

Cibo, stili di vita, salute

Un'indagine empirica
nel territorio della ASL di Reggio-Emilia

a cura di
Riccardo Prandini,
Gianluca Maestri, Andrea Bassi

VITE PARALLELE

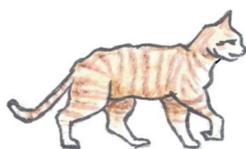
IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini

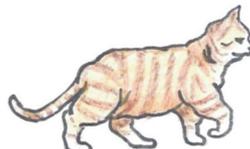


UNDERWEIGHT

AP



NORMAL WEIGHT



OBESITY

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana di Sociologia a cura di Riccardo Prandini

La società che generò come suo modo di auto-descrizione la sociologia – e che è poi diventata società moderna – sta mutando a ritmi così accelerati che è possibile prevederne solo l'imprevedibilità.

Al limite del pensabile esiste già una società mutagena, capace cioè di mutare i suoi stessi elementi costitutivi, in particolare gli esseri umani e le loro forme di comunicazione, sostituendoli con altro. Ma questa società – caratterizzata dalla potenza di un impianto tecno-scientifico pervasivo, dallo sviluppo accelerato dei nuovi media, dall'alba di una civiltà robotica assistita da forme di computazione artificiali, dalla reticolazione comunicativa del globo – convive con la persistenza e il ritorno di culture e modi di vita arcaici. È in questo unico globo – nebulizzato in molteplici e dissonanti di sfere di significato – in questa *unitas multiplex* confliggente, in questo poliedro complesso che coesistono le "Vite parallele".

Vite che scorrono indifferenti le une alle altre, che si sfiorano, si scontrano, si ibridano, convivono, si arricchiscono, si eliminano, si amano, generano nuova vita e morte. Vite incluse ed escluse nel sociale istituito; vite piene e vuote di significato; vite di scarto e d'abbondanza; vite culturalmente egemoni e subalterne; vite sane e malate; vite comunicanti e incomunicanti; vite abili e diversabili; vite che si nutrono di trascendenza e di immanenza; vite semplici e complesse; vite umane, disumane e post-umane; vite libere e schiave; vite in pace o in guerra; vite felici e infelici; vite naturali e artificiali, vite reali e virtuali, vite che abitano in un luogo o ovunque; vite connesse o sconnesse. Queste "Vite parallele" possono manifestarsi in spazi geopolitici diversi e separati, ma anche nello stesso spazio sociale, dentro a una sola a organizzazione, a una famiglia, a una stessa vita personale. Vite molteplici che non possono più fare affidamento su una sola definizione della realtà, da qualsiasi voce essa provenga. Ordini sociali che debbono fondarsi su una realtà fatta di possibilità e di contingenze, di livelli diversi che si intersecano, ibridano, intrecciano o che si dividono, fratturano e sfilacciano. Ordini che sono irritati costantemente dal disordine: ordini dove l'incontro può sempre trasformarsi in scontro e dove dagli scontri possono nascere costantemente incontri.

Queste “Vite parallele” necessitano di un nuovo modo di pensare il sociale, le sue linee di faglia, le sue pieghe, le sue catastrofi, i tumulti che fanno emergere nuove e inattese realtà. Una sociologia in cerca di una ontologia del sociale specifica; di metodi adatti per analizzarla e di teorie sufficientemente riflessive da comprendere se stesse come parte della realtà osservata. Una sociologia che sappia riacquisire uno spazio di visibilità nel dibattito pubblico, intervenendo con conoscenze solide, ma anche con riflessioni e proposte teoriche critiche e immaginative.

La Collana ospiterà saggi e ricerche che sapranno connettersi ai temi appena esplicitati, con particolare attenzione ai giovani ricercatori, ma anche a traduzioni di opere che siano di chiaro interesse per lo sviluppo del programma.

VITE PARALLELE

è una Collana diretta da Riccardo Prandini.

I testi sono sottoposti a una Peer Review double blind.

Comitato scientifico:

Maurizio Ambrosini (Università di Milano) - **Andrea Bassi** (Università di Bologna) - **Maurizio Bergamaschi** (Università di Bologna) - **Vando Borghi** (Università di Bologna) - **Paola Borgna** (Università di Torino) - **Matteo Bortolini** (Università di Padova) - **Alberto Cevolini** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Giancarlo Corsi** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Andrea Cossu** (Università di Trento) - **Luca Diotallevi** (Università di Roma Tre) - **Luca Fazzi** (Università di Trento) - **Rosangela Lodigiani** (Università Cattolica di Milano) - **Tito Marci** (Università di Roma, Sapienza) - **Luca Martignani** (Università di Bologna) - **Antonio Maturo** (Università di Bologna) - **Giorgio Osti** (Università di Trieste) - **Emmanuele Pavolini** (Università di Macerata) - **Luigi Pellizzoni** (Università di Pisa) - **Massimo Pendenza** (Università di Salerno) - **Luigi Tronca** (Università di Verona).

Cibo, stili di vita, salute

Un'indagine empirica
nel territorio della ASL di Reggio-Emilia

a cura di

Riccardo Prandini,

Gianluca Maestri, Andrea Bassi

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Co-creation of service innovation in Europe, (COSIE) finanziato nell'ambito del programma Horizon 2020 Grant Agreement number 770492.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 770492.

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Immagine di copertina di Marco Prandini

Riccardo Prandini, Gianluca Maestri, Andrea Bassi (a cura di), *Cibo, stili di vita, salute. Un'indagine empirica nel territorio della ASL di Reggio Emilia*, Milano: FrancoAngeli, 2021
Isbn: 9788835131083 (eBook)

La versione digitale del volume è pubblicata in Open Access sul sito www.francoangeli.it.

Copyright © 2021 Riccardo Prandini, Gianluca Maestri, Andrea Bassi. Pubblicato da FrancoAngeli srl, Milano, Italia, con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Bologna.

L'opera è realizzata con licenza Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). Tale licenza consente di condividere ogni parte dell'opera con ogni mezzo di comunicazione, su ogni supporto e in tutti i formati esistenti e sviluppati in futuro. Consente inoltre di modificare l'opera per qualsiasi scopo, anche commerciale, per tutta la durata della licenza concessa all'autore, purché ogni modifica apportata venga indicata e venga fornito un link alla licenza stessa.

