorgio e poi magari / me le mangio tutte io / (ridendo). E poi, niente, arriva cena e lì invece cucino per me, mio marito e mio figlio. Io sono una brava cuoca eh, nel senso che lo so, me lo dicono sempre e poi è anche che, se so che c'è gente a cena che c'è da spadellare a me non pesa. Io mi diverto in cucina. E, niente, ogni sera cambio. Non so, una sera faccio il brasato, il brasato con la polenta oppure le cotolette con il purè, però, ecco, o un primo o un secondo. Però bello, cioè, io carico sulle quantità perché mangiamo solo quello. Per farti un esempio, scaloppe con il purè, noi siamo in tre, anzi due e mezzo, perché mio figlio vale mezzo. Io faccio un chilo di patate per il purè. / E io me lo mangio anche tutto eh / (ridendo)! Cioè, nel senso che non avanza via niente dalla tavola. Pasta, per noi tre ne metto un pacchetto intero, cos'è quello da, da mezzo chilo? Sì, mezzo chilo... Come se la sera arrivassi proprio, che dici che arrivi proprio scanata dalla fame. Eh, il problema è che io poi una volta che ce li ho lì davanti magno. Cioè, vedi che se non mi metto, io manco ci penso a cosa alla fine mi sono mangiata in un giorno. Sarà la fame, saranno le abitudini sbagliate. Eh sì, che dovrei eh, e invece sbaglio perché io manco ci penso a cosa mi magno in un giorno... Perché alla fine io magno, è inutile, la verità è che / io magno / (ridendo). Oh mamma! Sembro mezza matta, te l'ho detto che sarei da psicoanalizzare" (Daniela, 39 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 139 kg, BMI 52).

"Sì, beh ovvio che una persona appena ti vede dice: "Tu mangi troppo, devi mangiare di meno". È, è un classico per uno come me. Però io dico: "A me non sembra"... Io mangio in modo regolare e preciso. Non vedo tutto questo mio mangiare diverso. Sbaglio in quello che mangio, sicuramente sbaglio nell'abbinamento di cibi che fanno male ma non nella quantità. Io penso di mangiare soprattutto male, tipo che non faccio gli accostamenti giusti, anche perché non mangiando verdura, la frutta, non mi piace neanche il pesce. Il pesce mi fa proprio vomitare, solo a sentire l'odore. E alla fine mangio sempre quelle quattro cose: pasta, pane, salumi, i formaggi. Sul mangiare io è lì che sbaglio. Di dolci, che uno dice uno grosso è goloso di dolci. Io non sono molto di dolci, cerco più il salato. Se ci sono li mangio, non è che mi fanno vomitare, però io sono più da salato, non sono uno che cerca il dolce. Però il fatto che mi piacciono poche cose influisce anche, anche sulla quantità, logicamente. Anche su quello influisce, perché per riempirmi devo mangiarne di più. Non mangiando altro è logico che mi devo riempire di quelle. Io non sono uno da contorni. Le verdure non mi piacciono, pesce non mi piace e quindi vado più sul piatto unico, sulla pasta. Questo, sto parlando della sera eh, non a mezzogiorno. Adesso la sera con mio papà o prima che c'era mia mamma, la sera mangiamo quasi sempre la pasta, e lì non mangiando altro, non variando se c'è che avanza ne mangio anche la porzione abbondante. Quasi sempre ne mangio due piatti, anche perché mio padre mangia meno di me quindi poi da quando non c'è mia madre si può dire che avanza sempre. Infatti, tante volte dico: "Papà, potevi metterne di meno". E lì a mangiarmi due piatti di pasta sbaglio, perché anche a mangiare solo quello però non fa bene e poi anche a

mangiare affettati e salumi non va bene. L'anno scorso a mio padre hanno, ha fatto un infarto, perciò deve stare attento a quello che mangia e giù il discorso che deve mangiare carne bianca. Vedo che per lui è proprio una sofferenza che non può più mangiare la carne rossa, non deve mangiarla spesso, o pochi salumi, e vedo mio padre mentre io mangio un pezzo di pane con un affettato: "Eh, io non posso più" e io gli dico: "Ha il colesterolo alto? A me non mi sembra vedendo cosa mangio io e cosa mangi te". Io mangio il dopp, più assiduo rispetto a lui. Se il suo colesterolo è alto non vorrei pensare al mio [...] Sì, su tante cose sbaglio. Ma chi è abituato a essere così vuol dire che non si fa molti problemi su quello che mangia, non è uno abituato a... Che negargli una grande fetta di quello che mangia all'improvviso io penso sia scioccante. Infatti a me se mi dicono: "Sei diventato diabetico non puoi mangiare questo, questo e questo" io gli dico: "Sparatemi!"... Non riuscirei a rinunciare a quello che mangio. Potrei solo moderare. Non rinuncierei, io di particolare ai salumi, che chi soffre di cuore non può mangiare. Essere intollerante alla pasta? Io ci morirei. Non puoi mangiare la pasta perché sei intollerante? E io ho amici che sono così. Non riuscirei a diventare vegetariano, perché non sopporto le verdure. Se ti piacciono quelle quattro cose cosa fai? Smetti di mangiare? Anche alla mattina, per esempio, che dicono che non andrebbe fatto, che dicono che è sbagliato: io non faccio colazione. I medici lo dicono sempre che è sbagliato saltare la colazione. Solo che io non riesco a bere nulla, a mangiare nulla, sto male. Solo che se tu arrivi a mangiare a mezzogiorno e il corpo vede questo periodo come carestia, per cui quello che mangi non verrà bruciato subito ma conservato e perciò tu accumuli. Io piano piano, a piccoli sforzi ho tentato di fare colazione, solo che io non ci riesco proprio appena mi sveglio. Io arrivo qua al lavoro per le dieci e sono sveglio dalle otto e sino alle dieci, dieci e mezza non riuscirei a bere un caffè, sennò starei in bagno con il mal di stomaco. Poi verso le dieci e mezza, undici che sento che mi si sistema lo stomaco mi bevo qui giù al bar il mio cappuccino con la brioche, quella integrale con dentro i frutti di bosco, anche due, dipende se l'hanno appena fatta, perché a me le brioche calde, appena sfornate mi piacciono mentre quelle fredde, mmm, meno. E poi niente, fino all'una, una e mezza non mi viene fame. Poi a pranzo, qui al lavoro sei un po' limitato. Però se riesco vario: o vado in mensa e prendo un po' di tutto, ma ci vado di rado perché c'ha roba che non mi piace, sempre quelle quattro cose. Che poi c'è mezzo banco che è solo frutta, insalate e verdure che quindi io salto e poi mi rimane poco come scelta. Oppure mangio qualche panino al bar. Sì, più che altro alla fine ti riduci a mangiare al bar, anche se so che non fa benissimo mangiare sempre così. Anche perché alla fine mi prendo un panino e una piadina oppure una pizza e un panino, dipende quello che, quello che mi ispira... Lo so che non è il massimo come alimentazione, sul mangiare faccio un po'schifo. Tante volte la brioche, ne prendo una anche a pranzo, ma giusto più per golosità, ecco, sì, quella è proprio golosità che non è fame e potrei anche evitare. Poi pomeriggio niente. Non mangio più niente. Magari quando arrivo a casa prima di cena che sono le sei e mezza smangiucchio qualcosina, se sento un po' quel, quel buco nello stomaco. Quello che c'è, magari

mi faccio due toast, giusto per tamponare e arrivare all'ora di cena" (Daniele, 40 anni, addetto ai servizi, peso massimo raggiunto oltre 100 kg, BMI superiore a 43).

"Sul mangiare io, devo dire la verità, ho un'alimentazione abbastanza buona. Sono uno che ci tiene alla qualità del mangiare. Non mangio molto male. Molte volte mi domando anch'io se il fatto che sono così è una questione legata solo all'alimentazione... Sarà anche per quello, sì... Anche perché se faccio la dieta lo vedo che dimagrisco, però non è che normalmente di mio mangio, per dirti, come si vede alla televisione in quei programmi sulle famiglie di ciccioni americani, che mangiano davvero da vomitare, si può dire. A volte mi rendo conto che nel mangiare io, non è che mangio tantissimo, che mi riempio di porcherie, io più che altro è che mangio, mangio disordinato. Cioè, anche negli orari, con gli orari che faccio sono per forza disordinato. Perché mi rendo conto che mangiare la piadina alle sei del mattino mentre gli altri fanno colazione non è una cosa proprio logica. Poi al lavoro con il cibo, io sono sempre a contatto diretto con il cibo e la mattina mentre sto preparando i panini per il pranzo e sto affettando del salame e metto in bocca il salame, sto affettando del crudo via metto in bocca la fetta di crudo e magari due minuti prima ho bevuto il caffè e mangiato la brioche. Passo dal dolce al salato senza rendermene conto molte volte. Molte volte è un mangiare in continuazione, che poi è più un assaggiare, uno spiluccare continuo e mi rendo conto che da questo punto di vista mangio male anche perché poi non ti riempi [...] Oppure anche la sera arrivo a casa, sono da solo e dico: "Stasera insalata e bistecca" e mi preparo l'insalata, perché di base sono uno che sa come mangiare bene, so scegliere la qualità del mangiare e fra l'altro sono uno che anche quando è solo si prepara la tavola, prepara il tutto messo bene in ordine. Quindi la bisticchina nel piatto, l'insalata fresca e quant'altro. Poi però tante volte finisco di mangiare, lavo i piatti, sistemo tutto e magari dopo mezz'ora dico: "Vabbè mi mangio una brioche", poi passano dieci minuti e dico: "Vabbè mangio un frutto" e mi rendo conto che fin quando vado a dormire è così. Che adesso che ci penso mi faccio davvero venire un nervoso. Che molte volte poi ci sono certi giorni che, nel senso, che mi dimentico anche di aver mangiato cinque minuti primi. Io mi sveglio alle cinque e mezza, sei, scendo al bar e inizio a preparare quello che devo fare e tipo mangio la prima brioche, che è quella delle sette con il primo caffè. Poi molte volte mi dimentico anche di averla mangiata quella brioche, quindi verso le nove faccio di nuovo colazione con le mie amiche e rimangio un'altra brioche con il cappuccino. Poi inizio a lavorare, faccio i miei lavori e lì è il momento peggiore perché verso le undici inizio anche ad aver fame. Tipo oggi alle undici e mezza ho mangiato una porzione di lasagne. E poi mi dico: "Mangio adesso non mangio dopo" e poi invece arrivano le tre e inizi ad aver fame e ti guardi intorno. Che tante volte manco mi ricordo prima quando e cosa ho mangiato. Poi verso le tre e mezza, quattro stacco dal lavoro e vengo su in casa. Io cerco sempre di non comprare brioche e queste cose qua perché se ce le ho in casa sono capace di farmi fuori tutta la scatola. Infatti ultimamente sto limitando l'acquisto di queste cose perché

ultimamente mi rendo conto che se apro un pacco di brioche riesco a mangiarne anche tutte in una sera” (Fabio, 42 anni, barista, peso massimo 125 kg, BMI 36).

