

ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO

anno XX (2017), n. 19 (1)
ISSN 2038-3215



fondazione
ignazio buttitta

Antonio
Pasqualino
Museo
FONDAZIONE G. DE BESSI MARINO

ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO on line

anno XX (2017), n. 19 (1)

SEMESTRALE DI SCIENZE UMANE

ISSN 2038-3215

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento Culture e Società
Sezione di Scienze umane, sociali e politiche

Direttore responsabile
GABRIELLA D'AGOSTINO

Comitato di redazione

DANIELA BONANNO, SERGIO BONANZINGA, IGNAZIO E. BUTTITTA, GABRIELLA D'AGOSTINO, FERDINANDO FAVA, ALESSANDRO MANCUSO, VINCENZO MATERA, MATTEO MESCHIARI, ROSARIO PERRICONE, DAVIDE PORPORATO (*website*)

Segreteria di redazione

GIANPAOLO FASSINO, SERENA GARBOLINO, LUCA GHIARDO, SEBASTIANO MANNIA

Impaginazione

ALBERTO MUSCO (OFFICINA DI STUDI MEDIEVALI)

Comitato scientifico

MARLÈNE ALBERT-LLORCA

Département de sociologie-ethnologie, Université de Toulouse 2-Le Mirail, France

ANTONIO ARIÑO VILLARROYA

Department of Sociology and Social Anthropology, University of Valencia, Spain

ANTONINO BUTTITTA (†)

Università degli Studi di Palermo, Italy

IAIN CHAMBERS

Dipartimento di Studi Umani e Sociali, Università degli Studi di Napoli «L'Orientale», Italy

ALBERTO M. CIRESE (†)

Università degli Studi di Roma «La Sapienza», Italy

JEFFREY E. COLE

Department of Anthropology, Connecticut College, USA

JOÃO DE PINA-CABRAL

Institute of Social Sciences, University of Lisbon, Portugal

ALESSANDRO DURANTI

UCLA, Los Angeles, USA

KEVIN DWYER

Columbia University, New York, USA

DAVID D. GILMORE

Department of Anthropology, Stony Brook University, NY, USA

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ALCANTUD

University of Granada, Spain

ULF HANNERZ

Department of Social Anthropology, Stockholm University, Sweden

MOHAMED KERROU

Département des Sciences Politiques, Université de Tunis El Manar, Tunisia

MONDHER KILANI

Laboratoire d'Anthropologie Culturelle et Sociale, Université de Lausanne, Suisse

PETER LOIZOS (†)

London School of Economics & Political Science, UK

ABDERRAHMANE MOUSSAOUI

Université de Provence, IDEMEC-CNRS, France

HASSAN RACHIK

University of Hassan II, Casablanca, Morocco

JANE SCHNEIDER

Ph. D. Program in Anthropology, Graduate Center, City University of New York, USA

PETER SCHNEIDER

Department of Sociology and Anthropology, Fordham University, USA

PAUL STOLLER

West Chester University, USA



Editoriale

5 Gabriella D'Agostino, *Del cibo e di altri demoni*

Cibo e vino.
Tra illusioni di memorie condivise e
ricerca della qualità

7 Franca Bimbi, Luca Rimoldi, *Cibo e vino.*
Tra illusioni di memorie condivise e ricerca della qualità

9 Luca Rimoldi, *Ristoratori e social media.*
La costruzione sociale della qualità nelle Botteghe Storiche di Milano

17 Silvia Segalla, *Fatto in casa.*
Definizioni e ridefinizioni della qualità a tavola

23 Manuela Tassan, *Cibo "naturale" e food activism.*
Il consumo critico in due Gruppi di Acquisto Solidale nell'area milanese

33 Alice Brombin, *Ripensare la dieta mediterranea.*
Pratiche alimentari tra sobrietà e autosufficienza in alcuni ecovillaggi italiani

41 Michela Badii, *Tra patrimonio e sostenibilità.*
Processi di costruzione della qualità nelle vitivinicolture del Chianti Classico

51 Paolo Gusmeroli, *Patrimonializzazione e distinzione del vino.*
Uno studio di caso in Veneto

59 Giulia Storato, *Bambine e bambini tra bigoli della nonna e pizza al curry.*
Narrazioni e racconti sul cibo a scuola

65 Franca Bimbi, *Malate di sazietà, prigioniere dell'abbondanza?*
Una dieta autogestita, tra malattia cronica e ridefinizione biografica

79 Leggere - Vedere - Ascoltare

F. DEI, *Terrore suicida. Religione, politica e violenza nelle culture del martirio* (Donzelli 2016); G. SCANDURRA, *Tifo estremo. Storie degli ultras del Bologna* (Manifestolibri 2016); F. FAVA, *In campo aperto. L'antropologo nei legami del mondo* (Meltemi 2017).

87 Abstracts

Franca Bimbi

Malate di sazietà, prigioniere dell'abbondanza? *Una dieta autogestita, tra malattia cronica e ridefinizione biografica*

1. Autogestione della dieta e "lavoro sulla malattia". Tra etnografia e illusione biografica

Il tema di questa riflessione riguarda la ricerca di una "dieta di salvezza" per prevenire le conseguenze più severe di una malattia cronica volendo mantenere almeno in parte le abitudini alimentari acquisite, ovvero i gusti consolidati del piacere del cibo. Nell'articolo analizzo il riorientamento biografico (Bury 1982; Williams 2000), obbligato dal diabete 2, confrontando le mie scelte alimentari con quelle di altre sei donne¹.

Il cibo è un campo rilevante di lavoro su se stesse, per tenere assieme, nella gestione della salute malata, i ritmi della vita quotidiana e professionale, la cura di sé e quella della famiglia, le reti amicali. Nel periodo di emergenza della malattia il difficile ridisegno degli *habitus* si svolge all'interno di una stretta sorveglianza sanitaria, pressante ma rassicurante. Successivamente, i cambiamenti pratici, cognitivi ed emotivi, richiesti da una riconversione alimentare e culinaria che deve mantenersi nel tempo, si dimostrano molto esigenti verso tutte le abitudini di vita, mentre l'autogestione della dieta tende a diventare un allenamento solitario. La nuova situazione richiede una continua messa a punto di capacità di *self-management*, tematizzate come inevitabili e necessarie anche dalla letteratura medica (Bodenheimer *et alii* 2002; Gomersall *et alii* 2011)². In questa fase avevo cercato una dieta "affidabile", ma non prescritta da un dietologo, non legata a convinzioni morali di modelli alimentari esclusivi, non dipendente dai *social media*, e neppure acquistata su uno dei tanti mercati della dietetica e dei *personal trainer*. La cittadinanza alimentare dal basso può essere considerata un obiettivo anche da parte delle persone ammalate: come orientarsi tra pressioni di medicalizzazione, sollecitazioni di etiche assolute e offerte di mercato? Le riflessioni solitarie sul dibattito medico della Dieta Mediterranea (Davis *et alii* 2015)³ avevano rassicurato la mia propensione ad adottarla, tanto da proporre ad altre ammalate di parlarne assieme, nell'ipotesi che, tra native italiane, questa tipo di dieta fosse facilmente confrontabile con le rispettive tradizioni alimentari

e con le competenze culinarie personali.

Questo parziale resoconto sull'auto-etnografia e su un'etnografia del cibo-nella-malattia tiene conto anche della posizione dell'Autrice, che, soggetto e oggetto della ricerca e della scrittura, coinvolge le sue esperienze e i vissuti di ammalata con le competenze di sociologa orientata all'attenzione ai rapporti di genere e alle dinamiche della vita quotidiana. Nella scrittura ho utilizzato talvolta anche la terza persona, per segnalare che la parola riportata e il racconto non rendono l'evidenza dell'esperienza (Scott 1991), ma mettono in scena rappresentazioni e interpretazioni situate nel *frame* privilegiato da chi narra, di sé, degli altri e per altri. Ho inteso dare rilievo alle distinzioni e alle sovrapposizioni tra la parola delle persone coinvolte (me compresa), lo sguardo della ricercatrice-malata e le interpretazioni che la studiosa tenta di restituire alle comunità cognitive di riferimento (con un linguaggio limitato dalle competenze sociologiche). Gli indirivieni della persona narrante (Clifford, Marcus 1992; Adams *et alii* 2015) sottolineano la presa di distanza dall'illusione di poter afferrare la "verità" attraverso il racconto biografico (Bourdieu 1986), e di poter restituire un'autobiografia veritiera a se stessi e al lettore (Bourdieu 2005). Sin qui la prospettiva si limita a tener vivi la cautela e il sospetto necessari nei confronti delle possibili ingenuità del percorso e auto etnografico. Tuttavia i passaggi dalla prima persona a una forma narrativa indiretta o generalizzante, e viceversa, costituiscono anche un accorgimento retorico con cui chi racconta di sé segna alcuni confini, per evitare lo stigma sociale (Browne *et alii* 2013) derivante dal modello normativo che prevede la messa in scena di un corpo per sempre immagine di una vita-sana-per-tutti. Nella gestione della dieta quotidiana si gioca un confronto continuo tra corpo sano e corpo malato. Al malato viene richiesto di ri-convertire radicalmente l'*habitus* socio-alimentare e i repertori di gusto (e non semplicemente le abitudini), mantenendo un'apparente persistenza della propria *hexis* corporea per presentarsi agli altri come la persona sana che era in precedenza. Dunque, l'uso di modalità di scrittura più o meno espressive dell'esperienza può celare (e