Indice

Presentazione , di <i>Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri, Elena Macchioni e Giulia Ganugi</i>	pag.	9
1. Sovrappeso, obesità e obesità infantile. Un'introduzione "numerica" a una epidemia globale , di <i>Gianluca Maestri</i>	»	17
2. Il disegno della ricerca , di <i>Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri ed Elena Macchioni</i>	»	64
3. La filiera del cibo e del movimento: politiche urbane e salute pubblica nella città di Reggio Emilia , di <i>Giulia Ganugi e Giovanna Russo</i>	»	77
4. Tra prevenzione e promozione. Un'analisi dei programmi di contrasto dell'obesità in età pediatrica in Italia , di <i>Arianna Radin</i>	»	104
5. La cultura del cibo tra genitorialità e stili di vita. Legami e semantiche famigliari , di <i>Gianluca Maestri ed Elena Macchioni</i>	»	124
6. Innovation from within: il progetto GET – Gruppi di Educazione terapeutica della ASL di Reggio Emilia. Il punto di vista delle famiglie , di <i>Andrea Bassi, Sara Lo Scocco e Marta Fontana</i>	»	224
7. So che c'è una "scatola nera", ma non ne conosco i confini. Riflessioni sulla improbabilità dei servizi socio-sanitari: o della irriducibile complessità della società in cui viviamo (e che non capiamo) , di <i>Riccardo Prandini</i>	»	267

8. Salute, tecnologia e obesità. Un'analisi dei principali interventi , di <i>Veronica Moretti</i>	pag.	352
Appendice con allegati	»	371
Note biografiche sugli autori	»	395

La cultura del cibo tra genitorialità e stili di vita. Legami e semantiche familiari

di *Gianluca Maestri, Elena Macchioni*¹

1. Introduzione. Famiglie, culture del cibo e obesità infantile

Nella letteratura scientifica, così come all'interno di un numero consistente di politiche pubbliche internazionali, è largamente sostenuto che la causa dell'aumento dell'obesità infantile sia dovuta a un aumento sostanziale della quantità di alimenti zuccherati consumata dai bambini e a una diminuzione dell'attività fisica: tali fattori sono in stretta relazione con lo stile di vita familiare (Parsons *et al.* 1999). Mentre tali fattori sembrano contribuire con evidenza all'obesità infantile, oggi la ricerca è focalizzata sull'influenza che possono avere altri fattori su di essa, nonché sullo sviluppo dell'obesità nell'età adulta. Alcune delle aree attualmente in studio riguardano in particolare l'influenza sull'obesità infantile di fattori quali: la rappresentazione e la percezione familiare del cibo, il ruolo dell'attività fisica, il tipo di attività ricreative del bambino, lo stile di vita genitoriale e lo stress infantile, materno e familiare (Garaski *et al.* 2009; Ashcroft *et al.* 2008; Bronner, 1996; Birch *et al.* 2007). Inoltre, la ricerca ha esplorato l'impatto dell'ambiente familiare sui tassi di obesità (Kitzman, Dalton, Buscemi, 2008; O'Brien *et al.* 2007; Harrison *et al.* 2011; Gundersen *et al.* 2009).

All'interno di questo contributo, proponiamo un approfondimento di tali aspetti con l'obiettivo di individuare il filo rosso che lega le diverse relazioni fra i generi e le generazioni, gli stili di vita e le pratiche alimentari delle famiglie. In particolare, il nostro focus è rivolto a famiglie con figli in età scolare a cui è stata diagnosticata l'obesità infantile. L'esigenza di questo percorso di ricerca nasce all'interno del progetto europeo CoSIE – *Co-creation of Service Innovation in Europe* – dove il team dell'Ateneo di Bologna, ha sostenuto la creazione di un *pilot* in collaborazione con la ASL di Reggio Emilia e Lepida/Cup2000, per la realizzazione di una APP di promozione di

¹ Il capitolo è frutto di un'analisi condivisa. Al fine dei processi valutativi sono da attribuire a Gianluca Maestri i paragrafi 2, 3, 5, 6, e a Elena Macchioni i paragrafi 1, 4, 7, 8.

stili di vita sani rivolta ai genitori di bambini in sovrappeso e obesi. In questo ambito di lavoro, nel settembre del 2018, il gruppo di ricerca ha analizzato il progetto GET – *Gruppi di educazione terapeutica* per il trattamento dell'obesità infantile, un trial clinico randomizzato, finalizzato alla cura e al trattamento dei problemi di sovrappeso in età pediatrica². Il servizio ha evidenziato importanti criticità, in specifico un'elevata percentuale di abbandoni da parte delle famiglie (>50%). Gli esperti e i ricercatori hanno quindi deciso di avviare un progetto di ricerca che permettesse di indagare e comprendere le ragioni di questo tasso di abbandono.

1.1 Approcci e strumenti metodologici per uno studio esplorativo

La domanda di ricerca che ha guidato il nostro lavoro è relativa alla influenza che i significati del cibo, delle pratiche alimentari e degli stili di vita famigliari, esercitano sull'obesità infantile. In questo contesto, con stile di vita ci riferiamo alle abitudini e ai modelli di alimentazione, di attività fisica e di relazioni con le reti informali e formali (parentela, amici, scuola, mondo dello sport, mondo della sanità, ecc.) che i membri della famiglia (con figli minori in sovrappeso) elaborano e vivono quotidianamente. In particolare, abbiamo prestato molta attenzione al tema della trasmissione culturale delle abitudini alimentari e degli stili di vita, al fine di cercare di comprendere perché l'obesità infantile persiste e si trasmette maggiormente tra le famiglie con capitali socioeconomici medio-bassi. Per indagare questi elementi abbiamo scelto come oggetto di indagine la coppia genitoriale, al fine di far emergere le diverse posizioni, gli eventuali conflitti e l'articolazione dei ruoli, tutti aspetti che le statistiche nazionali e internazionali sull'obesità infantile faticano a evidenziare nella loro complessità e attraverso una prospettiva qualitativa.

Il nostro universo di riferimento ha coinciso con le famiglie seguite dal servizio GET, attivato dal reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Alle referenti del servizio è stato chiesto di selezionare 40 famiglie, di cui 20 famiglie in trattamento, 10 famiglie appartenenti al gruppo di controllo e 10 famiglie definite *drop*, ovvero famiglie inserite nel percorso GET che a un certo punto hanno deciso di abbandonarlo³. Il progetto GET coinvolge bambini e ragazzi in età pediatrica 0-14 anni, ma abbiamo chiesto che venissero selezionate soltanto famiglie con bambini di

² Il progetto nasce nel 2014 per superare i limiti che erano stati riscontrati rispetto a un servizio ospedaliero che prevedeva visite periodiche con il/la dietista condotte con un approccio medico basato sul singolo. Il GET è fondato su un approccio multi disciplinare (pediatria, psicologia e dietistica) che, uscendo dalle mura dell'ospedale, valorizza le dinamiche di gruppo e le relazioni familiari per promuovere stili di vita sani.

³ A questo proposito si rimanda ai capitoli 6 e 7 di questo volume.

età compresa fra i 6 e i 10 anni, per evitare che la presenza di famiglie con ragazzi preadolescenti aprisse alla possibilità di analizzare tematiche connesse alle transizioni evolutive, tipiche dell'età adolescenziale, e al problema dell'obesità. Poterci concentrare sulle *routine* e gli stili di vita di bambini che frequentano la scuola primaria ci ha permesso di ridurre la complessità di alcune variabili (ad esempio la gestione del pranzo durante la settimana quando i genitori sono a lavorare; le trasformazioni del corpo dovute all'età dello sviluppo, ecc.). L'indagine è cominciata in aprile e la parte di rilevazione si è chiusa nel settembre 2019⁴. Le famiglie sono state contattate telefonicamente dalla psicologa referente del servizio – che aveva una conoscenza diretta dei genitori e dei ragazzi – e dopo aver illustrato le finalità dell'indagine, ha chiesto loro la disponibilità a incontrare un/una ricercatore/ricercatrice per effettuare l'intervista. Questa si è svolta presso *Luoghi di Prevenzione*⁵ oppure presso il domicilio delle famiglie, a seconda della loro disponibilità. Per quanto riguarda i giorni e gli orari, sono stati rispettati quelli indicati dalle famiglie.