Come mostrato dagli estratti proposti, il comportamento alimentare quotidianamente agito dall'individuo obeso, quand'anche certamente implicato nel mantenimento dello stato di eccesso ponderale, può essere occultato all'interno del vissuto soggettivo. Anche a costo dell'emergere d'inevitabili frizioni con la realtà fattuale degli eventi, le narrazioni dei soggetti interpellati riflettono una chiara inclinazione a ridimensionare e a normalizzare nell'esperienza interiore una condotta alimentare, di fatto, atipica nonché in stretta relazione con il perdurare della stessa condizione di obesità. In aggiunta, è poi interessante riportare come il medesimo intento si possa altresì scorgere in riferimento a condotte alimentari indubabilmente parossistiche se non patologiche. Attenendosi a diverse narrazioni, è, infatti, possibile apprendere come alcuni individui intervistati abbiano dato prova di non ritenere, e di non aver ritenuto anche per lungo tempo nel loro passato, particolarmente rilevante e preoccupante la propensione ad abbandonarsi di frequente a delle vere e proprie abbuffate di cibo. Nel merito, gli stessi interpellati hanno invero dimostrato come tali comportamenti, caratterizzati più specificatamente dall'ingestione nell'arco di un limitato intervallo temporale di abnormi quantità di cibo, vengano a essere, all'interno del singolo vissuto, perlopiù trascurati e sottovalutati, tanto nelle loro cause scatenanti quanto negli effetti da questi prodotti, e in alcuni casi persino rimossi con una certa velocità dall'orizzonte di coscienza soggettivo. In ciò, va peraltro precisato che gli intervistati siano sicuramente favoriti da un ricercato contesto d'isolamento, il quale di per sé non può che agevolare il disconoscimento dell'abbuffata. Rimpinzarsi in segreto e al riparo degli sguardi altrui appare dunque una modalità del tutto funzionale a nascondere prima di tutto allo stesso individuo obeso e poi agli altri la sua diretta compromissione nella determinazione della sua precipua dotazione corporea, smorzandone i conseguenti sensi di colpa. A riprova di quanto appena illustrato si consideri quanto riferito da alcuni interpellati.

“Sì, diciamo che poi io ho sempre avuto anche questa cosa di farmi delle grandi scorpacciate. Io ho sempre avuto questa cosa delle, delle abbuffate di cibo. Già da giovane. Mi spiego meglio: quando ero a casa dei miei genitori non c'era la possibilità di fare grandi abbuffate a pranzo o a cena, anche se magari mi mangiavo tre piatti strapieni di pasta. Però era comunque, sia prima di pranzo o prima di cena, nei momenti in cui ero libero, da solo, potessi andare a fare un secondo pranzo o una seconda cena la facevo. Non mi ricordo quando ho incominciato, forse alle scuole medie, quando incominci ad avere dei soldi che puoi spendere e

quindi uscivo di casa e andavo al supermercato a prendermi qualcosa. E questo sino a prima dell'operazione [...] Magari succedeva non so, in ambito lavorativo, quando mi sentivo triste, che poi l'obesità è un circolo vizioso: sei obeso e vuoi mangiare, più mangi e più ti fai schifo. Perciò se avevo un problema in ambito lavorativo o con mia moglie andavo da McDonald e nel tragitto lavoro-casa mi mangiavo dieci panini. Sì, diciamo che non è mai stato un perdere il controllo sul cibo ma era una, tipo una scelta, cioè non proprio una scelta. Non so spiegarmi... Diciamo che io andavo da McDonald e in base ai soldi che avevo in tasca calcolavo cosa potevo prendermi o andavo all'Esselunga e trovavo quel piatto che mi interessava, la focaccia con le cipolle, quella con le olive, però, ecco, queste mie abbuffate erano per compensare dispiacere, stress e quant'altro. Però non è che sul momento te ne rendi conto. Non è che dici: "Sono triste allora mangio", questo è venuto fuori poi, dopo, parlando con uno psicologo. Ecco, queste cose te le racconto ora perché ho fatto un percorso. Prima per me erano sì può dire la normalità. Nel senso che di mio non ci davò alcun peso. Sapevo tante volte cosa stavo facendo, lo sapevo che erano cose deleterie ma... Il tempo di farle e rimuovevo. Poi un'altra cosa era che doveva essere una cosa da tenere nascosta. Infatti, per dire, diciamo che era più salato, non era mai il dolce, poi non era un cibo in particolare perché la cosa più importante doveva essere che era qualcosa che era facilmente mangiabile, velocemente mangiabile e che fosse anche gestibile. Lo scarto, tipo i sacchetti dei panini di McDonald era facile buttarli via senza lasciare traccia, al contrario i cartoni della pizza risultava più difficile liberarmene [...] Quindi mangiavo cose che non lasciavano traccia. E c'erano periodi che magari di abbuffarmi prima della cena lo facevo anche tutti i giorni. Sei e mezza, sette. Quello era il mio orario. Anche perché poi tornato a casa tra una cosa e un'altra, aspetta che arriva mia moglie, prepara da mangiare, cenavamo sul tardi e mangiavo come niente fosse. E quelli erano i periodi in cui guardandomi indietro ingrassavo esponenzialmente ma comunque non facevo niente [...] Ricordo anche una scena emblematica in una delle mie centomila diete dal dietologo che avevo la visita dal dietologo, la visita mensile di controllo, che poi pagavo perché ci andavo anche privatamente, e per tutto quel mese non l'avevo seguita. Magari mi devastavo come al solito per tre settimane e poi la seguivo un po' approssimativamente l'ultima settimana. Comunque per farla breve mezz'ora prima mi sono mangiato una vaschetta di gelato e due pizze da asporto in macchina dicendomi che era, non era quello a fare la differenza... Era sempre un mangiare, un mangiare emotivo, che non riuscivo a controllarmi. Un essere dissociati si può dire. È come essere dei drogati tante volte. Anche il fatto di dire un sacco di palle, prima ancora a se stessi e poi agli altri. Perché se io andavo dal dietologo dopo aver mangiato così non era solo per raccontarla, per farla a lui, ma per raccontarla prima di tutta a me stesso" (Guido, 33 anni, tecnico informatico, peso massimo raggiunto 194 kg, BMI 61).

“Sì, mi capitava proprio di, di abbuffarmi di schifezze, si è capitato diverse volte. Cioè, tante volte era quasi normale amministrazione. Ora meno, mi capita più raramente, più qualche anno fa, ora non ho, come dire, non stando più a casa e soprattutto venendo qua dalla dottoressa ci sto più attenta, poi anche con lei ne ho parlato e mi ha fatto capire tante cose, anche come gestire, cosa fare quando ti prende quella smania [...] Normalmente andava che ero sola a casa tutto il pomeriggio a studiare, a disegnare e ma però per domani devo consegnare questo, poi devo fare quell’altro, l’ansia di avere cinquantamila cose da fare, che poi in realtà sono cose che in dieci minuti potevo ma erano motivo di ansia, in più caricate alle dieci tavole da fare per domani e c’era il momento del facciamo un attimo di pausa: scendo in cucina, apriamo l’armadietto. C’è il mio fratellino che ha bisogno del Kinder Bueno, di questo, di quell’altro, mangiamoci quello. Poi in realtà c’erano dei momenti in cui non c’era il momento mangiamo qualcosa di dolce o qualcosa di salato. Mangiamo prima il dolce, poi il salato, poi torniamo al dolce, poi al salato. Mi rimpinzavo di schifezze. Non era un mangiare cose, ma anche mangiare cose che normalmente non avrei toccato, che di base non è che mi piacesse particolarmente, però se non c’era altro mangiavo anche quelle. Cose che anche adesso non è perché, sì, vabbè, perché adesso seguo la dieta, però non mi piacciono più di tanto. Era un mangiare non per fame vera, dipendeva più dal periodo. Del tipo che in quello degli esami capitava molto spesso. Che poi non è che lo facevo tutti i giorni, anche perché non ero sempre a casa tutti i giorni. Se fossi stata a casa tutti i giorni, probabile. Diciamo che se non è capitato tutti i giorni e ancora non mi capita più se non raramente è perché non c’è l’occasione, l’occasione di essere, di stare a casa da sola. Perché poi, ecco, sono cose che facevo di nascosto, tendevo a nascondermi, a farle quando non c’era nessuno. Se sentivo che se ne andavano dicevo: “Ah, vabbè invece di fare merenda alle quattro e mezza facciamola alle quattro e un quarto che non c’è nessuno che poi se tornano, eh” e quindi mangiavo prima per non farmi vedere. Poi quando tornavano facevo finta di niente. Anche perché avendo una famiglia numerosa, poi il mio fratellino portava spesso gli amici a casa, cioè non è che se sparisce in un pomeriggio una scatola di brioche ci si mette lì a vedere chi le ha mangiate. Le avrà mangiate un po’ Tizio, un po’ Caio [...] Che non era far finta di niente, era proprio che non ci pensavo più. Non è come adesso che ci ragiono, che so che sono cose che mi fanno male, che se le faccio anche solo una volta ingrasso e vanifico tutti gli sforzi di una settimana di dieta. Prima erano, si può dire che per me erano cose normali. Cioè, sapevo che non mi facevano di certo bene ma le facevo lo stesso. Non so dire se non riuscissi a trattenermi, se era un mangiare compulsivo perché in quei momenti non ci pensavo e quindi anche dopo a cena mi sedevo a tavola con tutti e mangiavo normalmente, anche perché devo dire che non è che, sì magari mangiavo di meno perché avevo meno fame, però mangiavo come se niente fosse, non è che mi limitavo. Nel senso che lo facevo, poi una volta fatto basta. Basta, non ci pensavo più, la sera, il giorno dopo niente, non ci pensavo, mangiavo

normalmente” (Alessia, 31 anni, architetto, peso massimo raggiunto oltre 80 kg, BMI uguale o superiore a 30).