qui svela) le difficoltà a rappresentarsi come si era “prima” assecondando nuove aspettative. Inoltre, nel racconto sulle esperienze liminali tra salute e malattia, il doppio registro di distanza e vicinanza aiuta a illuminare gli aspetti di resistenza verso la passività responsabilizzante richiesta al paziente-ammalato, facendo emergere forme di *agency* che potenziano le capacità di autogestione e danno evidenza alla “*living body experience*” (Young 2005) che è al centro della ridefinizione biografica.

A questo proposito, l’Autrice ha dovuto prender atto che la propria consolidata postura critico-decostruttiva nei confronti della medicalizzazione della vita quotidiana è stata messa alla prova dall’affascinante storia della costruzione sociale del diabete 2 (Armstrong 2013), che l’ha costretta a confrontarsi con le sue ambivalenze, tra la posizione distanziata della sociologa e l’immersione soggettiva della malata. È una “fortuna” che la medicalizzazione della vecchiaia permetta di ricevere cure specifiche per vivere una vita (definibile come) sana, ma segnata dalla consapevolezza che si resta per sempre ammalate e a rischio probabile (cioè incombente) di molti esiti nefasti? Nel complesso, il doppio posizionamento ha sollecitato uno sguardo incrociato durante il processo di ricerca, sugli attrezzi della sociologia, e sulla presa in carico dell’esperienza di una malattia cronica.

2. La Dieta Mediterranea dei medici: pratiche, scienza e mito. Un approccio dai gender studies

Perché scegliere una dietetica mediterranea?⁴ Perché invadere un campo che nelle scienze sociali pertiene all’antropologia (Moro 2014) affrontando una sociologia della Dieta Mediterranea (Bimbi 2015, 2016) e proponendo un’etnografia che utilizza le “piramidi alimentari salubri”? Inizialmente, sul piano pratico, la risposta alla prima domanda sembrava semplice. Il modello medico di regime alimentare a cui ero stata improvvisamente obbligata doveva restare un riferimento sicuro per un’alimentazione “sobria e sana”, se per sobrietà si intende diminuire la quantità di cibo tanto da non raggiungere mai la sazietà e se, particolarmente per un diabetico, cibo sano significa evitare costantemente alcuni prodotti, ingredienti, condimenti e modi di cottura. La rappresentazione di senso comune⁵ di una dieta mediterranea, in questo caso metafora di memorie personali, mi pareva corrispondente alla struttura del regime alimentare impostami dalle circostanze, che pensavo di utilizzare nel *self management* dietetico che segue la fase direttamente medicalizzata della malattia. Ritenevo di poter attingere a tradizioni familiari e territoriali note, della

“semplicità” delle cucine toscana, ligure e centro-meridionale, senza aumentare l’impegno ai fornelli. Tuttavia quest’approccio immediato, di riscoperta di un passato alimentare della prima gioventù, contrastante con le “cattive” abitudini della vita adulta, e pensato come trasferibile nella malattia, non aveva tenuto conto della combinazione difficile tra il mantenimento di una disciplina alimentare rigorosa dal punto di vista della salute, le competenze necessarie per la semplificazione delle ricette quotidiane, e la difesa del diritto a mangiar bene. Come cavarsela con i menù quotidiani? A quale dietetica affidarsi? Come ricombinare le nuove abitudini “sane” con i piaceri del cibo? Occorreva affrontare praticamente e in fretta il conflitto (irrisolvibile) tra *habitus* e abitudini. L’urgenza di tradurre il passato dei gusti consolidati nel presente delle restrizioni dietetiche mi ha spinto a due percorsi quasi paralleli, sovrapposti nell’auto-etnografia: un’analisi sociologica degli aspetti per me accessibili del dibattito medico sulla Dieta Mediterranea, e un’etnografia sulle pratiche alimentari di altre donne sofferenti di diabete 2. Le domande di ricerca si sono focalizzate su alcune questioni. La Dieta Mediterranea dei medici soddisfa la sfida, pratica e simbolica, imposta da questa malattia cronica, tra salute da sorvegliare, “fame” da indurre nell’abbondanza alimentare, nuovo “buon gusto” con cui difendere il piacere del cibo? In cucina, quali sono i capitali sociali e culturali a cui una malata di diabete 2 attinge per le sue scelte dietetiche? Le malate di diabete della mia generazione, generalmente responsabili per l’alimentazione familiare, come fanno fronte alla gestione del loro nuovo regime dietetico e di quello dei familiari?

In Italia, la sociologia, l’antropologia e la storia sociale non hanno sviluppato un campo di *gender and food studies* a cui far riferimento per analizzare il contributo delle donne ai processi di produzione alimentare, di invenzione e trasformazione della cucina familiare, nonché alla storia della ristorazione. Nemmeno gli studi sociologici sulla salute, o la più recente medicina di genere, affrontano il tema dell’alimentazione (La Banca 2011)⁶.

Nella storia medica della Dieta Mediterranea, dalle ricerche di Ancel Keys ad alcuni sviluppi contemporanei, abbiamo individuato narrazioni contraddittorie e non univoche, interessanti anche per come esse riproducono gli stereotipi di genere mantenendosi nel tempo *gender blind*. Dalle raccomandazioni mediche iniziali, a quelle divulgate dalla fine degli anni Novanta dai nutrizionisti italiani e europeo-mediterranei, e legittimate dalla Scuola medica di Harvard anche attraverso le “piramidi alimentari salubri” (Willett *et alii* 1995), emergono sia indicazioni pratiche per la cucina della sa-

lute quotidiana che una ricca mitologia. Nei limiti delle competenze sociologiche, delle propensioni personali e dell'immediatezza delle decisioni da prendere, la riflessione sugli aspetti critici della Dieta Mediterranea non mi ha impedito di ritenere le sue indicazioni affidabili nei principi nutrizionali da seguire per l'autogestione del diabete 2 (Kastorini, Panagiotakos 2010; Mauricio 2016), in quanto adattabili alle cucine del Nord Est, dove vivo, compatibili con le tradizioni delle cucine italiane del Centro-Sud, praticabili nel contesto dei prodotti accessibili alle popolazioni della riva Nord del Mediterraneo. Tuttavia, il quadro delle possibili applicazioni della Dieta Mediterranea, anche alla luce dell'esperienza prevalentemente femminile di acquistare e cucinare per la famiglia, fa riflettere sul peso delle determinanti economiche di classe e di ceto, di contesto geografico e di mercato, che, nella pratica, rendono più o meno accessibile una dieta considerata sana, sobria e adeguata. Anche nelle regioni della riva Nord del Mediterraneo, le cui cucine si avvicinano maggiormente a principi e prodotti raccomandati da questa dietetica, le sue standardizzazioni mediche lasciano inevasa la sfida del "trapianto culturale" di una medesima disciplina per la salute in popolazioni socialmente stratificate e diversamente condizionate dalle offerte e dai vincoli di malnutrizione dei mercati globali.