La ricerca è stata sviluppata grazie a interviste semi strutturate, di tipo diadico, rivolte a entrambi i genitori dei bambini protagonisti del progetto GET, intervistati in compresenza (*joint interview*). Lo strumento è stato utilizzato per far emergere gli aspetti legati ai significati del cibo, alle pratiche e agli stili di vita alimentari, cercando di analizzare come questi si strutturano e si ristrutturano nel contesto di vita dei bambini protagonisti del *trial*.

L'intervista diadica rappresenta una forma interattiva d'indagine in cui due partecipanti rispondono a domande aperte poste da un intervistatore (Morgan *et al.* 2013). La scelta di adottare una modalità di intervista di tipo diadico anziché individuale risiede nell'esigenza di voler esplorare in maniera più approfondita il tema oggetto di studio, avvalendosi del processo

⁴ Il campione di riferimento su cui abbiamo condotto l'analisi del contenuto ha riguardato 39 interviste diadiche di cui: 19 coppie di famiglie in trattamento; 5 coppie di famiglie che hanno abbandonato il percorso; 14 coppie di famiglie appartenenti al gruppo di controllo. I dati socio anagrafici raccolti in apertura di intervista ci dicono che tutte le coppie intervistate sono di status economico medio-basso.

⁵ Luoghi di Prevenzione è il centro di riferimento della regione Emilia-Romagna per la Formazione degli operatori sociosanitari sui temi della Promozione della Salute e la Sperimentazione, il monitoraggio e la valutazione di modalità di intervento innovativo (attività di Ricerca-Azione). È coordinato dalla Lega contro i Tumori Onlus di Reggio Emilia, Sez. Prov.le della LILT, attraverso la gestione locale di Ausl di Reggio Emilia, Comune di Reggio Emilia, Provincia di Reggio Emilia in collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio (Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze della Formazione e Scienze della Comunicazione e dell'Economia) e Istituto Oncologico Romagnolo. Luoghi di Prevenzione è una proposta rivolta a individui e a gruppi per iniziare o approfondire una riflessione sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta (dal sito ufficiale: <http://www.luoghidiprevenzione.it>). Per le interviste alle famiglie è stato scelto questo luogo perché rappresenta un punto di riferimento per chi vive a Reggio Emilia rispetto ai temi della salute e degli stili di vita.

di co-costruzione delle risposte derivante dal fatto che ciascun intervistato fornisce il proprio punto di vista approfondendo ed espandendo la risposta dell'altro rispondente (Arksey, 1996). L'intervista diadica consente inoltre di cogliere l'interattività tra gli attori ed eventuali diverse prospettive dei partecipanti (Eisikovits, Koren, 2010)⁶. Questo strumento viene spesso utilizzato in ricerche che hanno come oggetto di indagine la famiglia (Voltelen *et al.* 2018), così come all'interno di ricerche condotte nell'ambito della sociologia della salute che hanno la necessità di coinvolgere nei contesti di malattia sia la persona in condizioni di fragilità, sia il suo *caregiver* (Sakellariou *et al.* 2013; Morris, 2001).

L'intervista diadica è stata arricchita da due ulteriori strumenti di rilevazione: un questionario a domande chiuse a scelta multipla⁷ e l'utilizzo di foto stimolo al termine dell'intervista. La tecnica della *photo elicitation* si basa sul fatto di inserire una o più fotografie all'interno di un'intervista (Banks, 2001). Questo strumento è utile perché l'utilizzo di immagini permette di evocare aspetti profondi del vissuto personale, meno soggetti al controllo razionale che siamo abituati ad attivare sulla parola (Collier, 1967; Harper, 2002). Tale tecnica ci ha permesso dunque di ottenere una diversa tipologia di informazioni, piuttosto che maggiori informazioni (Collier, 1967). A tutti i genitori sono state mostrate 4 immagini, sempre nello stesso ordine: 1) un bambino in età da svezzamento dalla forma fisica rotonda, sorridente al termine di un pasto; 2) una pizza da asporto; 3) una coppia che cucina in un interno giorno di una abitazione; 4) una famiglia (adulti e bambini) che sta facendo la spesa nel reparto ortofrutta di un supermercato. Abbiamo quindi scelto immagini che richiamavano le tematiche attraversate durante l'intervista: il corpo in sovrappeso e le emozioni a esso correlate; il cibo che unisce le tradizioni alimentari generazionali; la preparazione dei pasti in famiglia; la scelta del cibo salutare alla base della piramide alimentare⁸.

⁶ La scelta di questo strumento di indagine rende più complesso il lavoro di rilevazione del/della ricercatore/ricercatrice che deve porre una maggior attenzione rispetto alla gestione dell'interazione, sapendo che possono crearsi dinamiche prevaricanti di un soggetto sull'altro, e che rispetto alla coppia queste dinamiche possono essere rafforzate da pratiche culturali consolidate.

⁷ Il questionario è stato creato su moduli Google e il link per l'autocompilazione è stato trasmesso ai genitori prima dell'intervista, nel momento in cui il/la ricercatore/ricercatrice effettuava il contatto telefonico per la conferma dell'incontro. La finalità di questo strumento è stata quella di raccogliere dati rispetto alle abitudini alimentari dei genitori e della famiglia.

⁸ Abbiamo deciso di mostrare le foto ai genitori al termine dell'intervista, come a indicare che si trattava di un momento di indagine a sé stante, al termine del quale non veniva ripreso alcun discorso, ma ci si congedava dall'incontro. In questo caso specifico, l'utilizzo di immagini ha avuto la finalità di far emergere visioni, punti di vista e stereotipi, come una sorta di "controllo" sulle informazioni raccolte attraverso le domande espresse in forma dialogica. Tutti i dati raccolti sono stati sottoposti a un'analisi del contenuto che è stata realizzata all'interno del *framework* concettuale che sarà sviluppato nei paragrafi successivi.

2. L'obesità infantile: alcuni dati di contesto

L'obesità infantile ha raggiunto livelli preoccupanti sia nei paesi sviluppati, sia nei paesi in via di sviluppo (Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008). Tale condizione è generalmente definita come una delle sfide più gravi per la salute pubblica del XXI secolo (Bagnal *et al.* 2019; Wolfenden *et al.* 2019; Karnik, Kanekar, 2012). Secondo gli studi epidemiologici e la reportistica di settore, nazionale e internazionale, il problema è globale e sta colpendo molti paesi, in particolare nell'ambito urbano (Branca *et al.* 2007). Il numero di neonati e bambini in sovrappeso o obesi (da 0 a 5 anni) è aumentato da 32 milioni a livello globale nel 1990 a 41 milioni nel 2016. Nella sola area africana della WHO, il numero di bambini in sovrappeso o obesi è aumentato da 4 a 9 milioni nello stesso periodo (WHO, 2019).