“Guarda poi ecco, c’è una cosa che mi capita, questa cosa mi capita da quando ho quindici, sedici anni o forse c’era anche prima ma non lo ricordo bene, cioè non so dire, lo so dire con precisione da quell’età ma non ci metterei la mano sul fuoco che non mi capitasse anche prima. Da quell’età c’è che, mo’ lo spiego bene: ci sono dei momenti in cui mi mangio tutto quello che ho sotto mano, che mangio di tutto, di tutto. Io la chiamo bulimia, poi non so se è bulimia, nel senso che non mi è mai stata diagnosticata da qualcuno. La bulimia è quando vomiti, però, non so, non ho mai approfondito, non ne ho mai parlato, anche stupidamente, con un medico. Io la chiamo bulimia anche se non ho mai vomitato. Dico bulimia per quello che leggi, che sai. Comunque in poche parole a me succede che tutto quello che ti passa davanti me lo mangio. Dolce, salato, mescolato, senza regola. Attacchi di fame, da mangiare come un maiale, che hai quella fame che mangi di tutto di più. Che nell’arco di mezzora ti fai fuori mezzo frigorifero, tutte le merendine che hai in casa. Poi quando ero più piccolo che ero a casa con i miei, mia mamma quando tornava a casa mi sclerava addosso che mangiavo come un maiale e facevo fuori quello che comprava. La spesa di una settimana la facevo fuori in due giorni / si può dire / (ridendo) [...] Però ecco, io non avevo la percezione di dire è una cosa sbagliata. Cioè, lo sapevo che era da non fare di mangiare in quella maniera. Sul momento lo sapevo anche, però non mi fermavo... Dentro di me la consideravo una stupidata. Anche perché poi lo facevo di nascosto, non proprio di nascosto ma quando ero solo in casa, nel pomeriggio che stavo a casa da solo perché i miei lavoravano tutti e due quindi non è che sul momento ci pensavo più di tanto. Cioè mia mamma si accorgeva perché sparivano le cose in casa, è ovvio ma io non mi sono mai rivolto a nessuno, a un nutrizionista o a uno psicologo. Più che altro mi dicevo: “Vabbè è solo fame, è solo mangiare, è solo che mangio tanto e basta”. Anche se ora la chiamo bulimia non ho mai pensato fosse proprio un disturbo [...] Però, sì, tante volte mi vergognavo dopo, perché comunque quando ti rendi conto di cosa ti sei mangiato ti fai schifo da solo. Però non so cosa ti succede in testa, non lo so, ma io non ci pensavo che facevo ste cose, avevo sempre qualcosa in testa che mi distraeva, non so, la scuola, la maturità, il lavoro e allora mi dicevo: “Devi pensare a quelle che sono cose più importanti” e nel frattempo / mangiavo come un maiale / (ridendo). Tante volte anche adesso che mi succede poi mi giustifico. Mi giustifico e poi non ci penso. Che poi non mi manca niente eh, ho una moglie, se Dio vuole avrò un bambino. Ecco, anche lì ci sono quei problemini lì che ti fanno dire: “Perché deve succedere qualcosa di strano e non può andare tutto liscio?” [...] Tante volte te la prendi per stupidate e poi ti mangi l’inverosimile. È una questione di-di, che ti stressi anche per delle cazzate e poi ti sfoghi mangiando come un maiale” (Aleandro, 30 anni, tecnico di laboratorio, peso massimo raggiunto 130 kg, BMI 46).

“Io normalmente ho una buona alimentazione ma dopo vado a farmi fuori, che ne so, la barretta di cioccolato intera con la vaschetta di gelato intera e poi sto male, perché all’organismo non fa bene ingurgitare quelle cose in quella quantità. Perché io ho proprio, da quando avrò sedici, diciassette anni, credo di aver incominciato ad avere questa cosa di abbuffarmi [...] Eh, come spiegare? Sono attacchi di fame che ti prendono all’improvviso, che poi non è fame, non si mangia per fame, si mangia perché c’è un click in testa che scatta ed è come se fossi posseduta e vai e mangi. Naturalmente non vuoi i cetriolini, le carotine, le insalatine, vuoi qualcosa che riempi quel vuoto, cioè che ti innalzi questa benedetta serotonina, è una droga alla fine. Ti arrivava questo click e devi mangiare, mangiare, mangiare. A volte fino a stare male, è come un buco che va riempito e che diventava sempre più grande, non so neanche io come spiegarlo, purtroppo bisogna provarlo. È una cosa che tra persone obese che hanno questa fame compulsiva ci capiamo al volo. Quando riusciamo a parlarne, quando riesco raramente a parlarne con persone che vogliono aprirsi, perché normalmente si negherebbe anche sotto tortura di fare una cosa del genere, perché ovviamente lo si nega anche a se stessi. Anche io, io ora te ne parlo perché l’anno scorso ho incominciato a fare della psicoterapia, perché ho incominciato a soffrire di attacchi di panico, mi è venuta una depressione fortissima e quindi lì con questa psicologa molto brava è venuta fuori la cosa. Per cui quelle rare volte che mi trovo a parlarne con qualcuno di questa cosa ci capiamo al volo. Io e la mia amica la chiamiamo la famona, la famona che ti prende in qualunque momento, che non è fame, è un’altra cosa. Poi certo se incominci a riconoscerla puoi fare qualcosa per controllarla, io ci sto lavorando su questo negli ultimi mesi con la psicologa, però è molto difficile. Eh, è difficile anche perché, come dire, non prestandoci caso è diventata un’abitudine, diventa un aspetto strutturale della tua psicologia quello dell’abbuffata. Succede qualcosa, qualunque cosa: una litigata, un momento di stanchezza, un momento di tristezza, di noia, piuttosto che niente e ti rendi conto di questo click che avviene in un certo momento, per cui adesso non stai facendo niente, due secondi dopo vai in cerca di cibo come una pazza. Vai ad aprire tutti i cassetti, tutte le ante, quello che trovi metti in bocca, mangi, mangi, mangi e mangi una quantità smodata di cibo in un lasso breve, che so: in cinque minuti riesci a ingurgitare duemila calorie così mangiando quello che capita a tiro [...] Per cui come ti dicevo, se non conosci il problema tante volte, il più delle volte lo sottovaluti. Però tante volte se non sai rispondere in altro modo rispondi così. Io ci ho convissuto si può dire per quindici anni prima di dirmi che quella era una risposta sbagliata che davvo a tutte le cose che mi succedevano” (Sole, 34 anni, casalinga, peso massimo raggiunto 127 kg, BMI 45).

Dalle parole degli intervistati è possibile apprendere che, a seconda del singolo caso e dei particolari momenti vissuti nel corso della vita e della giornata, il cibo possa rappresentare una valvola di sfogo e una forma di consolazione e di risarcimento per le molteplici frustrazione subite ma

anche una compagnia rassicurante finanche un calmante dinanzi al palesarsi di un più generale e indeterminato stato ansiogeno. Attraverso l'ingestione di cibo l'individuo obeso appare, infatti, compensare e silenziare sentimenti di angoscia, d'inquietudine, d'insoddisfazione, di noia e di rabbia; nell'appagare il palato egli sembra trarre una forma di gratificazione e di conforto altrimenti inevasa. Dallo spiluccare ininterrotto, inquieto e nervoso all'abbuffarsi feroce, furioso e solitario, passando per un ricco pasteggiare quotidiano, gli atti alimentari dei soggetti interpellati paiono dunque essere guidati dall'avvertita esigenza di soddisfare una fame emotiva. Diversamente dalla fame fisica, quest'ultima non nasce invero da un bisogno fisiologico dell'organismo bensì si origina nell'individuo al precipuo scopo di sedare, proprio ricorrendo al cibo, uno stato di profondo disagio. Non stupisce pertanto che alcuni tra gli intervistati si spingano a definire la relazione intrattenuta con il cibo nei termini espliciti di un rapporto ossessivo e di una forma di dipendenza, a volerne specificamente accentuare la sua funzione compensativa. Tuttavia, come succede nel caso dei disturbi ossessivi e delle dipendenze da sostanze alcoliche e stupefacenti<sup>2</sup>, anche l'abuso di cibo comporta la sperimentazione di un'insopprimibile compulsione all'azione.

Nel merito di tale impulso alla coazione, è poi possibile segnalare come l'incontrollabile spinta interiore che muove verso l'attuazione di un comportamento alimentare parossistico, conduca, nei fatti, il soggetto obeso a porsi oltre le sue necessità fisiologiche e le sue funzionalità corporee, richiamando così la riflessione sul *corpo senza organi* di Gilles Deleuze e Felix Guattari (2002; 2006). L'emergere di un vissuto interiore intensamente emotivo e perlopiù emancipato dai vincoli imposti dalla sua natura organica appare, infatti, distintamente osservabile proprio nell'individuo obeso aduso alle abbuffate. Tale soggetto sembra invero trasmodare i limiti imposti dal suo corpo, oltrepassare la sua esperienza percettiva, disconoscere il funzionamento interno del suo organismo, mostrando una spiccata abilità a superare la sua realtà fisica e organica a favore di una sua realizzazione emotiva. Si può quindi asserire che, nel tentativo di trascendere la prigionia della sua materialità corporea, l'individuo obeso possa fare esperienza di un corpo senza organi, vale a

---

<sup>2</sup> È altresì possibile aggiungere che anche la dipendenza da cibo, come la dipendenza da alcol e da stupefacenti, implichi una progressiva assuefazione alla quantità di sostanza assunta, la quale induce l'individuo dipendente ad accrescerne progressivamente la sua dose. Oltre ciò, sempre in analogia con il consumo di alcol e di droga, si può poi osservare che anche l'abuso di cibo viene a essere perlopiù negato e tenuto nascosto dal soggetto che suo malgrado ne è interessato.

dire di un corpo in cui ogni singolo elemento costituente la sua organicità possa essere sussunto in un sistema indifferenziato e tendente a disintegrarsi e a collassare su un nucleo pulsionale, desiderante e anarchico.