Per Keys e per i nutrizionisti italiani della sua scuola, e per il gruppo dei ricercatori internazionali del *Seven Countries Study* (Keys *et alii* 1970; Kromhout *et alii* 1994), la Dieta Mediterranea non è stata una scoperta, bensì una costruzione medico-culturale preparata sulla base di un disegno di ricerca sperimentale, accurato per i parametri dell'epoca, orientato alla prevenzione e alla cura delle patologie cardiocircolatorie di popolazioni urbane, bianche, di ceto medio, per le quali l'abbondanza di cibo era già accessibile. Infatti le domande di ricerca iniziali nascono dall'urgenza di contrastare l'eccessiva diffusione degli infarti e delle malattie cardiovascolari negli Stati Uniti. Seguendo un approccio mertoniano alla sociologia della scienza possiamo identificare, sin dal percorso iniziale di legittimazione dell'impresa scientifica, lo svolgersi di azioni coordinate: ricerca sperimentale comparata nel campo della nutrizione, ibridazione disciplinare, costruzione delle reti internazionali tra scienziati, divulgazione sociale scritta e mediatica. L'intreccio consapevole tra le diverse pratiche narrative dell'impresa emerge anche dai testi di divulgazione scientifica di Ancel e Margaret Kyes, diffusi dal 1959. Tra il 1963 e il 1969, seguirà la creazione della comunità scientifico-conviviale di Minnelea nel Cilento, luogo sia dell'ibridazione simbolica tra il nutrizionismo sperimentale moderno e una die-

tetica morale presocratica sia dell'esperimento di Pollica sull'induzione in un gruppo di volontari di variazioni controllate della dieta locale. Nell'ipotesi scoperta della Dieta Mediterranea c'è ben poco di *serendipity*, e la sua invenzione non può essere considerata una fantasia fortunata. Nella narrazione si intrecciano ricerca sperimentale per la salute, precettistiche funzionali alla cura e racconti di salvezza. In quest'ultimi ho letto i trapianti e gli scambi di capitali culturali tra pratiche mediche, saperi locali e aspetti di vita quotidiana delle popolazioni, attraverso cui le diverse mitologie si rafforzano o contraddicono. L'interpretazione di una Dieta Mediterranea come "sottosviluppo trasformato in risorsa culturale e economica" (Moro 2016: 21) rischia di nascondere una parte significativa di una delle imprese culturali neocoloniali del secondo dopoguerra in cui la modernità viene configurata a partire dagli stereotipi sull'arretratezza. La narrazione di salvezza presenta una comunità naturale di poveri ma sani, nel Sud dell'Europa più povera, dove, nell'immediatezza del secondo dopoguerra, vengono verificati modelli salubri di alimentazione parca e stili di vita attivi, che, con la mediazione della medicina, diverrebbero facilmente trasferibili altrove e disponibili per tutti. Negli stessi anni, la ricerca antropologica illustra l'arretratezza del Sud dell'Europa interpretando l'unità della cultura mediterranea con il paradigma dell'onore e della vergogna, un'etnografia politologica declina il familismo amorale italiano come destino, e i nutrizionisti del gruppo di Keys definiscono una dietetica moderna, modellando la Dieta Mediterranea a partire da una ricerca condotta dapprima in un'area circoscritta e isolata. Nel 1957 il Comune di Nicotera, in Calabria, è individuato come unità sperimentale offerta in natura: un laboratorio di ricerca su cui condurre i test utili per il successivo studio internazionale *Seven Countries Study*. Questa postura iniziale, a partire dalla quale si misurano le composizioni dei principi nutritivi delle diete maschili di contadini poveri, ricongiunge il mito di un'unità culturale delle colture arcaiche del Bacino Mediterraneo ai parametri di una dietetica standardizzata volta a definire le regole di vita sana per i ceti abbienti dei Paesi ricchi. Al centro del racconto, tra l'elegia della frugalità obbligata delle comunità rurali e la preoccupazione per la salute dei mondi e delle classi sociali in cui il cibo è abbondante, troviamo il trasferimento di risorse culturali antiche nei bisogni della modernità. Oltre al mito dell'unità culturale-alimentare del Mediterraneo si riproduce e diffonde anche quello del possibile "trapianto culturale" della sua dietetica, ovunque sia necessario per la salute pubblica. La Dieta Mediterranea è stata definita supponendo una continuità pratica-

bile: tra la moderazione alimentare e il consumo di energia, obbligati per i contadini dalla limitazione dell'accesso al cibo e dalla fatica fisica, e l'assunzione, per "noi" urbani moderni, di uno stile di vita sano attraverso il controllo volontario dell'eccesso di cibo e dei rischi della vita sedentaria. Tuttavia, se il laboratorio di ricerca è nei Paesi poveri, i risultati delle ricerche non hanno avuto ricadute programmatiche nella medicina sociale italiana. Del resto la "fame" con cui, sani o malati, si è oggi incitati a alzarsi da una tavola abbondante, non corrisponde affatto alla fame che talvolta le rilevatrici delle diete scoprivano nelle famiglie. Considerare la frugalità povera una virtù naturale trasferibile nell'ascetica dei ceti medi, impedisce la comprensione del rapporto tra non-malattia e condizioni generali per una vita sana. Non tutti, anche nei Paesi ricchi, sono allo stesso modo sazi e vittime dell'eccesso, né hanno le stesse opportunità di praticare o apprendere una migliore cura di sé.

Accenniamo, infine, a un'altra narrazione mitico-utopica apparentemente speculare rispetto a quelle indicate: i principi mediterranei di salvaguardia della salute, incorporati negli stili di vita individuali, corrisponderebbero anche alla "salvezza" ecologica del pianeta. Oggi questa prospettiva si presenta assai più complessa, comprendendo anche un riorientamento delle scelte economico-produttive (Capone *et alii* 2014). Inoltre, nel mito e nell'utopia dei trapianti culturali, ritroviamo, tutte assieme, le suggestioni di un ritorno all'età dell'oro contadina, alla "cucina di casa" e alla convivialità comunitaria, che richiamano soprattutto le donne a tempi di lavoro di cura e stili di vita che non hanno affatto protetto la loro salute. Su questi aspetti i nutrizionisti continuano a veicolare pregiudizi di genere (Dernini, Berry 2016) dando rilevanza al mito del *genius loci* mediterraneo, che sintetizza l'ecosostenibilità e la salvaguardia della biodiversità come caratteristiche naturali dell'ambiente e del cibo, proponendo la convivialità come virtù comunitaria originaria riproducibile attorno al desco familiare affollato. I cambiamenti nelle relazioni di genere, ovvero alcuni aspetti cruciali dei diritti delle donne, tendono a venir interpretati come fattori di crisi della Dieta Mediterranea che aumenterebbero i rischi per la salute⁷.

Nel complesso, le narrazioni della Dieta Mediterranea medica hanno prodotto miti tra loro interconnessi costruendo un unico racconto di salvezza che si pretende basato esclusivamente su evidenze razionali e scientifico-sperimentali. Tuttavia, la prospettiva mitico-utopica del trasferimento delle qualità originarie di una dieta sana e di buon gusto da un passato di frugalità naturale a un presente di abbondanza che si orienta alle virtù della so-

brietà, e da queste a una dietetica morale di ecosostenibilità, non riguarda esclusivamente la Dieta Mediterranea, che forse l'ha anticipata presso la comunità scientifica e nell'opinione pubblica dei ceti medi nord-occidentali⁸. La ricerca di Nicotera come pure il ciclo iniziale del *Seven Countries Study* possono esser letti anche come etnografie del cibo condotte con un approccio ecologico, in cui il trapianto culturale è assieme estrazione di valore a vantaggio di stranieri-estranei ma anche scambio tra saperi medici e saperi pratici delle cucine locali. L'esperienza sul terreno di Nicotera, in cui l'*équipe* di ricerca impara ad apprezzare forse anche il gusto dei cibi che studia, fa riflettere su come più tardi, a Pollica e a Minnelea, i coniugi Keys imparassero dalle donne la cucina del Cilento ibridandola con la loro scienza, e viceversa. La conoscenza della costruzione sociale della Dieta Mediterranea sarebbe arricchita dallo studio del contributo femminile alla ricerca scientifica, ma anche da quello sugli scambi sociali e di genere nella rilevazione delle diete, nelle prove di cucina e nella disseminazione familiare delle "scoperte" dei nutrizionisti. Al contrario, nella ricerca medica e nelle scienze sociali continua a venir misconosciuta la ricca diversità delle competenze femminili presenti nella cucina familiare da cui si sviluppano anche le pratiche di salute. Ciò nonostante, la diffusione della Dieta Mediterranea medica ha contribuito – praticamente – al rovesciamento odierno del significato sociale di una cucina familiare e di una dietetica, prevalentemente gestite dalle donne, un tempo considerate di qualità inferiore e di cattivo gusto, in senso culinario e di distinzione sociale (Bourdieu 1983). La prevalenza raccomandata per i cibi crudi rispetto a quelli cotti più a lungo, e per le ricette semplici rispetto a quelle elaborate e più condite, è forse il risultato anche di un'osservazione partecipante implicita da parte dei ricercatori e di scambi sociali in cui i differenti saperi sono stati in un rapporto non del tutto asimmetrico.