Il sovrappeso e l'obesità infantile sono noti per avere un impatto significativo sulla salute fisica e psicologica (Krushnapriya *et al.* 2015; Jelalian, Steele, 2008; Wang, Lim, 2012). È probabile che i bambini in sovrappeso e obesi rimangano obesi nell'età adulta e abbiano maggiori probabilità di sviluppare malattie come il diabete e le malattie cardiovascolari già in giovane età (Simmonds *et al.* 2016; Llewellyn *et al.* 2016). Tuttavia, il meccanismo di sviluppo dell'obesità non è completamente compreso e si ritiene, generalmente, che si tratti di una condizione derivata da molteplici cause (Gill, 2017; Vidhu, Thaker, 2017; Stunkard, 1996).

I fattori ambientali, gli stili di vita e la cultura svolgono un ruolo fondamentale nell'accrescimento dell'obesità in tutto il mondo (Gray *et al.* 2018; Holsten *et al.* 2012). Si presume che sovrappeso e obesità siano i risultati di un aumento dell'apporto calorico e di grassi (Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008). Esistono prove che un'eccessiva assunzione di zucchero mediante bevande analcoliche, l'aumento delle porzioni di cibo e un costante declino dell'attività fisica abbiano svolto un ruolo fondamentale nell'aumento dei tassi di obesità infantile. Negli ultimi anni, tali fattori tendono a essere considerati come diverse forme del problema della malnutrizione globale (Tanumihardjo *et al.* 2007).

Comunque, l'obesità può influenzare profondamente la salute, il benessere emotivo e l'autostima dei bambini, condizioni spesso associate anche a uno scarso rendimento scolastico e a una peggiore qualità di vita. Anche molte condizioni comorbose sono osservate in associazione all'obesità infantile – come i disturbi metabolici, cardiovascolari, ortopedici, neurologici, epatici, polmonari e renali (Pulgaron, 2013).

Il mondo sta attraversando una rapida transizione epidemiologica e nutrizionale caratterizzata da persistenti carenze nutrizionali (Raj *et al.* 2007; Chhatwal, Verma, Riar, 2004), come evidenziato dalla prevalenza di anemia,

carenze di ferro e zinco e arresto della crescita (Popkin *et al.* 2020; Jaacks *et al.* 2019; Amuna, Zotor, 2008). In concomitanza a ciò, vi è un progressivo aumento dell'obesità, del diabete e di altre malattie croniche correlate alla nutrizione (NRCD) come le malattie cardiovascolari e alcune forme di cancro (Gupta *et al.* 2012; Popkin, Doak, 1998). Altre evidenze mostrano che la genesi del diabete di tipo 2 e della malattia coronarica si sviluppano durante l'infanzia e che l'obesità infantile funge da fattore concomitante (Bhave, Bavdekar, Otiv, 2004).

Mentre l'obesità (infantile e adulta) mondiale è ancora in aumento, si è osservata una maggiore stabilità per l'obesità infantile dal 2000 a oggi, soprattutto nei Paesi occidentali (Wabitsch *et al.* 2014; Han *et al.* 2010; Logue, Sattar, 2011). Nonostante dei lievi abbassamenti registrati per regione, la questione dell'obesità infantile è tuttavia ben lontana dall'essere risolta (Wabitsch *et al.* 2014; WHO, 2016; Wijnhoven *et al.* 2014)⁹.

2.1 L'obesità infantile e le sue "misure"

È possibile definire l'obesità come una condizione medica di accumulo anormale o eccessivo di sostanza grassa nel tessuto adiposo, che porta a pericolose implicazioni per la salute. Sovrappeso e obesità dipendono da un eccessivo accumulo di grasso corporeo. A causa di oggettive difficoltà nel misurare in maniera semplice e diretta il grasso corporeo, un'accettabile approssimazione è rappresentata dal BMI (*Body-mass index*)¹⁰. Tale indice è calcolato col rapporto tra peso (espresso in kg) e quadrato dell'altezza (espressa in metri) (kg/m^2) – dividendo il peso in Kg del soggetto con il quadrato dell'altezza espressa in metri. Il valore di BMI è di facile stima nella *routine* clinica ed è stato accettato anche in campo pediatrico per la definizione dello stato ponderale, anche se vanno riconosciuti i suoi limiti nella distinzione tra massa grassa e massa magra.

Poiché in età evolutiva il valore del BMI varia con l'età e il sesso, è necessario utilizzare misure che tengano conto di queste variabili. È necessario utilizzare i percentili per rappresentare in maniera corretta la distribuzione

⁹ In questo quadro è fondamentale il monitoraggio della prevalenza dell'obesità infantile per valutare l'efficacia e il tasso di successo dei programmi d'intervento e prevenzione, il cui effetto positivo potrebbe essere la spiegazione alla stabilizzazione dei tassi di obesità infantile. Un altro motivo suggerito è la stabilizzazione biologica: soltanto una certa percentuale della popolazione, già raggiunta, è soggetta a diventare obesa.

¹⁰ La curva della crescita è diversa per maschi e femmine in ragione della diversa conformazione corporea e pertanto incide in modi diversi sulla definizione di sovrappeso/obesità per un bambino o una bambina. Ciò diviene più evidente durante l'adolescenza, perché le bambine entrano prima nella pubertà rispetto ai bambini; questi ultimi crescono maggiormente in altezza rispetto alle coetanee.

del BMI nella popolazione di riferimento e individuare quelli più adeguati a definire il sottopeso, il normopeso, il sovrappeso e l'obesità¹¹.

Nel bambino fino a 24 mesi la diagnosi di eccesso di peso si basa sul rapporto peso/lunghezza, utilizzando le curve di riferimento dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* 2006, mentre nelle età successive si basa sull'uso del BMI, utilizzando le curve di riferimento WHO 2006 fino a 5 anni e WHO 2007 nelle età successive (WHO, 2006; de Onis *et al.* 2007).

La *Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica* (SIEDP) ha pubblicato le curve di statura, peso e BMI (cfr. Cacciari *et al.* 2002; Cacciari *et al.* 2006). La definizione di sovrappeso è espressa da un valore di BMI >75° percentile e 95° percentile, in quanto corrispondenti alle soglie proposte da Cole e colleghi (2010) estrapolate dai valori di BMI che rispettivamente passano per il BMI 25 e 30 kg/m² all'età di 18 anni.

Uno studio condotto su bambini e adolescenti italiani (Valerio *et al.* 2017) ha dimostrato che i valori soglia nazionali di BMI tendevano a sottostimare la prevalenza di obesità nella popolazione tra 5-17 anni rispetto i valori soglia proposti dalla WHO (de Onis *et al.* 2007), verosimilmente perché la raccolta dei dati per la costruzione delle curve italiane è stata effettuata in un'epoca in cui si era già verificato l'aumento di obesità. Lo studio ha però dimostrato che i valori soglia italiani erano più adatti nell'identificare bambini obesi con fattori di rischio cardio-metabolico confrontati con gli standard della WHO, dotati di maggiore sensibilità¹².