#### **4. Conclusioni**

Riepilogando quanto discusso nel presente capitolo, può essere innanzitutto ricordato che, dalle narrazioni raccolte, emerge come l'obesità sia un'esperienza certamente complessa e soprattutto ambigua, confondente e contraddittoria. Gli individui obesi intervistati hanno, infatti, mostrato di sperimentare nei riguardi del loro stato fisico un intenzionale atteggiamento di evitamento e di rimozione. In merito, si è altresì avuto modo di precisare che un tale vissuto interiore fosse favorito dal punto di vista pratico da una precipua prassi comportamentale, premeditadamente elaborata al fine di eludere la presa d'atto del proprio dato corporeo. Più in particolare, è stato rilevato come i soggetti interpellati perseguissero ciò sottraendosi, di fatto, a tutte quelle pratiche di gestione corporea che implicassero, da un lato, la concentrazione della loro attenzione sul loro corpo e, dall'altro, la conseguente elaborazione di un qualunque genere di valutazione, tanto soggettiva quanto oggettiva, sulla loro condizione fisica.

Nondimeno, un analogo atteggiamento di evitamento è stato poi segnalato anche in relazione agli abituali comportamenti alimentari degli intervistati, i quali si sono dimostrati tutt'altro che irrilevanti nel mantenimento e nell'aggravio del loro stato di eccesso ponderale. L'inconsapevolezza e la noncuranza con cui tali individui siano soliti abbandonarsi a forme di quotidiana ipernutrizione, talvolta esibente un carattere spiccatamente parossistico, possono essere considerate parte integrante di quella strategia approntata dai soggetti obesi allo scopo di rimuovere dall'orizzonte del loro vissuto la loro dotazione corporea.

Ciò posto, è necessario tenere in opportuna considerazione l'intento difensivo all'origine di una tale e per certi versi paradossale forma di esperienza corporea. Ricusare sistematicamente nell'ordinaria prassi quotidiana i pensieri concernenti la propria obesità consente, invero, alla persona in tale condizione fisica di disinnescare, almeno nel proprio vissuto interiore, quell'equazione simbolica estremamente penalizzante che lega in una relazione di omologia il proprio sé e il proprio corpo. Incarnare il paradosso di esperire a livello materiale un corpo dalle dimensioni atipiche, mostrando tuttavia di non averne maturato a livello interiore una piena consapevolezza, permettere all'individuo obeso di arginare, nel corso della

sua esperienza esistenziale, il portato altamente negativo, frustrante e svalutante conseguente al suo stato fisico.

## Conclusioni

Nel vissuto degli individui intervistati l'obesità è prima di tutto uno stato corporeo che espone alla stigmatizzazione sociale. Quest'ultima assume invero un carattere centrale e preminente all'interno delle narrazioni esaminate. Per quanti la esperiscono sulla propria pelle – o sarebbe meglio dire nella propria carne – l'esperienza di un corpo obeso è in *prima facie* l'esperienza delle molteplici forme di condanna, di svalutazione e di rifiuto registrate nell'alveo delle relazioni interpersonali. Dai familiari e dagli amici, passando per i medici, i colleghi e i datori di lavoro, sino agli sconosciuti e ai bambini incontrati negli spazi pubblici, il possesso di una tale corporatura è motivo di frequenti commenti di disapprovazione e di scherno, di ripetuti trattamenti pregiudizievoli e discriminatori e persino di un'emarginazione dalla vita con gli altri. Prima ancora che l'entità materiale del suo eccesso ponderale, a opprimere la persona obesa vi sarebbero dunque la pervadente riprovazione e l'ineludibile esclusione sociale che gravano su quanti presentano una tale forma fisica. Non a caso nelle testimonianze raccolte il racconto di uno stato corporeo atipico viene sovente a essere sussunto dal suo narratore in un resoconto concernente, di fatto, una condizione sociale stigmatizzata.

Peraltro, come è stato illustrato nelle pagine precedenti, una misura dell'effetto tutt'altro che trascurabile esercitato dallo stigma dell'obesità sull'esistenza di quanti sono da questo interessati è data dalla sua stessa capacità di livellare, di pareggiare e di uniformare le diverse esperienze biografiche, neutralizzando e impedendo l'affioramento di difformità legate alle singole specificità di genere, di generazione e di classe sociale. L'obeso, prima che uomo o donna, giovane o adulto, addetto alle pulizie nelle scuole o manager in un'azienda multinazionale, è *un obeso*. Il suo status corporeo sembra invero modulare in modo peculiare alcuni aspetti

del suo vissuto, conferendo a esso un profilo per molti versi comune e condiviso con gli altri soggetti similmente contraddistinti sul piano fisico.

In merito, può essere altresì puntualizzato come gli effetti dello stigma sociale dell'obesità sulla biografia delle persone mostranti una tale disposizione corporea siano osservabili già piuttosto precocemente. La stigmatizzazione dell'individuo obeso prende, infatti, avvio sin dall'infanzia, durante i primi contatti del bambino con la realtà umana esterna alla sua ristretta cerchia familiare, per poi subire un importante inasprimento, tanto nella frequenza quanto nella rilevanza soggettiva accordatale, nel corso dell'adolescenza. A riguardo, appare però prioritario sottolineare come tale vissuto di stigmatizzazione possa condizionare fortemente l'esistenza del soggetto obeso e non lasciare per giunta inalterata la sua stessa identità. Il disagio conseguente alla deplorazione di tale individuo per la sua condizione esteriore viene, di fatto, a essere internalizzato, tramutandosi così in un pervadente senso di difformità, di anomalia e d'inadeguatezza che investe non già solo il corpo bensì il più completo e intimo concetto di sé. Non stupisce dunque costatare attraverso le esperienze esaminate come l'obesità comporti notevoli inconvenienti per lo sviluppo dell'identità e, più in particolare, per il mantenimento di un adeguato livello di autostima. La precoce e ripetuta svalutazione sociale del soggetto obeso si dimostra invero capace di privare tale individuo della possibilità di esperire e di rivelare un sé affrancato dal pregiudizio, circoscrivendo e appiattendolo in tal modo la costruzione e la rappresentazione della sua soggettività entro un repertorio di opzioni identitarie limitate e degradanti ancorché socialmente consentite e opportunisticamente perseguite.

Tra queste, l'*obeso-asociale*, l'*obeso-condiscendente* e l'*obeso-allegro* sono risultati i tipi d'identità più assiduamente messi in pratica dagli intervistati. Come illustrato nelle pagine precedenti, è frequente rilevare come tali soggetti manifestino un orientamento all'introversione, alla riservatezza, al contenimento delle relazioni sociali e persino all'isolamento. Nondimeno, è possibile cogliere tra gli interpellati sia una propensione ad assecondare le attese altrui, mostrandosi eccezionalmente disponibili, premurosi e remissivi nei confronti degli altri, sia una vocazione a dare prova con altrettanto zelo di giovialità, di briosità e di spensieratezza, non senza ostentare a tutto vantaggio dell'altrui divertimento un atteggiamento autoironico. È però opportuno puntualizzare come l'esternazione di tali forme di soggettività intrattenga una stessa relazione con l'esperienza dello stigma. L'espressione nel singolo individuo dei sopracitati modi di essere è, infatti, pensata e attuata al fine esplicito di

eludere, di compensare e di depotenziare la natura problematica del corpo obeso e le interferenze da quest'ultimo prodotte nella sfera delle relazioni interpersonali.

Di là dagli effetti sull'identità, il biasimo e la marginalizzazione sociale hanno poi dimostrato nei soggetti intervistati di provocare delle ripercussioni negative anche sul piano fisico, ovvero di aggravare il loro stato di eccesso ponderale. Va, infatti, segnalato come gli interpellati abbiano confidato che proprio l'intento di scaricare le frustrazioni emotive derivanti da una socializzazione resa problematica dall'esibita condizione di obesità sia all'origine del loro frequente e segreto abbandonarsi in condotte alimentari di tipo emotivo e compensatorio. In altre parole, la sperimentazione della condanna e dell'esclusione nelle relazioni interpersonali si rivela altresì in grado d'innescare un circolo vizioso in cui alla conseguente perdita di autostima segue l'assunzione compensatoria di cibo e quindi un ulteriore aumento di peso.

Sempre riguardo allo stigma, merita poi di essere aggiunto come in nessuna delle narrazioni fornite dagli individui intervistati si sia apprezzato un atteggiamento connotato da un'opposizione, una contestazione e un rifiuto dello status negativo e svalutativo conferito alla persona per il possesso di un corpo obeso. Gli interpellati hanno invero mostrato di accettare e di condividere la più generale rappresentazione dell'obesità nei termini di una condizione fisica indesiderata e sconveniente e, proprio in ragione di ciò, persino di comprendere – sebbene non legittimandolo – il movente alla base della loro condanna e della loro esclusione sociale. È pertanto possibile attestare che i soggetti intervistati dimostrano un'assuefazione ai trattamenti stigmatizzanti; questi vengono, di fatto, investiti di una certa prevedibilità e dunque naturalizzati all'interno dei loro vissuti.

Concordemente a ciò, è possibile attestare che il corpo obeso è vissuto dagli stessi individui che ne fanno diretta esperienza come un elemento d'indubbio ostacolo nella costruzione e nell'illustrazione di un'identità positiva e coerente e di un percorso biografico coeso e riuscito. Stando alle testimonianze esaminate, gli interpellati non danno prova né sul piano delle intenzioni né su quello delle azioni di elaborare e di ridefinire in un qualche modo il portato della loro disposizione fisica sulla loro immagine del sé. L'obesità si mostra, di fatto, uno stato corporeo che pregiudica la possibilità di gestione del dato fisico a fini simbolici e identitari. Sebbene non si voglia sostenere che un tale impiego del corpo sia possibile alla sola condizione che quest'ultimo sia plasmato intorno a un rigido repertorio di rappresentazioni ideali e di pratiche normative riproducenti il *gold standard*

di un corpo snello, tonico e atletico, può essere tuttavia affermato che nel caso delle persone obese intervistate tale uso è innegabilmente subordinato a un loro deciso calo ponderale e quindi a una riduzione della loro atipicità e a una riconduzione della loro figura corporea entro quei margini di variabilità fisica più comunemente rilevabili.

A ciò deve essere aggiunto come a imporre l'imprescindibilità di un propedeutico dimagrimento per un'intenzionale illustrazione del sé attraverso il corpo, concorra, unitamente allo stigma sociale dell'obesità, anche lo stesso vissuto corporeo esperito quotidianamente dai soggetti interpellati. Attenendosi ai resoconti raccolti, va, infatti, ricordato come gli individui che sperimentano un corpo obeso lamentino un'acuta insoddisfazione estetica e una netta disaffezione per la loro immagine esteriore, un apprezzabile deficit di efficienza e di funzionalità a livello organico nonché la difficoltà di adattamento delle loro dimensioni alle strutture presenti nei luoghi pubblici. Tali costi rendono quindi del tutto improbabile un impiego del corpo obeso a scopi riflessivi. In ultima analisi, esso appare null'altro che sopportato, subito e patito da quanti loro malgrado ne sono interessati.