3. L'azzardo di una dieta autogestita in una malattia cronica: illness work e lay expertise

Il racconto della Dieta Mediterranea dei medici, decostruito nelle sue narrazioni mitiche, e ripensato alla luce dello scambio tra saperi autorizzati e saperi di vita quotidiana, mi è sembrato verosimile per un'appropriazione disincantata e per nuovi incontri tra gusto e salute: non per guarire da una malattia cronica ma per prendersi cura della sazietà malata. Perciò, la proposta di un percorso mediterraneo riconoscibile in molte tradizioni alimentari italiane ha sollecitato un gruppo di donne del Nord

Est, di ceto medio, ammalate di diabete 2 e già impegnate in restrizioni alimentari, a riflettere assieme sulle problematiche della loro autogestione. La nostra resta una ricerca unilaterale dal punto di vista di genere, di ceto sociale, di contesti di vita. Il confronto conteneva un implicito iniziale: la sobrietà di oggi, da parte di chi soffre degli eccessi di gola del passato, è iscritta in un presente di sovrabbondanza di offerte alimentari e nelle possibilità economiche di accesso al cibo.

Per esplorare i capitali sociali e culturali alle nostre spalle (Cockerman 2013) occorre considerare le discontinuità storico-sociali vissute dalle “malate di sazietà” nate a cavallo della Seconda Guerra Mondiale. Lo stile di vita praticato fino all'età matura-anziana di oggi rimanda a percezioni di vita sana e di salute personale incorporate da tempo negli *habitus* alimentari e nei modelli di gusto della gioventù. Dal Dopoguerra abbiamo vissuto la transizione demografica, quella epidemiologica e quella alimentare, a cui abbiamo contribuito con le scelte di procreazione e le domande di protezione della salute, approfittando anche dell'espansione dei consumi alimentari. Per diversi anni, donne e uomini di queste generazioni hanno ritenuto il sovrappeso e gli eccessi di cibo ben condito non contrastanti con gli ideali di bellezza e virtù. Le donne, d'altro canto, avevano scoperto, appena sposate, che il cibo industriale offriva loro opportunità di conciliare la vita lavorativa e professionale con gli obblighi materni e familiari, e di risparmiare tempo di lavoro godendo di tempo per sé. Se i gusti degli italiani sono cambiati, tuttavia, almeno in una parte dei ceti medi e medio-bassi, i richiami all'estetica del corpo snello e del cibo “leggero” non hanno prevalso sulla cultura dell'abbondanza e della cucina “svelta” ma ricca. Un'etnografia sugli uomini sofferenti di diabete 2 richiederebbe domande parzialmente differenti, anche se, fino alla metà degli anni Ottanta, le madri e i padri delle prime generazioni postbelliche hanno allevato i loro figli secondo un modello di “buon appetito” che, apprezzando la sazietà, coniugava a tavola, anche per i bambini, l'abbondanza dei prodotti con la qualità ben saporita e zuccherata dei cibi. Non a caso la generazione della prima macdonaldizzazione del cibo è stata quella dei nostri figli.

Nel racconto etnografico rendiamo conto di come un gruppo di “anziane malate” aggiusti le indicazioni odierne di una dietetica definita variamente ottimale in campo medico, del gusto, dello stile di vita, e delle offerte di mercato, con il patrimonio culturale, personale e di contesto (Ferzacca 2012), a partire dalla rielaborazione faticosa delle competenze consolidate nell'arco della vita. Tutte siamo state socializzate come “guardiane” della fi-

liera del cibo (Counihan 1999): perciò presumiamo di possedere “naturalmente” anche capitali culturali comuni, relativi ai gusti familiari e alle culture culinarie locali e nazionali. In realtà, confrontando le trasformazioni abbastanza radicali delle abitudini alimentari, abbiamo verificato le differenze tra di noi, anche nei rapporti di genere e nell'organizzazione della vita quotidiana. Nella ricerca sulle nostre pratiche alimentari, assieme alle competenze sedimentate nella memoria culinaria e nelle routine femminili, sono stati messi in scena i vincoli sociali, le relazioni familiari e le strategie di salvaguardia dei gusti ritenuti irrinunciabili.

L'auto-etnografia e l'etnografia si configurano come un lavoro sul corpo e sulle emozioni (Nash 2013) condotto attraverso il cibo. Dalla “scoperta” della malattia, con l'inizio delle cure mediche specifiche e fino all'uscita dalla fase acuta, avevamo già sperimentato individualmente la necessità di un *illness work* (Corbin, Strauss 1985) orientato intenzionalmente al cambiamento delle abitudini, non solo alimentari, che dovrà continuare per tutta la vita, anche se resta in gran parte invisibile ai medici, ai familiari e alle cerchie amicali. Il confronto su cucina e cibo ha avuto l'obiettivo di permettere ad ognuna di riconoscere le proprie traiettorie di lavoro nella malattia e sulla malattia, mettendo in luce le tensioni tra la nuova disciplina del corpo e le abitudini consolidate. Da qui cerchiamo di leggere reciprocamente l'*agency* dell'ammalata che cerca di valutare giorno per giorno l'impegno nel reinterpretare la sua biografia nella direzione della “buona salute”. L'attenzione alla centralità del lavoro su di sé, nella gestione del proprio esser malate e nella riorganizzazione della vita quotidiana, è assunta dall'Autrice per interpretare sia la ridefinizione – talvolta illusoria, talvolta “vincente” – dei percorsi biografici individuali sia i processi di attivazione del gruppo di cui essa stessa fa parte. Dall'incontro possibile tra i due piani deriva l'ipotesi di poter sviluppare nel corso della ricerca una *lay expertise* (Prior 2003) critica e collettiva, da intendere come voce non occasionale dell'esperienza della malattia (nel senso di *experiential knowledge*) integrabile anche nelle pratiche mediche (Olson *et alii* 2016) ⁹.

4.«Come se la cava con la dieta?». *Sazietà, eccesso e abbondanza*

All'inizio, una domanda casuale sollecita la conversazione a due su dieta e cucina, facile da condurre in un ambulatorio medico durante l'attesa. Sfiando appena la malattia, si parla di ciò che si mangia, di ciò che piace, di ciò che si cucina e di ciò che si acquista, generalmente in quest'ordine:

da qui si sconfinava sulla famiglia, sui gusti familiari che un tempo sembravano meno differenziati, e sugli aggiustamenti attuali dei pasti comuni. Tutte affermano di mantenere senza eccessive difficoltà le indicazioni sulle restrizioni alimentari, date a suo tempo dal medico. Oggi, una dieta liberalizzata, che deve restare sobria, pare inglobata nella cucina consueta. Così sembra all'inizio delle conversazioni, dalle quali tuttavia emergono le tensioni per una sorveglianza costante e gli sforzi per mantenere una traiettoria autoimposta, per "stare alle regole".

La prima risposta è quasi sempre auto-rassicurante, seguita da un bricolage di discorsi sui piccoli trucchi per difendere il proprio stile di cucinare e il gusto di mangiar bene.

Ora mi sento bene, ora gli esami vanno bene (Ester, 65 anni).

Ho avuto periodi peggiori. La malattia credo che vada avanti [...] ora mi difendo abbastanza (Amalia, 75 anni).

Nelle forme elementari del quotidiano, come in quelle dell'alimentazione (Warde 2016), si compenetrano aspetti del cibo, delle relazioni primarie e delle condizioni generali di salute.

Stare alle regole sembra facile, ma si deve sempre pensare a cosa mangiare, a cosa c'è in frigo, se va bene per me [...] e per gli altri, se capita un figlio o il nipote [...] (Giovanna, 70 anni).

Mi sono fatta una tabella settimanale: sto attenta a cosa mangio e a risparmiare tempo (Sara, 69 anni). Sono abituata a chiedermi ogni giorno se ce la sto facendo [...] non voglio peggiorare (l'A., Franca, 68 anni).

Me la cavo bene, ma si mangia anche male a volte. Ora sto bene e non voglio ricascarci (Giulia, 68 anni). Ci penso la notte a cosa mangerò il giorno dopo, a cosa fare per mio figlio [...] e anche se avrò tempo per comprare quello che manca (Virginia, 75 anni).