Tuttavia, non vi è ancora un consenso chiaro sui punti *cut-off* che indicano l'eccesso di grasso nel sovrappeso o per l'obesità nei bambini e negli adolescenti. Il noto studio condotto da Williams e colleghi (1992) su 3.320 bambini compresi nella fascia d'età dai 5 ai 18 anni ha classificato i bambini come "grassi" se la loro percentuale di grasso corporeo era almeno del 25% per i maschi e del 30% per le femmine. Il *Center for Disease Control and Prevention* ha definito il sovrappeso come pari o superiore al 95° percentile

¹¹ I parametri di riferimento nazionali e internazionali si differenziano gli uni dagli altri in quanto possono basarsi su demografie e periodi di tempo differenti.

¹² Un comitato di esperti ha suggerito l'utilizzo del 99° percentile del BMI per definire l'obesità grave (Barlow *et al.* 2007) in quanto a tale valore corrisponde una più elevata prevalenza di fattori di rischio cardiometabolici e persistenza dell'obesità grave in età adulta. In ragione del fatto che il valore al 99° percentile calcolato da un'estrapolazione dalle tabelle di BMI dei *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) statunitensi non corrisponde al dato empirico sulla popolazione, è stato proposto di utilizzare le percentuali del 95° percentile (Flegal *et al.* 2009). Uno studio recente ha comparato l'utilizzo di differenti sistemi internazionali (WHO e CDC) per classificare l'obesità grave in età pediatrica: ne ha concluso che la soglia di BMI >1,2 del 95° percentile ha un vantaggio rispetto al 99° percentile nell'identificare forme di obesità grave ad aumentato rischio cardio-metabolico, soprattutto nei soggetti di età <10 anni (Valerio *et al.* 2013). Tuttavia, si noti che l'impatto di tale sistema nella pratica clinica deve ancora essere valutato (Gulati, Kaplan, Daniels, 2012). Secondo il documento *Consensus* sono necessari ulteriori studi per dimostrare che fattori di rischio metabolico possano essere differenziati o raggruppati per livelli di percentuali del 95° percentile di BMI.

del BMI per età e “a rischio di sovrappeso” tra l’85° e il 95° percentile di BMI per età (Flegal, Wei, Ogden, 2002; Himes, Dietz, 1994). I ricercatori europei classificano il sovrappeso come pari o superiore all’85° percentile e l’obesità pari o superiore al 95° percentile del BMI (Ghosh, 2014). Uno studio di ricerca indiano ha definito il sovrappeso e l’obesità come sovrappeso tra $\geq 85^\circ$ e $< 95^\circ$ percentile e obesità con $\geq 95^\circ$ percentile (Nawab *et al.* 2014). Anche lo studio di Flodmark e colleghi (2004) ha seguito il riferimento di crescita della WHO del 2007 per la definizione di sovrappeso e obesità. Va comunque sottolineato che esistono diversi metodi per misurare la percentuale di grasso corporeo. Nella ricerca, le tecniche includono la pesatura subacquea (densitometria), l’analisi dell’impedenza bioelettrica a più frequenze (BIA) e la risonanza magnetica (MRI).

Nell’ambiente clinico sono state ampiamente utilizzate tecniche come il BMI, la circonferenza della vita e lo spessore delle pliche cutanee. Sebbene questi metodi siano meno precisi dei metodi “di ricerca”, essi sono soddisfacenti per identificare il rischio. Mentre però il BMI sembra appropriato per valutare gli adulti, potrebbe non esserlo per i bambini, a causa della loro rapida crescita. Inoltre, il modello di maturazione differisce tra i sessi e i diversi gruppi etnici. Gli studi che hanno utilizzato il BMI per identificare i bambini in sovrappeso e obesi in base alla percentuale di grasso corporeo hanno riscontrato un’elevata specificità (95–100%), ma una bassa sensibilità (36–66%) per questo sistema di classificazione (Lazarus *et al.* 1996). Inoltre, una prospettiva da considerare in letteratura sostiene che mentre le conseguenze dell’obesità sulla salute sono correlate all’eccesso di grasso, il metodo ideale di classificazione dovrebbe essere basato sulla misurazione diretta del grasso. In tal senso, sebbene metodi come la densitometria possano essere utilizzati nella pratica di ricerca, non sembrano estendibili ai contesti clinici.

2.2 Il focus sull’Italia

La WHO stima che oltre 340 milioni di bambini e adolescenti di 5-19 anni sono in eccesso di peso (WHO, 2018). Se osserviamo il fenomeno all’interno dell’UE, vediamo che è obeso quasi un bambino su otto tra i 7 e gli 8 anni (Oecd, 2018). I paesi che mostrano i valori più elevati appartengono all’area mediterranea – Cipro (20%), Italia (18%), Spagna (18%), Grecia e Malta (17%) – mentre i valori più bassi si trovano in Danimarca (5%), Norvegia (6%) e Irlanda (7%)¹³. Tra il 2007-2008 e il 2015-2017 il tasso di obesità tra

¹³ Dal 2007 la Regione Europea della WHO ha lanciato l’iniziativa *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) per monitorare l’andamento dell’eccesso di peso e di fattori associati, tra cui la sedentarietà, nei bambini dai 6 ai 9 anni dei Paesi europei. L’Italia partecipa a questa iniziativa con il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute sotto il coordinamento dell’Istituto Superiore di Sanità che, periodicamente, misura e raccoglie informazioni su un

i bambini di 7-8 anni risulta in diminuzione in diversi paesi dell'Ue, in particolare in Italia (-4 punti percentuali).

I dati Istat pubblicati nell'autunno del 2019 ci dicono che in Italia circa 2 milioni e 130.000 bambini e adolescenti di 3-17 anni sono in eccesso di peso. Se confrontiamo con la rilevazione riferita al 2010-2011, scopriamo che la quota ha mostrato un leggero calo, passando dal 28% al 25,2% (Istat, 2019a). Va certamente notato che l'Italia mostra una situazione differenziata al proprio interno, dove i valori più alti si trovano nelle regioni del Sud e nelle Isole (18,8% Nord-ovest, 22,5% Nord-est, 24,2% Centro, 29,9% Isole e 32,7% Sud). Le percentuali sono particolarmente elevate in Campania (35,4%), Calabria (33,8%), Sicilia (32,5%) e Molise (31,8%).