Nondimeno, è fondamentale notare come, a dispetto della materialità e della visibilità della loro disposizione fisica e delle altrettanto tangibili complicazioni causate da questa sul piano sociale, estetico, organico e spaziale, si sia altresì rilevato che i soggetti intervistati si trovino spesso a pensare e ad agire nel corso dell'esperienza quotidiana come se la loro condizione di obesità, nei fatti, non sussistesse, non li riguardasse e non li caratterizzasse. È però importante precisare che tale atteggiamento di rimozione dell'obesità dall'orizzonte di ordinaria consapevolezza soggettiva non è solo il frutto di un processo mentalistico perlopiù inconsapevole. Esso è, infatti, intenzionalmente perseguito dal singolo individuo anche per mezzo delle sue prassi quotidiane. La dissociazione da un corpo obeso si raggiunge tramite l'esplicita osservanza di *routine* o, in altri termini, si consegue proprio attraverso la messa in pratica di azioni.

Oltre ciò, merita di essere ribadita la funzione difensiva da cui si origina e a cui risponde l'atteggiamento di evitamento accertato tra i soggetti obesi interpellati. Tale impostazione tanto mentale quanto pratica, silenziando il possesso di un corpo dall'indiscutibile portato negativo, protegge il senso del sé dalla svalutazione. Ignorare nell'ordinaria prassi quotidiana l'obesità consente agli individui in tale stato fisico di disinnescare, almeno nel vissuto interiore, quell'equazione simbolica estremamente penalizzante che lega in una relazione di omologia il corpo e il sé. Tuttavia, è altresì innegabile che l'esperienza corporea dei soggetti intervistati assuma un

carattere contraddittorio e persino confondente in virtù di una tale dissociazione dal dato fisico. Il loro vissuto corporeo appare invero paradossale nel contrasto tra le ripercussioni somatiche e organiche conseguenti alla condizione di obesità e la rimozione delle stesse del piano della consapevolezza soggettiva.

# Traccia d'intervista

## Assegnazione identificativo<sup>1</sup>

### Caratteristiche generali dell'intervistato

Sesso  
Età  
Titolo di studio  
Occupazione  
Stato civile, legami affettivi  
Occupazione del padre  
Occupazione della madre  
Altezza  
Peso

### Domanda stimolo

Mi piacerebbe che mi parlassi/lei mi parlasse della tua/sua storia, con riferimento alla tua/sua condizione fisica, partendo da dove tu preferisci/lei preferisce. Sentiti/Si senta pure di parlare liberamente, di raccontare quello che tu vuoi/lei vuole. Io non ho domande prestabilite, vorrei solo ascoltare la tua/sua storia.

---

<sup>1</sup> Numero progressivo d'intervista, M o F a secondo del sesso, età e pseudonimo preceduto da underscore (Esempio: 01M26\_Federico).

## **Aree tematiche**

### **L'esordio**

- Quando e come è insorta l'obesità?
- Quando e come è stata raggiunta, per la prima volta, la consapevolezza dell'obesità?
- Qual è stata l'iniziale reazione del soggetto dinanzi all'obesità?
- Quali sono le cause cui si può imputare il sopraggiungere dell'obesità e la sua attuale conservazione?
- Quali sono le abitudini alimentari e lo stile di vita del soggetto?
- Dalla prima manifestazione dell'obesità sono stati sperimentati momenti di sensibile variazione ponderale?

### **La famiglia d'origine**

- Come sono dal punto di vista fisico i familiari e i parenti più prossimi?
- Quali sono le abitudini alimentari della famiglia d'origine?
- Come hanno reagito i familiari più prossimi dinanzi all'obesità?
- All'interno della famiglia d'origine l'obesità del soggetto ha mai rappresentato un problema?

### **La stigmatizzazione**

- La condizione di obesità è stata vissuta in passato e/o è vissuta al presente come un limite a livello interpersonale e nella vita di relazione con gli altri?
- Vi sono luoghi, momenti e circostanze in cui, in modo particolare, l'essere obeso ha costituito e/o costituisce un problema?
- Quali sono state nell'intera esperienza di vita del soggetto le principali fonti di critica per la sua condizione di obesità?
- Vi sono stati episodi di discriminazione del soggetto per la sua condizione di obesità?
- Quali sono state le reazioni del soggetto dinanzi agli episodi di stigmatizzazione dell'obesità?
- Gli episodi di stigmatizzazione hanno influito a livello personale, interpersonale e biografico sul soggetto?

## **Il corpo**

Come ci si percepisce e ci si considera dal punto di vista estetico?

Quali sono le pratiche di cura del corpo e dell'immagine esteriore?

Quali sono i modelli corporei cui piacerebbe corrispondere?

Vi sono delle particolari sensazioni fisiche e organiche sperimentate dal soggetto ed espressamente riconducibili allo stato di obesità?

Dal punto di vista fisico e materiale, l'obesità implica un qualche genere d'impedimento nella vita di tutti i giorni?

## Riferimenti bibliografici

Arber S., Phillips M. e Ginn. J. (2001), *Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età e genere*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e Disuguaglianze: genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.

Aytoun W. E. (1864), *Banting on Corpulence*, Blackwood's Edinburgh Magazine, Vol. 96: 607-617.

Banting W. (1869), *Letter on Corpulence, Addressed to the Public, IV Edition*, Harrison, London.

Bauer K. W., Yang Y. W. e Austin S. B. (2004), "How Can We Stay Healthy When You're Throwing All This in Front of Us?" *Findings from Focus Groups and Interviews in Middle Schools on Environmental Influences on Nutrition and Physical Activity*, Health Education and Behavior, Vol. 31: 34-36.

Baudrillard J. (1976), *La società dei consumi*, Il Mulino, Bologna.

Baum C. L. e Ford W. F. (2004), *The Wage Effects of Obesity: A Longitudinal Study*, Health Economics, Vol. 13: 885-899.

Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.

Bauman Z. (2001), *La società individualizzata*, Il Mulino, Bologna.

Bauman Z. (2002), *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.

Beck U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carrocci Editore, Roma.

Beck U. (2008), *Costruire la propria vita*, Il Mulino, Bologna.

- Beck U., Giddens A. e Lash S. (1999), *Modernizzazione riflessiva. Politica, tradizione ed estetica nell'ordine sociale della modernità*, Asterios Editore, Trieste.
- Becker H. S. (1963), *The Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Free Press, New York.
- Bell R. M. (1987), *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma-Bari.
- Benson P. L., Severs D., Tatgenhorst J. e Loddengaard N. (1980), *The Social Costs of Obesity: A Non-Reactive Field Study*, *Social Behaviour and Personality*, Vol. 8: 91-96.
- Bentham J. (1791), *Panopticon or the Inspection-House*, T. Payne, London.
- Blaine B. e McElroy J. (2002), *Selling Stereotypes: Weight Loss Infomercials, Sexism, and Weightism*, *Sex Roles*, Vol. 46: 351-357.
- Bonfiglioli M. F., Smith B. J., King L. A., Chapman S. F. e Holding S. J. (2007), *Choice and Voice: Obesity Debates in Television News*, *Medical Journal of Australia*, Vol. 187: 442-445.
- Bordo S. (1993), *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, University of California Press, Berkeley.
- Bordo S. (1999), *The Male Body: A New Look at Men in Public and in Private*, Farrar, Straus and Giroux, New York.
- Borgna P. (2005), *Sociologia del corpo*, Laterza, Roma-Bari.
- Bosello O. e Cuzzolaro M. (2013), *Obesità*, Il Mulino, Bologna.
- Bosello O. e Ostuzzi R. (2010), *Peso e salute. Dimagrire mangiando bene*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Bourdieu P. (1984), *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, Routledge, London.
- Bourdieu P. (1987), *Il corpo tra natura e cultura*, Franco Angeli, Milano.
- Bourdieu P. (2003), *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bourdieu P. (2005), *Il senso pratico*, Armando, Roma.

- Bray G. A. (2009), *Obesity History*, in Williams G. e Früenbeck G., *Obesity. Science to Practice*, John Wiley and Sons, Chichester.
- Bertakis K. D. e Azari R. (2005), *The Impact of Obesity on Primary Care Visits*, *Obesity Research*, Vol. 13: 1615-1623.
- Blumberg P. e Mellis L. P. (1985), *Medical Students' Attitudes Toward the Obese and the Morbidly Obese*, *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 4: 169-175.
- Bocquier A., Verger P., Basdevant A., Andreotti G., Baretge J., Villani P. e Paraponaris A. (2005), *Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France*, *Obesity Research*, Vol. 13: 787-795.
- Boero N. (2007), *All the News That's Fat to Print: The American "Obesity Epidemic" and the Media*, *Qualitative Sociology*, Vol. 30: 41-60.
- Brown I., Thompson J., Tod A. e Jones G. (2006), *Primary Care Support for Tackling Obesity: A Qualitative Study of the Perceptions of Obese Patients*, *British Journal of General Practice*, Vol. 56: 666-672.
- Brownell K. D., Puhl R. M., Schwartz M. B. e Rudd L. (2005), *Weight Bias: Nature, Consequences, and Remedies*, The Guilford Press, New York.
- Brylinsky J. A. e Moore J. C. (1994), *The Identification of Body Build Stereotypes in Young Children*, *Journal of Research in Personality*, Vol. 28: 170-181.
- Brunello G. e D'Hombres B. (2007), *Does Body Weight Affect Wages? Evidence from Europe*, *Economics and Human Biology*, Vol. 5: 1-19.
- Cahnman W. J. (1968), *The Stigma of Obesity*, *The Sociological Quarterly*, Vol. 9: 283-299.
- Calnan M. e Williams S. (1991), *Style of Life and Salience of Health*, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 3: 506-529.
- Campbell K., Engel H., Timperio A., Cooper C., e Crawford D. (2000), *Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices*, *Obesity Research*, Vol. 8: 459-466.
- Canning H. e Mayer J. (1966), *Obesity. Its Possible Effect on College Acceptance*, *New England Journal of Medicine* Vol. 275: 1172-1174.