La focalizzazione sullo stato del corpo costituisce un'inversione cruciale rispetto alla precedente vita: dal vivere senza pensare al corpo, al vivere per il corpo. Una "scelta" diversa da quella di chi segue un regime alimentare per ragioni estetiche, per decisione morale, per ricerca di gusti alternativi o di stili di semplicità alimentare (Paddock 2015). Nel nostro caso ci si misura con uno stato liminale permanente, tra azioni di sorveglianza della salute e attenzione verso alcune probabilità più note di insorgenza di patologie collegate al diabete 2. Anche le più giovani del gruppo esplicitano la "scoperta" della malattia come apertura improvvisa dell'orizzonte della vecchiaia. Corpo e cibo rap-

presentano l'intreccio non eludibile tra la dimensione biologica: «vorrei un corpo sano e un cibo più naturale possibile (Giulia)», e quella culturale: «non posso mangiare qualsiasi cosa solo perché mi fa bene (Franca)». Almeno nei primi contatti in sala d'aspetto, il dover vivere per il corpo appare presente per tutte, in maniera acuta e ambivalente. Le domande rivolte a se stesse, per disabituarsi alla precedente "vita sazia", da abbandonare nella ricerca di una dieta "appropriata" rispetto alla malattia, e "buona" in base ai propri gusti, indicano due strade da combinare per trovare una "dieta fatta su misura". Si lavora per la riappropriazione del corpo fisico, negletto per molto tempo, e per una nuova libertà di vivere il piacere del cibo, a cui si era diversamente abituate. Sono i due aspetti della lotta contro la precedente ricerca di sazietà che ora sappiamo malata. Oggi non possiamo approfittare dell'abbondanza di cibo che potremmo permetterci e la soddisfazione per la migliore qualità non compensa sempre i limiti imposti dalla sobrietà.

Sazietà, eccesso e abbondanza sono parole che risuonano diversamente lungo il percorso biografico. Si tratta di quasi due generazioni sociali: nessuna ha vissuto la fame, ma le più anziane del gruppo ricordano la scarsità di cibo o la frugalità obbligata, mentre le più giovani idealizzano un'infanzia di sobrietà alimentare. Da adulte abbiamo vissuto felicemente l'abbondanza e la crescente disponibilità di cibo industriale. Tuttavia oggi l'abbondanza disponibile si dimostra pericolosa: sono in agguato costante la sazietà, spia del possibile star male, e l'eccesso di peso, una soglia di rischio grave. Fino alla scoperta della malattia, "eccesso" ha avuto due significati: la normalità del gustare a proprio piacere l'abbondanza a tavola, e una lotta impari, vissuta prevalentemente per ragioni estetiche, inseguendo diete incongrue quanto inefficaci. Oggi gli eccessi di cibo costituiscono un terreno di sfida per la sobrietà alimentare, per mantenere il "giusto peso". La sazietà è stata ed è un sintomo, mentre abituarsi a sentire la fame è un'iperbole del mantenimento dell'asticella della dieta. Il ricordo, o il ritorno, della sensazione di «sentirsi sempre piena (Ester)» rimanda a una percezione di disagio, ignorata per molti anni. Tuttavia riaffiora anche la nostalgia di un rapporto col cibo «libero e esagerato (Franca)», avendo costruito i propri gusti sull'abbondanza alimentare e sulle possibilità economiche, assecondando un desiderio venefico.

È dal connubio tra malattia e nostalgia che emerge una resipiscenza morale allargata al mondo degli "altri". Due delle donne del gruppo ci tengono a sottolineare che «mangiare sano è anche giusto: (Giulia)», e «tutti dovrebbero limitarsi, non solo per la salute ma anche per gli altri (Giovanna)».

Oppure, Sara: «tutti dovrebbero essere educati a mangiare sano: non è un problema di soldi».

Al di sotto della sobrietà guadagnata si affaccia la distinzione di ceti/classe.

5. Dieta, famiglia, tempi e gusti

Un'altra lotta riguarda i tempi di vita: vivere per il corpo (quasi) sano significa passare più tempo a scegliere il cibo, a cucinarlo, a mangiarlo. Questa cornice del lavoro sulla malattia è per alcune un letto di Procuste, in particolare per chi aveva allentato da alcuni anni il cucinare come lavoro di cura per la famiglia. Davanti alle altre, l'Autrice giustifica con gli impegni professionali le sue resistenze alla «perdita di tempo»; le più anziane, e anche le casalinghe, tendono a sottolineare più sinceramente: «si perde anche il gusto di cucinare (Virginia)», «si ritorna a quando c'erano i bambini piccoli (Giovanna)». Lo stress di ripensarsi e riorganizzarsi non è salutare (Rock 2003). Da una prospettiva temporale e relazionale ho sollecitato il gruppo a considerare le traiettorie personali di *illness work at home* attraverso tre tipologie di attività intenzionali in cui possono prodursi aspetti di *experiential knowledge* e *lay expertise*, che potrebbero contribuire alla comprensione e gestione della malattia (Campbell *et alii* 2003; Carter *et alii* 2013). Il lavoro di autoeducazione dietetica e culinaria, quello per la riconfigurazione della vita quotidiana e, nell'insieme, la ridefinizione della propria biografia, sono legati tra loro da un lavoro emotivo complesso: integrati nel racconto, suggeriscono anche forme di autovalorizzazione rispetto al senso di perdita di sé (Charmaz 1983). Per donne di queste età, socializzate a emozioni prescritte (*feeling rules*) (Hochschild 1979), cibo significa *doing food for family*, su tutto il fronte, dalla spesa alla convivialità. La gestione della malattia cronica problematizza il modello. Resta l'attenzione alle relazioni primarie e al cibo per i familiari, ma con un ordine gerarchico che dovrebbe essere invertito: prima di tutto l'attenzione al cibo per se stesse. Con i familiari più stretti il cambiamento deve esplicitarsi, ma può anche in parte mascherarsi. Il mantenimento delle ritualità conviviali, quotidiane e festive, e la difesa dello stile alimentare e del gusto dei familiari diventano più difficili ma restano rilevanti, qualunque sia il modello della propria dieta: di «conversione», di privazione, di eccezione. Si tratta di tre etichette proposte dall'Autrice in base alla rilettura degli appunti delle conversazioni. A partire da espressioni del tipo «la mia vita ora è tutt'altro (Sara)», «dobbiamo inventarci ogni mattina un modo tutto diverso di mangiare (Ester)», tutte avevano raccontato il trauma iniziale dell'obbligo

improvviso di un cambiamento radicale di dieta, che costringeva a mangiar «male» rispetto a sapori, odori, e spuntini abituali, come pure le difficoltà degli adattamenti. Inizialmente le etichette hanno permesso di circoscrivere le reciproche descrizioni in maniera provvisoria; man mano che cresceva la confidenza reciproca, è stato possibile definirne i contenuti per comparare i comportamenti adottati. Abbiamo verificato come il riferimento alle comuni raccomandazioni dietetiche restrittive costituisca un punto di convergenza per distinguere tra l'una e l'altra situazione. La ri-conversione di fatto portava a una conversione consapevole: venivano cercate ricette di cibi «buoni», su una base culinaria quasi del tutto opposta a quella finora seguita. Gli aspetti obiettivi della ri-conversione obbligata sono stati trasferiti con fatica in una dietetica di salvezza dai gusti accettabili, man mano conciliati col diritto soggettivo al piacere del cibo. Tuttavia, di fronte agli eccessi di offerta di cibi e di prodotti non permessi o rischiosi, l'esperienza di una dietetica di restrizioni alimentari lascia sempre spazio alla concessione di qualche «eccezione», prevista con moderazione anche dal medico curante: da cui il ritorno successivo a restrizioni rigide e anche prolungate, che si configurano come «privazioni». Poiché stiamo parlando di processi di gestione di una dieta legata a una malattia non superabile, di ammalate che provengono da storie e tradizioni culinarie differenti, e di costellazioni e relazioni familiari diverse le etichette sono usate soprattutto per raccontare il rapporto tra modi di cucinare e aggiustamenti anche temporali nel mangiare sano e possibilmente «di gusto». Riconoscersi in un'etichetta prevalente è stato un modo per segnare le discontinuità nella propria gestione della malattia. Rispetto ai familiari conviventi, le etichette fungono sia da rappresentazioni di sé rispetto alle coerenze e incoerenze dietetiche visibili sia come tentativi di imporre loro una tendenziale «conversione» a una dieta sana anche se differenziata in base ai gusti individuali, magari per semplificare l'impegno in cucina. Se conversione-privazione hanno forzatamente caratterizzato la fase iniziale e acuta della malattia, quale modello prevale oggi? Chi vive da sola tende ad oscillare tra privazione ed eccezione, con poca felicità e con la consapevolezza di assumere «troppo rischio tutti i giorni (Amalia)». Per tutte, comunque, il *timing* settimanale della spesa non comprende solo la famiglia di convivenza. In generale, l'orientamento a una dieta di conversione, idealmente preferita, dipende dalle capacità di far convergere almeno in parte i gusti dei familiari, anche nella mensa domenicale:

Tutti alla fine mi hanno seguita [...] ho convertito anche le amiche [...] a lui lascio i formaggi e

per i nipoti faccio sempre delle belle torte (Sara).