Inoltre, i dati Istat (2019b) ci permettono di considerare anche alcune variabili socio-strutturali del nucleo familiare. Tendono a essere maggiormente in sovrappeso o obesi i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche basse, ma soprattutto in quelle in cui il livello di istruzione dei genitori è inferiore alla media. La quota di bambini in eccesso di peso è infatti pari al 19% tra quanti vivono in famiglie con genitori laureati, ma raggiunge il 30,1% se i genitori non sono andati oltre la scuola dell'obbligo. Le rilevazioni ci dicono che i bambini con genitori in sovrappeso o obesi lo sono a loro volta nel 37,6% dei casi, contro il 18,8% di chi ha entrambi i genitori normopeso. Per quanto riguarda l'attività motoria, i dati indicano che il 22,7% dei bambini e ragazzi non pratica sport, né attività fisica (ma anche questo dato è in calo rispetto al biennio 2010-2011 quando registrava un valore pari al 25,7%). Nel 2017-2018 sono stati circa 5 milioni i ragazzi di 3-17 anni che hanno praticato uno o più sport nel tempo libero (59,4% della popolazione di riferimento). Il 52,5% lo ha fatto con continuità e il 6,9% saltuariamente. Il 17,1% dei ragazzi (circa un milione 450 mila), pur non praticando nessuno sport, svolge un'attività fisica come passeggiare per almeno due km al giorno, nuotare, andare in bicicletta o altro. I bambini e i ragazzi che non praticano alcuno sport o alcuna attività fisica sono pari al 22,7% della popolazione di 3-17 anni. Tra coloro che fanno pratica sportiva di tipo continuativo, troviamo soprattutto bambine e ragazze tra i 3-10 anni (+7,7 punti percentuali). Si conferma il divario territoriale Nord-Sud: fatta eccezione per la Sardegna, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più di un ragazzo su quattro non pratica sport né attività fisica. Anche per la pratica sportiva dei ragazzi le differenze sono marcate sia rispetto al titolo di studio dei genitori che al livello delle risorse economiche della famiglia. Sono soprattutto i ragazzi che vivono in famiglie con *status* socioculturale più basso a presentare i livelli più elevati di sedentarietà: non pratica

campione di bambini di 8-9 anni. Per gli adolescenti i dati su eccesso di peso, attività fisica e altri aspetti della salute e comportamenti sono raccolti a livello internazionale dallo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), effettuato su un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni ogni 4 anni. L'Italia partecipa a questa raccolta dal 2001.

sport né attività fisica il 32,1% di chi vive in famiglie in cui i genitori hanno al massimo un titolo di scuola dell'obbligo contro il 12,9% di chi vive in famiglie in cui almeno un genitore è laureato. Infine, i dati confermano che anche l'orientamento a fare attività sportiva viene trasmesso dai genitori. Sono soprattutto i bambini e i ragazzi i cui genitori dichiarano di non praticare sport o attività fisica ad avere uno stile di vita sedentario: il 47,9% se entrambi i genitori sono sedentari, contro il 9,8% se nessuno dei genitori ha uno stile di vita sedentario.

Veniamo infine ad analizzare la tipologia di cibo consumato da bambini e adolescenti. Il 74,2% di essi consuma frutta e/o verdura ogni giorno, il 28,3% consuma quotidianamente dolci, il 13,8% snack salati e il 24,9% consuma bevande gassate. Le differenze territoriali permangono: i consumatori di snack salati sono di più nel Mezzogiorno e nel Nord-ovest (rispettivamente il 16,3% e il 15,7%). Riguardo ai dolci e alle bevande zuccherate le percentuali più elevate si registrano nelle regioni del Nord (32,3% consumo di dolci e 26,6% bevande gassate) e nelle Isole (27,7% consumo di dolci e 28% bevande gassate). Quanto ai comportamenti alimentari più salutari, il consumo quotidiano di frutta e verdura è più elevato nelle Isole (76,6%), nel Nord-ovest (76,4%) e al Centro (75%). Più elevato è il titolo di studio conseguito dai genitori, più variegato e corretto appare lo stile nutrizionale dei bambini, sia in termini di consumo quotidiano di frutta e verdura, sia di adeguatezza nelle quantità consumate giornalmente.

2.3 Le cause dell'obesità infantile

È generalmente riconosciuto che l'obesità deriva da uno squilibrio tra l'apporto e il dispendio di energia (spesa energetica), strettamente associato allo stile di vita adottato e alle preferenze di assunzione alimentare (cfr. Consensus 2017; Liu *et al.* 2012; Donatiello *et al.* 2013; Rosenkranz, Dzewaltowski, 2008)¹⁴. La ricerca ha fornito importanti contributi alla comprensione dei fattori associati all'obesità. Il modello ecologico, così come descritto da Davison e Birch (2001), suggerisce che i fattori di rischio per l'obesità infantile includono l'assunzione alimentare e il comportamento sedentario (Davis *et al.* 2007; Biro, Wien, 2010). L'impatto di tali fattori è moderato da altri come l'età e il sesso.

In questa cornice, le caratteristiche dello stile di vita genitoriale svolgono certamente un ruolo fondamentale (Gray *et al.* 2018). Fattori come le politiche scolastiche e le esigenze legate al lavoro dei genitori influenzano

¹⁴ I fattori dietetici sono stati ampiamente studiati per i possibili contributi nell'aumento dei tassi di obesità. I fattori dietetici che sono stati esaminati includono il consumo di *fast food*, bevande zuccherate, spuntini e dimensioni delle porzioni.

ulteriormente i comportamenti alimentari e le pratiche connesse all'attività fisica.

La genetica è uno dei fattori esaminati come causa dell'obesità. Alcuni studi hanno mostrato che il BMI è ereditabile dal 25 al 40% (Anderson, Butcher, 2006). Tuttavia, la suscettibilità genetica deve spesso essere associata a fattori ambientali e comportamentali che contribuiscono nell'influenzare il peso (CDC, 2010). Di fatto, il fattore genetico rappresenta meno del 5% dei casi di obesità infantile. Pertanto, mentre la genetica può svolgere un ruolo nello sviluppo dell'obesità, non sembra essere la causa del progressivo aumento dell'obesità infantile. Anche il metabolismo basale è stato studiato come possibile causa di obesità. Esso è responsabile del 60% del dispendio energetico totale negli adulti sedentari. È stato ipotizzato che gli individui obesi abbiano bassi tassi metabolici basali. Tuttavia, è probabile che le differenze nei tassi metabolici basali non siano responsabili dell'aumento dei tassi di obesità.