- Cast A., Stets J. E. e Burke P. J. (1999), *Does the Self Conform the Views of Others?*, *Social Psychology Quarterly*, Vol. 62: 68-82.
- Cardano M. (2001), *Emografia e riflessività. Le pratiche riflessive costrette nei binari del discorso scientifico*, *Rassegna italiana di sociologia*, Vol. 42: 173-204.
- Cardano M. (2008), *Il male mentale. Distruzione e ricostruzione del sé*, in Bonica L. e Cardano M. (a cura di), *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, Il Mulino, Bologna.
- Carr D. e Friedman M. A. (2005), *Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States*, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46: 244-259.
- Carr D. e Friedman M. A. (2006), *Body Weight and the Quality of Interpersonal Relationships*, *Social Psychology Quarterly*, Vol. 69: 127-149.
- Carver C. S., Scheier M. F. e Weintraub J. K. (1989), *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 56: 267-283.
- Cawley J. (2004), *The Impact of Obesity on Wages*, *Journal of Human Resources*, Vol. 39: 451-474.
- Cereda A. (2010), *Tracce d'identità. Modificare il corpo, costruire il genere*, Franco Angeli, Milano.
- Chernin K. (1986), *Women, Eating and Identity*, Harper and Row, New York.
- Chen E. e Brown M. (2005), *Obesity Stigma in Sexual Relationships*, *Obesity Research*, Vol. 13: 1393-1397.
- Cooley C. H. (1902), *Human Nature and the Social Order*, Charles Scribner's Sons, New York.
- Cramer P. e Steinwert T. (1998), *Thin is Good, Fat is Bad: How Early Does it Begin?*, *Journal of Applied Developmental Psychology*, Vol. 19: 429-451.
- Crandall C. S. (1991), *Do Heavy-Weight Students Have More Difficulty Paying for College?*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol.17: 606-611.
- Crandall C. S. (1994), *Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 66: 882-894.

Crandall C. S. (2000), *Ideology and Lay Theories of Stigma: The Justification of Stigmatization*, in Heatherton T. F., Neck R. E., Hebl M. R. e Hull J. G., *The Social Psychology of Stigma*, The Guilford Press, New York.

Crocker J., Cornwell B. e Major B. (1993), *The Stigma of Overweight: Affective Consequences and Attributional Ambiguity*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 64: 60-70.

Crocker J., Major B. e Steele C. (1998), *Social Stigma*, in Gilbert T. D., Fiske S. T. e Linzey G., *The Handbook of Social Psychology*, McGraw-Hill, Boston.

Crossley N. (1995), *Merleau-Ponty, the Elusive Body and Carnal Sociology*, *Body and Society*, Vol. 1: 43-63.

Crossley N. (2005), *Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and Maintenance*, *Body and Society*, Vol. 11: 1-35.

Crossley N. (2006a), *Reflexive Embodiment in Contemporary Society*, Open University Press, Maidenhead.

Crossley N. (2006b), *In the Gym: Motives, Meaning and Moral Careers*, *Body and Society*, Vol. 22: 23-50.

Crosnoe R. (2007), *Gender, Obesity, and Education*, *Sociology of Education*, Vol. 80: 241-260.

Crosnoe R. e Muller C. (2004), *Body Mass Index, Academic Achievement, and School Context: Examining the Educational Experiences of Adolescents at Risk of Obesity*, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45: 393-407.

Davison W. P. (1983), *The Third-Person Effect in Communication*, *Public Opinion Quarterly*, Vol. 47: 1-15.

Deleuze G. (1995), *Francis Bacon. Logica della sensazione*, Quodlibet, Macerata.

Deleuze G. e Guattari F. (2002), *L'anti-Edipo: tra capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino.

Deleuze G. e Guattari F. (2006), *Millepiani: tra capitalismo e schizofrenia*, Castelvechi, Roma.

DeJong W. (1980), *The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 21: 75-87.

de Onis M., Blossner M. e Borghi E. (2010), *Global Prevalence and Trends of Overweight and Obesity Among Preschool Children*, American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 92: 1257-1264.

Dovidio J. F., Major B. e Crocker J. (2000), *Stigma: Introduction and Overview*, in Heatherton T. F., Neck R. E., Hebl M. R. e Hull J. G., *The Social Psychology of Stigma*, The Guilford Press, New York.

Durkheim E. (1999), *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni Comunità, Milano.

Elias N. (1988), *Il processo di civilizzazione*, Il Mulino, Bologna.

Featherstone M. (1991), *The Body in Consumer Culture*, in Featherstone M., Hepworth M. e Turner B. S., *The Body: Social Process and Cultural Theory*, Sage Publication, London.

Ferguson M. (1983), *Forever Feminine: Women's Magazines and the Cult of Femininity*, Heinemann, London.

Fischler C. (1979), *La nourriture. Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation*, Communications, Paris.

Fogelman Y., Vinker S., Lachter J., Biderman A., Itzhak B. e Kitai E. (2002), *Managing Obesity: A Survey of Attitudes and Practices Among Israeli Primary Care Physicians*, International Journal of Obesity, Vol. 26: 1393-1397.

Foucault M. (1976), *Sorvegliare e punire: la nascita delle prigioni*, Einaudi, Torino.

Foucault M. (1978), *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano.

Foucault M. (1985), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano.

Foucault M. (2001), *The Essential Works 1954-1984 – Vol. 3: Power*, Allen Lane, London.

Foucault M. (2012), *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano.

- Fouts G. e Burggraf K. (2000), *Television Situation Comedies: Female Weight, Male Negative Comments, and Audience Reactions*, Sex Roles, Vol. 42: 925-932.
- Fouts G. e Vaughan K. (2002), *Television Situation Comedies: Male Weight, Negative References, and Audience Reactions*, Sex Roles, Vol. 46: 439-442.
- Garner D. M., Garfinkel P., Schwartz D. e Thompson M. (1980), *Cultural Expectations of Thinness in Women*, Psychological Reports, Vol. 47: 484-491.
- Giddens A. (1994), *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna.
- Giddens A. (1995), *Le trasformazioni dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Il Mulino, Bologna.
- Giddens A. (1997), *Oltre la destra e la sinistra*, Il Mulino, Bologna.
- Giddens A. (2001), *Identità e società moderna*, Ipermedium libri, Caserta.
- Gordon R. (1991), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gortmaker S. L., Must A., Perrin J. M., Sobol A. M. e Dietz W. H. (1993), *Social and Economic Consequences of Overweight Among Adolescents and Young Adults*, New England Journal of Medicine, Vol. 329: 1008-1012.
- Greenberg B. S., Eastin M., Hofshire L., Lachlan K. e Brownell K. D. (2003), *The Portrayal of Overweight and Obese Persons in Commercial Television*, American Journal of Public Health, Vol. 93: 1342-1348.
- Greenleaf C., Chambliss H. O., Rhea D. J., Martin S. B. e Morrow J. R. (2006), *Weight Stereotypes and Behavioral Intentions Toward Thin and Fat Peers Among White and Hispanic Adolescents*, Journal of Adolescent Health, Vol. 39: 546-552.
- Greenleaf C. e Weiller K. (2005), *Perceptions of Youth Obesity Among Physical Educators*, Social Psychology of Education, Vol. 8: 407-423.
- Greenwald A. G., McGhee D. E. e Schwartz J. L. K. (1998), *Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test*, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 74: 1464-1480.

Greener J., Douglas F. e Van Teijlingen E. (2010), *More of the Same? Conflicting Perspectives of Obesity Caution and Intervention Amongst Overweight People, Health Professionals and Policy Makers*, Social Science and Medicine, Vol. 70: 1042-1049.

Goodman E. e Whitaker R. C. (2002), *A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity*, Pediatrics, Vol. 109: 497-504.

Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Goffman E. (1971), *Il comportamento in pubblico*, Einaudi, Torino.

Harvard School of Public Health Obesity Prevention Source Web Site, <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesitydefinition/defining-childhood-obesity/>.

Harrison K. (2000), *Television Viewing, Fat Stereotyping, Body Shape Standards, and Eating Disorder Symptomatology in Grade School Children*, Communication Research, Vol. 27: 617-640.

Haslam D. (2007), *Obesity: A Medical History*, Obesity Reviews, Vol. 8: 31-36.

Hebl M. R. e Xu J. (2001), *Weighing the Care: Physicians' Reactions to the Size of a Patient*, International Journal of Obesity, Vol. 25: 1246-1252.

Hebl, M. R., Xu J. e Manson F. (2003), *Weighing the Care: Patients' Perceptions of Physician Care as a Function of Gender and Weight*, International Journal of Obesity, Vol. 27: 269-275.

Heinberg L. J. e Thompson J. K. (2009), *Obesity in Youth: Causes, Consequences and Cures*, American Psychological Association, Washington.

Herbozo S., Tantleff-Dunn S., Gokee-Larose J. e Thompson J. K. (2004), *Beauty and Thinness Messages in Children's Media: A Content Analysis*, Journal of Eating Disorders, Vol. 12: 21-34.

Himes S. M. e Thompson J. K. (2007), *Fat Stigmatization in Television Shows and Movies: A Content Analysis*, Obesity, Vol. 5: 712-718.

Hinkle L. E., Whitney L. H., Lehman E. W., Dunn J., Benjamin B., King R., Plakun A. e Flehinger B. (1968), *Occupation, Education, and Coronary Heart Disease. Risk is Influenced More by Education and Background Than by Occupational Experiences, in the Bell System*, Science, Vol. 61: 238-246.

Hughes G. e Degher D. (1993), *Coping with a Deviant Identity*, Deviant Behavior, Vol. 14: 297-315.

Huizinga M. M., Cooper L. A., Bleich S. N., Clark J. M. e Beach M. C. (2009), *Physician Respect for Patients with Obesity*, Journal of General Internal Medicine, Vol. 24: 1236-1239.

IASO (2012a), *Obesity Data Portal*, <http://www.iaso.org/resources/obesity-data-portal/resources/tables/19/>.

IASO (2012b), *Percentage of overweight and obese children*, [http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid\\_15751\\_IPChildhood.xls](http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_15751_IPChildhood.xls).

Karnehed N., Rasmussen F., Hemmingsson T. e Tynelius P. (2006), *Obesity and Attained Education: Cohort Study of More Than 700,000 Swedish Men*, Obesity Vol. 14: 1421-1428.

Klarenbach S., Padwal R., Chuck A. e Jacobs P. (2006), *Population-Based Analysis of Obesity and Workforce Participation*, Obesity, Vol. 14: 920-927.

Klein H. e Shiffman K. S. (2005), *Thin Is "In" and Stout Is "Out": What Animated Cartoons Tell Viewers About Body Weight, Eating and Weight Disorders*, Vol. 10: 107-116.

Klein H. e Shiffman K. S. (2006), *Messages About Physical Attractiveness in Animated Cartoons*, Body Image, Vol. 3: 353-363.