Sono d'aiuto il nipote quasi vegetariano, una nuora che sceglie il cibo a kilometro zero, un marito ansioso per la sua stessa salute. Se la privazione ripete l'etica del sacrificio per la famiglia «tengo la mia dieta quando sono da sola, gli altri giorni [...] per me taglio al massimo [...] continuo a farli contenti (Giovanna)», l'eccezione si rappresenta come una sfida perché «cucino per la famiglia, come prima [...] se sto bene mangio quello che voglio, quando lo decido io (Virginia)». Tutti e due i casi mettono in evidenza un'asimmetria di genere, che appare anche tra le generazioni: «quando sto dietro al bambino, mangio male e sgarro di più (Ester)».

Tutte trovano difficoltà nelle cene in casa di amici e al ristorante:

Lo sanno, ma la cuoca vuol far bella figura con le amiche e i mariti (Virginia).

Lo dico, ma a volte se si chiede cosa c'è in certi piatti del menù, cercano di convincerti che va tutto bene (Franca).

C'è ancora un tabù e mi vergogno a dirlo (Giovanna).

A casa, in un pranzo familiare feriale, si maschera spesso la preparazione di due menù presentando più portate di verdure e insalate; nel pranzo festivo ci si concedono eccezioni soprattutto se concorre al pasto un piatto portato da parenti o amici. Nel gruppo, le differenti narrazioni su come viene mantenuto uno stile conviviale "forte", mettono in gioco il confronto sulle differenti cucine in cui alcune si dimostrano "maestre", anche di riconversione:

...che tutti mangino bene come prima, quando cucino io (Amalia).

L'utilità delle tipologie di comportamento alimentare si è arenata qui, con il rischio di aprire una gara di ricette: un percorso possibile per altre *expertise* rispetto a quelle dell'Autrice. A questo punto sono stati ripresi alcuni spunti di confronto sulla Dieta Mediterranea.

6. Cucina abbandonata, cucine reinventate.

Il "gioco" della piramide alimentare mediterranea

Le ricette sono emerse come esemplificazioni, reiterate in ogni fase dell'etnografia: ricette abbandonate e ricette reinventate, ricette mascherate all'occhio dei familiari, ricette esplorate attraverso i *social media* e le guide del "mangiar sano" per diabetici. Il ritorno alla cucina sana e buona del passato è stato

un ritornello che metteva in sordina due scenari più reali: quello personale dell'eccesso venefico di ieri, e quello sociale dell'abbondanza. Come se la malattia di oggi fosse dovuta esclusivamente alla cattiva qualità del cibo, e come se la sobrietà si potesse ritrovare nei gusti dell'infanzia. Questa equazione, oramai impossibile, resta nell'immaginario di ceto per chi può permettersi il costo economico delle garanzie di qualità: «spendo di più dal fruttivendolo e molto meno dal macellaio (Ester)», e «l'olio d'oliva buono bisogna pagarlo caro anche da chi lo produce (Giovanna)». La qualità alimentare è riconosciuta come frutto di una selezione dei prodotti, costosa anche economicamente (Marcy *et alii* 2001), come lo è la differenziazione della spesa alimentare, per sé «per mangiar buono nonostante il diabete (Sara)» e per i familiari. La discussione sulla cucina abbandonata, e sulle reinvenzioni semplificate dei piatti preferiti, allontanava dal confronto sulle combinazioni alimentari sane, sobrie e realmente perseguite. Ripartendo dalle privazioni necessarie, mettendo da parte gli alimenti e le cotture proibite, il burro e i soffritti, diminuendo drasticamente i formaggi [...] con la mediazione della montagna ci siamo incamminate verso Nord Est, alla ricerca di una dieta mediterranea ridefinita da noi stesse:

Quella che si salva di più è la cucina di montagna, con i cavoli e le erbe (Ester).

È quasi una dieta mediterranea? (Franca).

Impossibile: prendi l'olio d'oliva di qui e il pane scuro di là [...] (Giulia).

In montagna c'è anche il pesce [...] e bisogna camminare (Ester).

Lasciandoci alle spalle la cucina bolognese, leader dell'abbondanza succulenta (Harper, Faccioli 2009), abbiamo esplorato alcuni grafi delle "piramidi alimentari salubri", consapevoli che i miti si attualizzano con pratiche manipolatorie. Il "gioco" della piramide alimentare, sulla falsariga dell'uso di vignette nella ricerca qualitativa, è stato utile a orientare il discorso dalle ricette agli alimenti, dalle memorie delle cucine familiari alle selezioni fatte e da fare. Quale piramide scegliere? Il gruppo si è focalizzato sulla piramide alimentare Mediterranea per "uno stile di vita quotidiano" (Fundacion Dieta Mediterranea 2010), risultato di molti anni di dibattiti scientifici e politici, e sulla piramide transculturale appena presentata dalla Società Italiana di Pediatria (SIP giugno 2015), che è apparsa "molto affidabile" a tutte, perché «pediatri e bambini vanno d'accordo, mi pare (Franca)». La discussione, a partire da esempi di scelte personali confrontate con i due grafi, ha messo in luce come la piramide alimentare della salute non sia più mediterranea,

aprendosi sia a gusti e usi nord-occidentali sia a dimensioni globali, forse un po' esotizzanti. Dal gruppo emergono capacità (e fantasie) per utilizzare un prototipo medico trasferendolo nelle cucine personali, «come estratto da usare [...] perché se si vuole c'è la base delle nostre cucine (Amalia)», o almeno di alcune cucine italiane e di alcuni modi di cucinare. Si giudicano anche i limiti dei trapianti medico-culturali: valutati dagli esperti in base a parametri di qualità degli alimenti considerati oggettivi, spesso non tengono conto delle differenze di contesto socio-geografico, di classe sociale e di genere che performano i gusti.

La piramide dei pediatri fa emergere, nel gruppo, anche i pregiudizi alimentari:

Del cous cous posso farne a meno (Ester).

Alla quinoa preferisco i nostri semi (Sara).

Il pane nero per i toscani voleva dire fame nera (Franca).

La polenta si può mangiare solo d'inverno (Giovanna).

Fagioli e lenticchie [...] non siamo più abituate (Amalia).

Tuttavia, l'accentuazione sul consumo preferibile di verdure, erbe e legumi, conditi con (poco) olio d'oliva, ricomponete esperienze comuni, dal passato al presente (Perco 2013), e dà anche la parola a chi sostiene «sto bene a esser diventata un po' vegetariana, anche nella testa (Giovanna)», o racconta «alla fine si diventa vegetariani per forza [...] non tornerei alla dieta carne e carne, formaggi e salumi [...] (Virginia)». La ricerca di sobrietà di malate croniche fa incontrare passato e futuro?

7. Conclusioni

Il percorso etnografico e auto-etnografico non finisce con il “gioco” della piramide, anche se il nostro racconto termina qui. Forse la mediterraneità emerge nella sovversione culturale delle gerarchie di gusto tra crudo (o semi-crudo) e cotto, mentre la prevalenza del regno vegetale su quello animale fa incontrare il mediterraneo e la montagna, e fa riflettere – come onnivori ancora molto carnivori – sul rapporto infelice tra abbondanza di cibo e sazietà malata. La Dieta Mediterranea può venir considerata un modello salutare, e una metafora medico-sociale abbastanza appropriata, per sostenere pratiche alimentari di sobrietà, non solo per diabetici? Le malate impegnate per questa narrazione se lo sono chiesto rappresentandosi un'illusione praticata di vita sana, in cui le strategie per un'alimentazione adeguata e per una dieta su misura si confrontano con i rischi per la sa-

lute e le discontinuità biografiche. Adeguatezza e misura sono restate difficili da definire perché i processi di riorientamento biografico si svolgono nel contesto dell'incertezza non risolvibile di una malattia cronica, e il lavoro su di sé è impegnato in una tensione continua per dis-incorporare gli eccessi e ricodificare il corpo. Inoltre, partendo dai costi della spesa quotidiana, i limiti sociali del racconto sono palesi, oltre il caso specifico. Le qualificazioni di “sobria, parca, povera”, riferite alla dieta e alla cucina, definiscono gusti e buon gusto, mettendo tra parentesi disuguaglianze e conflitti sottesi ai regimi alimentari. La “vita sobria”, dai presocratici a Ancel Keys, passando per Alvisè Cornaro (*De Vita Sobria*, dal 1558 più volte ristampato), è restata nel tempo un ideale di ceto che prescrive, pur con prospettive differenti, pratiche individuali e visioni collettive di una possibile convergenza tra virtù e felicità (Sepúlveda, Petrini 2014; Moro, Niola 2017). Nell'esperienza della malattia, tocca di trasformare la virtù della sobrietà, obbligata dalle restrizioni alimentari, in... felicità sobria.