Soprattutto negli ultimi anni l'aumento del consumo di cibi *fast food* è stato collegato all'obesità (Rosenheck, 2008; Bowman *et al.* 2004; Schröder, Fito, Covas, 2007; Dunn, Sharkey, Horel, 2012). Molte famiglie, in particolare quelle con due genitori che lavorano fuori casa, optano per i ristoranti *fast food*, perché sono quelli “favoriti” dai loro figli e sono più economici (Niehoff, 2009). Gli alimenti serviti nei *fast food* tendono a contenere un elevato numero di calorie con bassi valori nutrizionali. In particolare, uno studio ha cercato di comprendere le abitudini alimentari degli adolescenti magri e in sovrappeso (Ebbeling *et al.* 2004). I ricercatori hanno scoperto che entrambi i gruppi consumano nei *fast food* più calorie di quanto non farebbero a casa, ma il gruppo dei “magri” compensa l'apporto calorico regolandosi prima o dopo il *fast food*. Altri studi dimostrano che gli adolescenti associano il cibo spazzatura al piacere, all'indipendenza e alla convenienza, mentre l'apprezzare il cibo sano è considerato “bizzarro” (Chapman, Maclean, 1993). Molti studi hanno dimostrato un aumento di peso attraverso il consumo regolare di cibo da *fast food*. In questa direzione, una ulteriore fonte di calorie sono le bevande zuccherate: il loro consumo forte e regolare è uno dei fattori che contribuiscono al sovrappeso, tanto nei bambini quanto negli adulti (cfr. Wojcicki, Heyman, 2012; Gillis, Bar-Or, 2003; Keller, Bucher Della Torre, 2015; Scharf, DeBoer, 2016). Uno studio che ha esaminato i bambini di età compresa tra 9 e 14 anni, dal 1996 al 1998, ha rilevato che il consumo di bevande zuccherate ha aumentato il BMI di piccole quantità nel corso degli anni (Anderson, Butcher, 2006). Molti studi hanno esaminato il legame tra peso e consumo di bevande zuccherate, evidenziando come questo sia un fattore che contribuisce al sovrappeso.

Un altro possibile fattore che contribuisce all'obesità infantile è il consumo di spuntini (*snacking*) (cfr. Piernas, Popkin, 2010; Datar, Nicosia, 2012; Larson, Story, 2013). Essi includono cibi come patatine, prodotti da

forno e caramelle. Diversi studi sono stati condotti per esaminare se questi alimenti hanno contribuito all'aumento dell'obesità infantile: mentre lo spuntino è correlato a un più alto apporto calorico complessivo, non sembrano esservi evidenze in grado di trovare un solido legame tra spuntino e sovrappeso (Anderson, Butcher, 2006). Tuttavia, le dimensioni delle porzioni sono aumentate negli ultimi anni: consumare grandi porzioni, oltre a spuntini frequenti di cibi altamente calorici, contribuisce a un apporto calorico eccessivo (cfr. Lioret *et al.* 2009; McConahy *et al.* 2002; Moreno, Rodriguez, 2007; Anderson, Butcher 2006). Generalmente, le ricerche mostrano che l'apporto energetico, nei bambini e negli adulti, è influenzato dalla dimensione della porzione servita (WHO, 2014).

Molti fattori ambientali influenzano la diffusione dell'obesità adulta e infantile (Silventoinen *et al.* 2010). In primo luogo, la meccanizzazione e l'automazione dei processi produttivi ha drasticamente ridotto l'energia necessaria per compiere il lavoro (Caballero, 2007). Tra i fattori ambientali, un impatto considerevole sul BMI è correlato alle configurazioni urbane, che promuovono l'uso delle automobili, richiedono lunghi spostamenti, limitano le opportunità di camminare e gli spazi pubblici per fare attività fisica o all'aria aperta. Infine, vi è la presenza pervasiva di supermercati, bar e *fast food*, così come la crescente dipendenza dai cibi pronti, spesso consumati fuori casa. Esiste un consenso sempre maggiore, tra i ricercatori, rispetto alla necessità di cambiare l'«ambiente obesogenico» (Silventoinen *et al.* 2010; Caballero, 2007; Lake, Townshend, 2006; Townshend, Lake, 2009; Drewnowski *et al.* 2020).

Da quest'ultima prospettiva si dovrebbe intervenire sulla pianta urbana, sui trasporti, sulla pubblica sicurezza, sulla produzione alimentare e sul *marketing* degli alimenti, al fine di ridurre i fattori che contribuiscono a un maggiore apporto calorico e una minore attività fisica. Le opportunità di essere fisicamente attivi e gli ambienti sicuri in cui esserlo sono infatti diminuite.

Già in uno studio condotto nel 2002 veniva rilevato che il 53% dei genitori accompagnava i propri figli a scuola (Anderson, Butcher, 2006): di questi, il 66% ha dichiarato di aver accompagnato a scuola i propri figli in auto perché le loro case erano troppo distanti, mentre altre ragioni fornite dai genitori riguardavano l'assenza di percorsi sicuri a piedi, la paura dei predatori sessuali e la comodità del bambino. I bambini che vivono in aree non sicure o che non hanno accesso a percorsi pedonali sicuri e ben illuminati hanno meno opportunità di essere fisicamente attivi.

Anche i fattori socioculturali influenzano lo sviluppo dell'obesità (Hilpert *et al.* 2017; Kaufman, Karpati, 2007; Kumanyika, 2008; Lindquist *et al.* 1999; O'Dea, 2008; Ball *et al.* 2010; Bruss *et al.* 2003).

La nostra società tende a usare il cibo come ricompensa, come mezzo per “controllare” gli altri e come parte della socializzazione (Budd, Hayman,

2008). Su questi aspetti sarebbero necessari servizi di educazione alimentare. Potenzialmente, le politiche sociali possono continuare a promuovere comportamenti salutari (Story, Neumark-Stainzer, French, 2002). Al contempo, le politiche fiscali come la tassazione di opzioni non salutari, l'incentivazione della distribuzione di alimenti sani a basso costo e gli investimenti in strutture ricreative convenienti, o sulla qualità estetica dei quartieri, si configurano come proposte volte a migliorare l'alimentazione sana e l'implementazione dell'attività fisica (cfr. Dublin Dhc, 2005).

Anche la psicologia ha riservato una particolare attenzione alla cura dell'obesità, identificando alcuni fattori correlati.

a. *Depressione e ansia*. La maggior parte degli studi trova una relazione tra disturbi alimentari e depressione (Rawana *et al.* 2010). Tuttavia, questa relazione non è unidirezionale; la depressione può essere sia una causa, sia una conseguenza dell'obesità (Goldfield *et al.* 2010). In un campione clinico di adolescenti obesi è stata riportata una maggiore prevalenza, nel corso della vita, dei disturbi d'ansia rispetto a quelli non obesi (Britz *et al.* 2000). Tuttavia, alcuni studi non dimostrano una relazione significativa tra aumento del BMI e aumento dei sintomi dell'ansia (Tanofsky-Kraft *et al.* 2004). Pertanto, il rapporto tra obesità e ansia potrebbe non essere unidirezionale e certamente non sembra conclusivo.

b. *Autostima*. Per quanto riguarda l'autostima, i risultati di una nota ricerca, che ha confrontato bambini in sovrappeso/obesi con bambini di peso normale, non sono omogenei dal punto di vista dei risultati (Zametkin *et al.* 2004). Alcuni studi hanno evidenziato che i bambini obesi hanno una minore autostima, mentre altri non hanno riscontrato tale evidenza (Ackard *et al.* 2003; Jansen *et al.* 2008; Renman *et al.* 1999). Certamente, esiste un certo consenso in letteratura sul fatto che l'approccio alla misurazione dell'autostima con i bambini in sovrappeso/obesi sia fuorviante (Schwimmer *et al.* 2003).