Krukowski R. A., Smith West D., Perez A. P., Bursac Z., Phillips M. M. e Raczynski J. M. (2009), *Overweight Children, Weight-Based Teasing and Academic Performance*, International Journal of Pediatric Obesity, Vol. 4: 274-280.

Lahti-Koski M. e Gill T. (2004), *Defining Childhood Obesity*, in Kiess W., Marcus C. e Wabitsch M., *Obesity in Childhood and Adolescence*, Pediatric and Adolescent Medicine, Basel, Karger, Vol. 9: 1-19.

Lasch C. (1976), *The Narcissistic Society*, Review of Books, New York.

Lasch C. (1977), *The Narcissistic Personality of Our Time*, Partisan Review, Vol. 44: 9-19.

Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Norton, New York.

Latack J. C. e Havlovic S. (1992), *Coping with Job Stress: A Conceptual Evaluation Framework and Coping Measurement*, Journal of Organizational Behavior, Vol. 13: 479-508.

Latner J. D., Rosewall J. K. e Simmonds M. B. (2007), *Childhood Obesity Stigma: Association with Television, Videogame, and Magazine Exposure*, Body Image, Vol. 4: 147-155.

Latner J. D. e Stunkard A. J. (2003), *Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children*, Obesity Research, Vol. 11: 452-456.

Latner J. D., Stunkard A. J. e Wilson G. T. (2005), *Stigmatized Students: Age, Sex and Ethnicity Effects in the Stigmatization of Obesity*, Obesity Research, Vol. 13: 1226-1231.

Lauder W., Mummery K., Jones M. e Caperchione C. (2006), *A Comparison of Health Behaviors in Lonely And Non-Lonely Populations*, Psychology, Health and Medicine, Vol. 11: 233-245.

Lawrence M. (1984), *The Anorexic Experience*, Women's Press, London.

Lawrence R. G. (2004), *Framing Obesity: The Evolution of News Discourse on a Public Health Issue*, International Journal of Press/Politics, Vol. 9: 56-75.

Lazarus R. S. (1991), *Emotional and Adaption*, Oxford University Press, New York.

Lazarus R. S. e Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.

Leder D. (1990), *The Absent Body*, University Chicago Press, Chicago.

Lewis S., Thomas S. L., Blood R. W., Castle D. J. e Hyde J. (2011), *How Do Obese Individuals Perceive and Respond to Different Types of Obesity Stigma That They Encounter in Their Daily Lives? A Qualitative Study*, Social Science and Medicine, Vol. 73: 1349-1356.

- Lien N., Henriksen H. B., Nymoer L. L., Wind M. e Kleep K. (2010), *Availability of Data Assessing the Prevalence and Trends of Overweight and Obesity Among European Adolescents*, Public Health Nutrition, Vol. 13: 1680-1687.
- Link B. G. e Phelan J. C. (2001), *Conceptualizing Stigma*, Annual Review of Sociology, Vol. 27: 363-385.
- Livingston M. B. E. (2001), *Childhood Obesity in Europe: A Growing Concern*, Public Health Nutrition, Vol. 4: 109-116.
- Lobstein T., Baur L. e Uauy R. (2004), *Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health*, Obesity Reviews, Vol. 5: 4-85.
- Lupton D. (1999), *L'anima nel piatto*, Il Mulino, Bologna.
- Lyman S. e Scott M. (1970), *A Sociology of the Absurd*, Appleton Century Croft, New York.
- Maddox G. L., Back K. W. e Liederman V. R. (1968), *Overweight as Social Deviance and Disability*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 9: 287-298.
- Maranto C. L. e Stenoiien A. F. (2000), *Weight Discrimination: A Multidisciplinary Analysis*, Employee Responsibilities and Rights Journal, Vol. 12: 9-24.
- Matusewich E. (1983), *Employment Discrimination Against the Overweight*, Personal Journal, Vol. 62: 446-450.
- McClellan R. A. e Moon M. (1980), *Health, Obesity and Earning*, American Journal of Public Health, Vol. 52: 1006-1009.
- McLaren L. (2007), *Socioeconomic Status and Obesity*, Epidemiological Reviews, Vol. 29: 29-48.
- Mead G. H. (1934), *Mind, Self and Society*, University Chicago Press, Chicago.
- Merleau-Ponty M. (2003), *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano.
- Merton R. K. (1948), *The Self-Fulfilling Prophecy*, Antioch Review, Vol. 8: 193-210.
- Merton R. K. (1968), *Social Theory and Social Structure*, Free Press, New York.

Miller C. T. e Myers A. M. (1998), *Compensating for Prejudice: How Heavyweight People (and Others) Control Outcomes Despite Prejudice*, in Swim J. K. e Stangor C., *Prejudice: The Target's Perspective*, Academic Press, San Diego.

Miller C. T., Rothblum E. D., Felicio D. e Brand P. (1995), *Compensating for Stigma: Obese and Nonobese Women's Reactions to Being Visible*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 21: 1093-1106.

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2008), *Presentazione dei risultati dell'indagine "Okkio alla salute" – Sovrappeso e obesità in età infantile*, Ufficio Stampa del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Monteiro C. A., Moura E. C., Conde W. L. e Popkins B. (2004), *Socioeconomic Status and Obesity in Adult Populations of Developing Countries: A Review*, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 82: 940-946.

Morris S. (2006), *Body Mass Index and Occupational Attainment*, *Journal of Health Economics*, Vol. 25: 347-364.

Myers A. e Rosen J. C. (1999), *Obesity Stigmatization and Coping: Relation to Mental Health Symptoms, Body Image, and Self-Esteem*, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, Vol. 23: 221-230.

Najman J. M. e Munro C. (1982), *Patient Characteristics Negatively Stereotyped by Doctors*, *Social Science and Medicine*, Vol. 16: 1781-1789.

National Audit Office (2001), *Tackling Obesity in England*, [http://www.nao.gov.uk/publications/nao\\_reports/00-01/0001220.pdf](http://www.nao.gov.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf).

National Center for Health Statistics (2012), *NCHS Data on Obesity*, [http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/fact\\_sheet\\_obesity.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/fact_sheet_obesity.pdf).

Neel J. V. (1962), *Diabetes Mellitus: A "Thrifty" Genotype Rendered Detrimental by "Progress"?*, *American Journal of Human Genetics*, Vol. 14: 353-362.

Neumark-Sztainer D., Story M., Harris T. (1999), *Beliefs and Attitudes About Obesity Among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents*, *Journal of Nutrition Education*, Vol. 31: 3-9.

O'Brien K. S., Hunter J. A. e Banks M. (2007), *Implicit Anti-Fat Bias in Physical Educators: Physical Attributes, Ideology, and Socialization*, *International Journal of Obesity*, Vol. 31: 308-314.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (2012), OECD Health Data 2012, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LVNG](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG).
- Offer A. (1998), *Epidemics of Abundance: Overeating and Slimming in Usa and Britain since the 1950s*, Nuffield College, Oxford.
- Ogden C. L. e Carroll M. D., (2010), *Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008*, <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesitychild0708/obesitychild0708.pdf>.
- Ogden C. L., Carroll M. D., Curtin L. R., Lamb M. M. e Flegal K. M. (2010), *Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008*, Journal of American Medical Association, Vol. 3: 235-275.
- Ogden C. L., Carroll M. D., Kit B. K. e Flegal K. M. (2012), *Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010*, NCHS Data Brief, No. 82.
- Orbach S. (1986), *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*, Norton, New York.
- Pagan J. A. e Davils A. (1997), *Obesity, Occupational Attainment and Earnings*, Social Science Quarterly, Vol. 78: 756-770.
- Paul R. J. e Townsend J. B. (1995), *Shape Up or Ship Out? Employment Discrimination Against the Overweight*, Employee Responsibilities and Rights Journal, Vol. 8: 133-145.
- Polinko N. e Popovich P. M. (2001), *Evil Thoughts but Angelic Actions: Responses to Overweight Job Applicants*, Journal of Applied Social Psychology, Vol. 31: 905-924.
- Popkin B. M. e Doak C. M. (1998), *The Obesity Epidemic Is a Worldwide Phenomenon*, Nutrition Reviews, Vol. 56: 106-114.
- Popkin B. M. (2001), *The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World*, American Society for Nutritional Sciences, Vol. 131: 871-873.
- Popovich P. M., Everton W. J., Campbell K. L., Godinho R. M., Kramer K. M. e Mangan M. R. (1997), *Criteria Used to Judge Obese Persons in the Workplace*, Percept Mot Skills, Vol. 85: 859-866.
- Poulain J. P. (2008), *Alimentazione, cultura e società*, Il Mulino, Bologna.

- Poulain J. P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Puf, Paris.
- Power C. e Parsons T. (2000), *Nutrition and Other Influences in Childhood as Predictors of Adult Obesity*, Proceedings of the Nutrition Society, Vol. 59: 267-272.
- Prentice A. M. (2006), *The Emerging Epidemic of Obesity in Developing Countries*, International Journal of Epidemiology, Vol. 35: 93-99.
- Price J. H., Desmond S. M., Krol R. A., Snyder F. F. e O'Connell J. K. (1987), *Family Practice Physicians' Beliefs, Attitudes, and Practices Regarding Obesity*, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 3: 339-345.
- Puhl R. M. (2011), *Bias, Stigma, and Discrimination*, in Cawley J. H., *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*, Oxford University Press, New York.
- Puhl R. M., Andreyeva T. e Brownell K. D. (2008), *Perceptions of Weight Discrimination: Prevalence and Comparison to Race and Gender Discrimination in America*, International Journal of Obesity, Vol. 32: 992-1000.
- Puhl R. M. e Brownell K. D. (2001), *Bias, Discrimination, and Obesity*, Obesity Reviews, Vol. 9: 788-905.
- Puhl R. M. e Brownell K. D. (2003a), *Psychosocial Origins of Obesity Stigma: Toward Changing a Powerful and Pervasive Bias*, Obesity Reviews, Vol. 4: 213-227.
- Puhl R. M. e Brownell K. D. (2003b), *Ways of Coping with Obesity Stigma: Conceptual Review and Analysis*, Eating Behavior, Vol. 4: 53-78.
- Puhl R. M. e Brownell K. D. (2006), *Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults*, Obesity, Vol. 14: 1802-1815.
- Puhl R. M. e Heuer A. (2009), *The Stigma of Obesity: A Review and Update*, Obesity Journal, Vol. 17: 941-964.
- Puhl R. M. e Latner J. D. (2007), *Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children*, Psychological Bulletin, Vol. 133: 557-580.
- Puhl R. M., Moss-Racusin C. A. e Schwartz M. B. (2007), *Internalization of Weight Bias: Implications for Binge Eating and Emotional Well-Being*, Obesity, Vol. 15: 19-23.