Note

¹ La ricerca si è svolta nel periodo marzo-novembre 2015, a circa un anno e mezzo di distanza dalla mia scoperta della malattia. Ha coinvolto 7 donne, compresa l'Autrice, di età tra 65 e 75 anni, residenti in Veneto, di ceto medio urbano. Dopo un primo invito, 5 dei 6 incontri si sono svolti nella saletta di un caffè vicino all'ambulatorio del medico di base, l'ultimo nella cucina di Amalia. La riservatezza sugli aspetti strettamente medici della propria salute – un patto iniziale proposto dall'Autrice – ha impedito di affrontare direttamente temi che esulano dall'alimentazione. Nessuna era o era stata obesa, nessuna al momento assumeva insulina; almeno le due più anziane avevano alle spalle diversi anni di gestione del diabete 2. Tre donne, già impiegate, sono pensionate; due sono casalinghe; due, inclusa l'Autrice, sono insegnanti laureate. Quattro vivono in una coppia eterosessuale, una vedova e una divorziata vivono sole, una vedova vive con un figlio divorziato. Tutte hanno avuto figli (da uno a tre); quattro si sono occupate dei nipoti non conviventi e due lo fanno ancor oggi. Due sono originarie rispettivamente della Toscana e della Puglia, una delle venete è originaria da una zona montana; nessuna è originaria di aree costiere. Le ri-classificazioni di patologie specifiche hanno definito, nel tempo, tra le “malattie croniche non trasmissibili”, anche la quasi-epidemia del diabete dei “vecchi”. Per la medicina siamo “anziane malate” di diabete 2. L'etichetta può non coincidere con la nostra percezione.

² «Patients with chronic conditions make day-to-day decisions about self-manage their illnesses. This reality introduces a new chronic disease paradigm: the patient-professional partnership, involving collaborative care and self-management education»: (Bodenheimer *et alii* 2002: 2469). In Italia questo approccio viene prevalentemente interpretato, da medici e dietisti, in una direzione *top-down*. Il paziente riceve linee di condotta a cui deve cercare di conformarsi responsabilmente, aderendo agli a priori culturali sul cibo impliciti nel discorso di chi lo cura.

³ Nell'articolo l'uso delle lettere maiuscole (D e M) per indicare la letteratura medica della dietetica mediterranea è un artificio per segnalare al lettore confini e sconfinamenti dal campo del mio discorso. La bibliografia della letteratura medica della Dieta Mediterranea, analizzata per altri scritti, qui è ridotta per ragioni di spazio ma considera anche nuove fonti. Essa si basa su una selezione di articoli scientifici prevalentemente di lingua inglese, con attenzione agli aspetti storici iniziali, alle meta-analisi che coinvolgono dimensioni socio-culturali, ai repertori di raccomandazioni accreditate. Le "piramidi alimentari" sono state scelte tra quelle di fonte scientifica veicolate dalla medicina italiana. L'analisi di altri percorsi (dalla patrimonializzazione, all'Expo, alle forme di divulgazione medica e di mercato) sarebbe rilevante per le connessioni con le narrazioni della ricerca medica.

⁴ Nel 1996, la riflessione storico-antropologica di Claude Fischler mette in guardia dai miti – e dai substrati ideologici – sull'unità spazio-temporale della dietetica mediterranea, e dalle sue rappresentazioni culturali di tipo greco-romano e occidentale che si richiamerebbero in maniera non pertinente a Braudel. Inoltre Fischler, pur riconoscendo gli effetti genericamente positivi sulla salute della Dieta Mediterranea medica (che ipotizza come caso di *serendipity*) porta un'attenzione critica sui limiti delle sue generalizzazioni rappresentate anche dal percorso di patrimonializzazione e dalla piramide salubre di Willet (1995).

⁵ "Senso comune" viene qui usato come modalità del conoscere ordinario, derivato dalle pratiche di vita quotidiana, secondo la tradizione della sociologia fenomenologica. L'agente riflessivo, e chi fa ricerca, sottopongono tali forme di conoscenza al dubbio, pur riconoscendone la valenza sociale e relazionale.

⁶ In Italia, Roberta Sassatelli (Sassatelli *et alii* 2015) ha aperto interessanti piste di riflessione su genere e cibo nella sociologia dei consumi. Sarebbe molto utile un dibattito tra sociologi e antropologi, già aperto in area francofona (Fournier *et alii* 2015). Le ricerche antropologiche, di Carol Counihan sulla cucina toscana (2004) e di Rachel Black sul mercato torinese di Porta Palazzo (2012), costituiscono un riferimento metodologico e teorico importante.

⁷ «Changes intergenerational and gender relations, the role of women in society and interrelations with the rest of the world (tourism and migrations) are having erosive effects on lifestyles and, consequently, on the increasing westernization of food consumption patterns in the Mediterranean area. These changes are influenced to a large extent by urbanization, organization of working time, growing participation of women in economic life, fewer household members, fewer generations living together, a surge of supermarkets, and a dissocialized collective environment» (Dernini, Berry 2016: 36).

⁸ Ulrike Thoms (2010), in *From Migrant Food to Lifestyle Cooking: The Career of Italian Cuisine in Europe*, fa risalire la valorizzazione della cucina degli immigrati meridionali in Germania al periodo tra le due guerre mondiali, a seguito della scoperta delle vitamine e dei rischi di salute dovuti al cibo ricco di grassi animali. Dal Nord Europa, lo stile alimentare delle classi lavoratrici del Sud d'Italia emergerebbe anche prima della scoperta o invenzione di Ancel Keys. In maniera sommersa, anche la dietetica medica influenza la diffusione di una nicchia di gusto mediterraneo, che nel secondo dopoguerra attirerà i turisti alla ricerca del sole, del mare e dell'autenticità dei contesti di vita. Nella ridefinizione culturalizzata del "sano e buono naturale", le due narrazioni, quella medica e quella turistica, intrecciano, attorno al confronto tra *hexis* corporali moderne e premoderne, un racconto di *Grand Tour* assieme post-coloniale e neo-coloniale.

⁹ *Illness work* e *lay expertise* sono due concetti derivati dalla sociologia della salute e dal dibattito del *counseling* psicologico in campo medico. Il primo accoglie un approccio relazionale e partecipativo di superamento del modello funzionalista di adattamento del "paziente" alle regole mediche (Wuest *et alii* 2002). L'attenzione alla relazione, e alla cura come co-costruzione sociale, permea anche il concetto multidimensionale di *lay expertise*: l'esperienza degli ammalati, dei loro familiari, delle associazioni no-profit, e la riflessione critica proveniente da ambiti professionali non-medici, possono venir valutate e assunte dai medici per implementare le loro stesse capacità di comprendere e curare. Nel caso di questa ricerca, la *lay expertise* si sviluppa attraverso le sollecitazioni reciproche a raccontare i nessi tra cibo e salute messi in pratica nella dietetica quotidiana. Si tratta di un processo di *experiential knowledge* simile a quello dei gruppi di auto-aiuto. Tuttavia, le valutazioni sull'appropriatezza della dieta per la salute sono emerse da esempi riferiti al cibo e al cucinare, lasciando nell'ombra le contingenze personali della malattia. Le singole ammalate potrebbero essersi confrontate col proprio medico, ma ciò non è emerso nel gruppo. L'aspetto rischioso del *self management* solitario, nella debolezza di una medicina dialogica, è evidente.

Riferimenti bibliografici

Adams E.T. *et alii*2015 *Autoethnography. Understanding Qualitative Research*, Oxford, Oxford University Press.

Armstrong D.

2013 «Chronic Illness: A Revisionist Account», in *Sociology of Health & Illness*, 10, XX: 1-13.