- Regan P. C. (1996), *Sexual Outcasts: The Perceived Impact of Body Weight and Gender on Sexuality*, Journal of Applied Social Psychology, Vol. 26: 1803-1815.
- Register C. A. e Williams D. R. (1990), *Wage Effects of Obesity Among Young Workers*, Social Science Quarterly, Vol. 71: 130-141.
- Richardson S. A., Goodman N., Hastorf A. H. e Dornbusch S. M. (1961), *Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities*, American Sociological Review, Vol. 26: 241-247.
- Ricolfi L. (1997), *Introduzione*, in Ricolfi L. (a cura di), *La ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Robinson T., Callister M. e Jankoski T. (2008), *Portrayal of Body Weight on Children's Television Sitcoms: A Content Analysis*, Body Image, Vol. 5: 141-151.
- Roehling M. V. (1999), *Weight-Based Discrimination in Employment: Psychological and Legal Aspects*, Personality and Social Psychology, Vol. 52: 969-1017.
- Roehling M. V., Roehling P. V. e Odland L. M. (2008), *Investigating the Validity of Stereotypes about Overweight Employees: The Relationship Between Body Weight and Normal Personality Traits*, Group and Organization Management, Vol. 33: 392-424.
- Roehling M. V., Pilcher S., Oswald F. e Bruce T. (2008), *The Effects of Weight Bias on Job-Related Outcomes: A Meta-Analysis of Experimental Studies*, Academy of Management Annual Meeting, Anaheim.
- Roehling M. V., Roehling P. V. e Pichler S. (2007), *The Relationship Between Body Weight and Perceived Weight-Related Employment Discrimination: The Role of Sex and Race*, Journal of Vocational Behavior, Vol. 71: 300-318.
- Rogge M. M., Greenwald M. e Golden A. (2004), *Obesity, Stigma, and Civilized Oppression*, Advances in Nursing Science, Vol. 27: 300-318.
- Rosenthal R. e Jacobson L. (1968), *Pygmalion in the Classroom*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Salamone A. (1999), *Postmodernità. Quotidiano e orizzonte nella società contemporanea*, Carocci, Roma.

Salvini A. (1983), *Interazionismo e cognitivismo in Erving Goffman (Postfazione)*, in Goffman E., *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano.

Sandberg H. A. (2007), *Matter of Looks: The Framing of Obesity in Four Swedish Daily Newspapers*, *Communications*, Vol. 32: 447-472.

Santini F., Scartabelli G. e Pinchera A. (2006), *Obesità 2006: Rapporto su una pandemia*, [http://www.sio-obesita.org/documenti/sio\\_281.pdf](http://www.sio-obesita.org/documenti/sio_281.pdf).

Sassatelli R. (1995), *Power Balance in the Consumption Sphere: Reconsidering Consumer Protection Organisations*, European University Institute Working Papers in Political and Social Sciences, Firenze.

Sassatelli R. (2000), *Anatomia della palestra. Cultura commerciale e disciplina del corpo*, Il Mulino, Bologna.

Sassatelli R. (2010), *Fitness Culture. Gyms and the Commercialisation of Discipline and Fun*, Palgrave Macmillan, New York.

Sassatelli R. (2012), *Selves and Bodies*, in Trentmann F., *The Oxford Handbook of the History of Consumption*, Oxford University Press, New York.

Scambler G. (2006), *Sociology, Social Structure and Health-Related Stigma*, *Psychology, Health and Medicine*, Vol. 11: 288-295.

Schwartz M., Chambliss H. O., Brownell K. D., Blair S. N. e Billington C. (2003), *Weight Bias Among Health Professionals Specializing in Obesity*, *Obesity Research*, Vol. 11: 1033-1039.

Sciolla L. (1983), *Il concetto di identità in sociologia*, in Balbo L., Barbano F., Gallino L., Izzo A., Melucci A., Negri N., Ricolfi L., Rositi F. e Sciolla L., *Complessità sociale e identità. Problemi di teoria e di ricerca empirica*, Franco Angeli, Milano.

Sheets V. e Ajmere K. (2005), *Are Romantic Partners a Source of College Students' Weight Concern?*, *Eating Behaviors*, Vol. 6: 1-9.

Shilling C. (2003), *The Body and Social Theory*, Sage Publications, London.

Shilling C. (2005), *The Body in Culture, Technology and Society*, Sage Publications, London.

Shrewsbury V. e Wardle J. (2008), *Socioeconomics Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies 1990-2005*, Obesity, Vol. 16: 275-284.

Silverstein B., Perdue L., Peterson B. e Kelly E. (1986), *The Role of the Mass Media in Promoting a Thin Standard of Bodily Attractiveness for Women*, Sex Roles, Vol. 14: 519-523.

Sitton S. e Blanchard S. (1995), *Men's Preference in Romantic Partners: Obesity Versus Addiction*, Psychological Report, Vol. 77: 1185-1186.

Smith C. A., Schmoll K., Konik J. e Oberlander S. (2007), *Carrying Weight for the World: Influence of Weight Descriptors on Judgments of Large Size Women*, Journal of Applied Social Psychology, Vol. 37: 989-1006.

Snyder M. e Haugen J. A. (1995), *Why Does Behavioral Confirmation Occur? A Functional Perspective on the Role of the Target*, Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 21: 963-974.

Society of Actuaries (1959), *Build and Blood Pressure Study*, Society of Actuaries, Chicago.

Sobal J. and Stunkard A. J. (1989), *Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature*, Psychological Bulletin, Vol. 105: 260-275.

Spiegelman D., Israel R. G., Bouchard C. e Willett W. C. (1992), *Absolut Fat Mass, Percent Body Fat, and Body-Fat Distribution: Which Is the Real Determinant of Blood Pressure and Serum Glucose*, American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 55: 1033-1044.

Spitzer B., Henderson K. e Zivian M. (1999), *A Comparison of Population and Media Body Sizes for American and Canadian Women*, Sex Roles, Vol. 700: 545-565.

Stagi L. (2002), *La società bulimica. Le trasformazioni simboliche del corpo tra edonismo e autocontrollo*, Franco Angeli, Milano.

Stagi L. (2008), *Anticorpi. Dieta, fitness e alter prigionie*, Franco Angeli, Milano.

Suls J., David J. P. e Harvey J. H. (1996), *Personality and Coping: Three Generations of Research*, Journal of Personality, Vol. 64: 711-735.

Teachman B. A. e Brownell K. D. (2001), *Implicit Anti-Fat Bias Among Health Professionals: Is Anyone Immune?*, International Journal of Obesity, Vol. 25: 1525-1531.

Teachman B. A., Gapinski K. D., Brownell K. D., Rawlins M. e Jeyaram S. (2003), *Demonstrations of Implicit Anti-Fat Bias: The Impact of Providing Causal Information and Evoking Empathy*, Health Psychology Journal, Vol. 22: 68-78.

Thomas S. L., Hyde J., Karunaratne A., Herbert D. e Komesaroff P. A. (2008), *Being 'Fat' in Today's World: A Qualitative Study of the Lived Experiences of People with Obesity in Australia*, Health Expectations, Vol. 11: 321-330.

Thompson A. L. e Gordon-Larsen P. (2011), *The Anthropology of Obesity*, in Cawley J. H., *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*, Oxford University Press, New York.

Tobin D. L., Holroyd K. A., Reynolds R. V. e Wigal J. K. (1989), *The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory*, Cognitive Therapy and Research, Vol. 13: 343-361.

Tunceli K., Li K. e Williams L. K. (2006), *Long-Term Effects of Obesity on Employment and Work Limitations Among U.S. Adults, 1986 to 1999*, Obesity, Vol. 14: 1637-1646.

Vandereycken W. e van Deth R. (1995), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Raffaello Cortina, Milano.

Viner R. M. e Cole T. J. (2005), *Adult Socioeconomic, Educational, Social, and Psychological Outcomes of Childhood Obesity: A National Birth Cohort Study*, British Medical Journal, Vol. 330: 1354-1357.

Wardle J., Volz C. e Jarvis M. J. (2002), *Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status with Obesity*, American Journal of Public Health, Vol. 92: 1299-1304.

Wear D., Aultman J. M., Varley J. D. e Zarconi J. (2006), *Making Fun of Patients: Medical Students' Perceptions and Use of Derogatory and Cynical Humor in Clinical Settings*, Academic Medicine, Vol. 81: 454-462.

Weber M. (1962), *Economia e società*, Edizioni Comunità, Milano.

Weber M. (1965), *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*, Sansoni, Firenze.

Weiler K. e Helms L. B. (1993), *Responsibilities of Nursing Education: The Lessons of Russell Versus Salve Regina*, Journal of Professional Nursing, Vol. 9: 131-138.

White S. E., Brown N. J. e Ginsburg S. L. (1999), *Diversity of Body Types in Network Television Programming: A Content Analysis*, Communication Research Reports, Vol. 16: 386-392.

World Health Organization (2000), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*,  
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html).

World Health Organization (2004), *Food and Health in Europe: A New Basis for Action*, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/74417/E82161.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf).

World Health Organization (2008), *Overweight/Obesity 2008. Prevalence of Obesity\*\**, Ages 20+, Age Standardized: Both Sexes,  
[http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/ncd/risk\\_factors/overweight\\_obesity/atlas.html?indicator=i1&date=Both%20sexes](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/overweight_obesity/atlas.html?indicator=i1&date=Both%20sexes).

World Health Organization (2012), *World Health Statistics 2012*,  
[http://www.who.int/healthinfo/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf).

Wigton R.S. e McGaghie W.C. (2001), *The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain*, Journal of General Internal Medicine, Vol. 16: 262-265.

Williams S. (1996), *The Vicissitudes of Embodiment Across the Chronic Illness Trajectory*, Body and Society, Vol. 2: 23-47.

Wiseman C. V., Gray J. J., Mosimann J. E. e Ahrens A. H. (1992), *Cultural Expectations of Thinness in Women: An Update*, International Journal of Eating Disorders, Vol. 11: 85-89.

Yeung K. e Levi Martin J. (2003), *The Looking Glass Self: An Empirical Test and Elaboration*, Social Forces, Vol. 81: 843-879.