Bimbi F.

2015 «Cibo, genere e famiglie nelle transizioni alimentari italiane. Scenari delle narrazioni della Dieta Mediterranea», in Piaia G. e Zago G. (a cura di), *Pensiero e Formazione*, Cleup, Padova: 557-571.2016 «From Unhealthy Satiety to Health-oriented Eating. Narratives of the Mediterranean Diet: Managing a Chronic Illness», in Segal T. M., Demos V. (eds), *Gender and Food: From Production to Consumption and After*, Advances in Gender Research, Emerald Group Publishing, UK, 22: 89-115.

Black R.E.

2012 *Porta Palazzo. The Anthropology of an Italian Market*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.Bodenheimer T. *et alii*2002 «Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care», in *JAMA (Journal of American Medical Association)*, 288,19: 2469-2475 <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/19/2469>.

Bourdieu P.

1983 [1979] *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna.1986 «L'illusion biographique», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, XII, 62-63: 69-72.
2005 [2004] *Questa non è un'autobiografia. Elementi per un'autoanalisi*, Feltrinelli, Milano.Browne J. L. *et alii*2013 «'I call it the blame and shame disease': A Qualitative Study about Perceptions of Social Stigma Surrounding Type 2 Diabetes», in *British Medical Journal, BMJ Open*, 3, e003384: 1-10.

Bury M. R.

1982 «Chronic Illness as Biographical Disruption», in *Sociology of Health & Illness*, 2, 4: 167-182.Campbell R. *et alii*2003 «Evaluating Meta-ethnography: a Synthesis of Qualitative Research on Lay Experiences of Diabetes and Diabetes Care», in *Social Science & Medicine*, 56: 671-684.Capone R. *et alii*2014 «Mediterranean Food Consumption Patterns Sustainability: Setting Up a Common Ground for Future Research and Action», in *American Journal of Nutrition and Food Science*, 1, 2: 37-52.

Carter P.

2013 «Mobilising the Experiential Knowledge of Clinicians, Patients and Carers for Applied Healthcare Research», in *Contemporary Social Science, Journal of the Academy of Social Sciences*, 8, 3: 307-320.

Charmaz K.

1983 «Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill», in *Sociology of Health and Illness*, 5:168-195.

Clifford J., Marcus E. G. (eds)

1992 *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*, University of California Press, Berkeley.

Cockerham W.C.

2013 «Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory», in W.C. Cockerham (ed), *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, Springer, Dordrecht: 127-154.

Corbin, J., Strauss, A.

1985 «Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work», in *Qualitative Sociology*, 8, 3: 224-247.

Counihan C.

1999 *The Anthropology of Food and Body: Gender, Meaning, and Power*, Routledge, New York, NY.2004 *Around the Tuscan Table. Food, Family, and Gender in Twentieth-Century Florence*, Routledge, London.Davis C. *et alii*2015 «Definition of the Mediterranean Diet: A Literature Review», in *Nutrients*, 7: 9139-9153.

Dernini S., Berry E.M.

2016 «Historical and Behavioral Perspectives of the Mediterranean Diet», in D.F. Romagnolo, O. Selmin (eds) *Mediterranean Diet. Dietary Guidelines and Impact on Health and Disease*, Humana Press-Springer International Publishing, Switzerland: 29-41.

Ferzacca S.

2012 «Diabetes and Culture», in *Annual Review of Anthropology*, 41: 411-426.

Fischler C.

1996 «Pensée magique et utopie dans la science. De

- l'incorporation à la diète méditerranéenne», in *Cahiers del'Ocha*, 5:1-17.
- Fournier T. *et alii*
 2015 «L'alimentation, arme du genre », *Journal des anthropologues*, 140-141: 19-49.
- Fundacion Dieta Mediterranea
 2010 *Piramide alimentare Mediterranea. Linee guida per la popolazione adulta* http://mediterradiet.org/dietamed/piramide_ITALIANO.pdf.
- Gomersall T. *et alii*
 2011 «A Metasynthesis of the Self-management of Type 2 Diabetes», in *Qualitative Health Research*, 6, 21: 853-871.
- Harper D., Faccioli P.
 2009 *The Italian Way. Food & Social life*, The University of Chicago Press, Chicago-London.
- Hochschild A.
 1979 «Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure» in *American Journal of Sociology*, 3, 85: 551-575.
- Kastorini C.M., Panagiotakos D.B.
 2010 «Mediterranean Diet and Diabetes Prevention: Myth or Fact?», in *World Journal of Diabetes*, July 15, 1,3 : 65-67.
- Keys A. (ed.)
 1970 «Coronary Heart Disease in Seven Countries», in *Circulation*, 41,4: 1-200.
- Kromhout, D. *et alii* (eds)
 1994 *The Seven Countries Study: A Scientific Adventure in Cardiovascular Disease Epidemiology*, Brouwer Offset b.v, Utrecht.
- La Banca D.
 2011 «L'attenzione per la salute delle donne: un interesse recente», in *Medicina & Storia*, IX, 17-18: 45-64.
- Marcy R.T. *et alii*
 2011 «Identification of Barriers to Appropriate Dietary Behavior in Low-Income Patients with Type 2 Diabetes Mellitus», in *Diabetes Therapy*, 2,1: 9-19.
- Mauricio D. (ed.)
 2016 *Molecular Nutrition and Diabetes*, Elsevier, London.
- Moro E.
 2014 *La dieta Mediterranea: mito e storia di uno stile di vita*, Il Mulino, Bologna.
- 2016 «La Dieta mediterranea UNESCO. Un modello di sviluppo sostenibile tra mito e realtà», in *La-bor-est* 12:17-24.
- Moro E., Niola M.
 2017 *Andare per i luoghi della dieta mediterranea*, Il Mulino, Bologna.
- Nash J.
 2013 «The Type 2 Diabetes Crisis: Is Emotional Eating the Missing Link?», in *Journal of Diabetes Nursing* 17: 126-34.
- Olson K. *et alii* (eds)
 2016 *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice*, Springer, New York, NY.
- Paddock J.
 2015 «Invoking Simplicity: 'Alternative' Food and the Reinvention of Distinction», in *Sociologia Ruralis*, 55: 22-40.
- Perco D.
 2013 *Sapori selvatici*, in Da Deppo I. *et alii*, *Montagne di cibo. Studi e ricerche in terra bellunese*, Provincia di Belluno, Belluno: 241-296.
- Prior L.
 2003 «Belief, Knowledge and Expertise: The Emergence of the Lay Expert in Medical Sociology», in *Sociology of Health and Illness*, 25: 41-57.
- Rock M.
 2003 «Sweet Blood and Social Suffering; Rethinking Cause-effect Relationships in Diabetes, Distress and Duress», in *Medical Anthropology*, 22,2: 131-174.
- Sassatelli R. *et alii*
 2015 *Fronteggiare la crisi. Come cambia lo stile di vita del ceto medio*, Il Mulino, Bologna.
- Scott W. J.
 1991 «The Evidence of Experience», in *Critical Inquiry*, Summer, 17, 4: 773-797.
- Sepúlveda L., Petrini C.
 2014 *Un'idea di felicità*, Guanda e Slow Food, Milano.
- SIP - Società Italiana di Pediatria
 2015 *La piramide alimentare transculturale. Uno strumento di educazione alimentare per tutti i bambini sin dall'età pediatrica* https://www.sip.it/wp-content/uploads/2015/06/piramide-alimentare-transculturale_HD-2.jpg
- Thoms U.
 2010 «From Migrant Food to Lifestyle Cooking: The

Career of Italian Cuisine in Europe», in *European History Online (EGO)*, The Institute for European History (IEG), Mainz Dec 03, 2010, online under: <http://ieg-ego.eu/en/threads/europe-on-the-road/economic-migration/ulrike-thoms-from-migrant-food-to-lifestyle-cooking-the-career-of-italian-cuisine-in-europe>

Warde A.

2016 *The Practice of Eating*, Cambridge, Polity Press.

Willett W. *et alii*

1995 «Mediterranean Diet Pyramid: A Cultural Model for Healthy Eating», in *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 6:1402S-1406S.

Williams S. J.

2000 «Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness?», in *Sociology of Health & Illness*, 1, 22: 40-67.

Wuest J. *et alii*

2002 «Illuminating Social Determinants of Women's Health Using Grounded Theory», in *Health Care for Women International*, 23: 794-808.

Young I. M.

2005 *On Female Body Experience: "Throwing like a Girl" and Other Essays*, Oxford University Press, Oxford.