c. *Insoddisfazione corporea*. La ricerca ha costantemente rilevato che la soddisfazione del corpo è maggiore nei maschi rispetto alle femmine di tutte le età (O'Dea, 2005). Le differenze di genere possono riflettere gli ideali culturali della bellezza, in quanto la magrezza è l'unico ideale per le femmine, mentre i maschi sono incoraggiati a essere sia magri, sia muscolari. In tal senso, esiste una relazione lineare tra insoddisfazione del corpo e aumento del BMI per le ragazze, mentre per i ragazzi la relazione a forma di U suggerisce che quelli con BMI agli estremi bassi e alti sperimentano alti livelli di insoddisfazione corporea (Austin *et al.* 2009; Kostanski, Fisher, Gullone, 2004).

d. *Disturbi alimentari associati al cibo*. I tratti associati ai disturbi alimentari sembrano essere comuni nelle popolazioni adolescenti obese, in particolare per le ragazze (Lundstedt, 2006). Infatti, alcuni studi hanno mostrato una più alta prevalenza di patologie legate all'alimentazione nei

bambini/giovani obesi (ad esempio, anoressia, bulimia nervosa e regolazione degli impulsi) (Decaluwxe, Breat, 2003; Decaluwxe, Breat, Fairburn, 2003).

e. *Problemi emotivi*. In uno dei pochi studi dedicati all'impatto psicologico dell'obesità sui bambini è emerso che tutti i partecipanti hanno riportato un impatto causato dal peso (Cornette, 2008). Essere più giovani, di sesso femminile e con una maggiore mancanza di controllo sull'alimentazione, sembra accentuare le conseguenze negative.

L'obesità è stata descritta come una delle condizioni più stigmatizzanti e meno socialmente accettabili durante l'infanzia (Puhl, Himmelstein, Pearl 2020; Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003). I bambini in sovrappeso e obesi sono spesso presi in giro e/o sono vittime di bullismo; inoltre, si trovano anche ad affrontare numerose altre difficoltà, tra cui l'essere oggetto diretto o indiretto di stereotipi negativi, di discriminazione ed emarginazione sociale. La discriminazione nei confronti di individui obesi è stata riscontrata già in bambini di età pari o inferiore a 2 anni (Budd, Hayman, 2008). I bambini obesi sono spesso esclusi dalle attività, in particolare quelle competitive che richiedono attività fisica (Niehoff, 2009). Questi problemi sociali negativi contribuiscono a una bassa autostima, una scarsa fiducia in sé stessi e un'immagine negativa del corpo nei bambini e possono anche influenzare il rendimento scolastico (Niehoff, *op. cit.*). In particolare, uno studio ha concluso che i bambini in sovrappeso e obesi hanno una probabilità quattro volte maggiore di riferire di avere problemi a scuola rispetto ai loro coetanei normopeso (Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003). Essi hanno anche maggiori probabilità di "saltare" la scuola più frequentemente, in particolare i bambini con patologie croniche come il diabete e l'asma.

Inoltre, le conseguenze sociali dell'obesità possono contribuire alla continua difficoltà nella gestione del peso. I bambini in sovrappeso tendono a proteggersi da commenti e atteggiamenti negativi ritirandosi in luoghi sicuri, come le loro case, dove possono cercare cibo come conforto. Infine, va notato che i bambini in sovrappeso tendono ad avere meno amici rispetto ai bambini di peso normale, il che si traduce in una "minore" interazione sociale, in scarse occasioni di gioco e in più tempo trascorso in attività sedentarie.

2.4 *Obesità infantile e famiglia. Quali relazioni?*

Come abbiamo osservato la diffusione dell'obesità infantile è in aumento, seppur con alcuni segnali di miglioramento che talvolta riferiscono almeno di un suo stabilizzarsi. Alcuni studi, svolti con i dati del *Health Survey for England* (HSE) (2013), suggeriscono che la prevalenza dell'obesità infantile

è aumentata costantemente tra il 1995 e il 2004 prima di stabilizzarsi tra il 2004 e il 2012¹⁵.

I recenti interventi e le forme di assistenza in materia di salute pubblica che mirano a ridurre l'obesità infantile si sono concentrati sulla famiglia – in precedenza il focus era portato il più delle volte solo sul bambino in sovrappeso. In tal senso, è stata riconosciuta una relazione fondamentale tra i modi di vita famigliari (quello che spesso viene chiamato “stile di vita” familiare) e l'obesità infantile. Tuttavia, è bene sottolinearlo, vi sono a disposizione poche evidenze empiriche che restituiscono un quadro omogeneo a proposito di tale relazione. I mondi della vita famigliare sono certamente coinvolti nella comprensione dello sviluppo dell'obesità infantile (Killoran *et al.* 2006), ma sono difficili da studiare in virtù della loro complessità e per i problemi connessi alla loro osservazione.

Alcuni studi hanno mostrato forti relazioni tra i BMI dei membri della famiglia (Abrevaya, Tang, 2011; Burke *et al.* 2001; Brown, Hole, Roberts, 2013; Brown, Roberts, 2013). Altri studi, invece, sostengono che tale correlazione è dovuta in gran parte a influenze genetiche (Silventoinen *et al.* 2009; Maes *et al.* 1997; Sorensen, Holst, Stunkard, 1992; Stunkard *et al.* 1990; Stunkard *et al.* 1986). Tra questi vi sono lavori che si fondano sull'esame di adozioni o di casi gemellari. Nei lavori che utilizzano tecniche statistiche più flessibili e complesse, si suggerisce che tale correlazione è almeno ugualmente dovuta a influenze non genetiche, come ad esempio le influenze sullo stile di vita o quelle comportamentali (Brown, Hole, Roberts 2013; Brown, Roberts, 2013; Davillas, Pudney, 2017; Rashad, 2006; Chou *et al.* 2004; Kaplan, Dietz, 1999; Segal, Allison, 2002, Grossman, Chou, Inas, 2006). Le correlazioni tra i coniugi – che hanno meno probabilità di essere il risultato di influenze genetiche rispetto alle correlazioni tra parenti di sangue – forniscono ulteriore supporto all'argomento (Brown *et al.* 2013; Abrevaya, Tang, 2011). Tuttavia, qui l'accoppiamento selettivo potrebbe svolgere un ruolo significativo (Silventoinen *et al.* 2003): infatti, la somiglianza di BMI tra i coniugi non è interamente attribuibile all'ambiente o allo stile di vita condiviso. Molte influenze che potrebbero condizionare la probabilità di obesità nei genitori e nei bambini sono considerate inosservabili (Brown *et al.* 2013). Alcuni studi mancano della capacità di identificare gli effetti dei fattori ambientali e, di conseguenza, tali effetti sono spesso sottovalutati, mentre si presume che la genetica sia l'influenza trainante (Segal, Allison, 2002). Lo studio di Abrevaya e Tang (2011) descrive in dettaglio l'endogeneità causata dalle variabili omesse quando si utilizza l'obesità di un membro della famiglia per prevederne un'altra. Nel tentativo di misurare ciò, i ricercatori hanno scoperto che l'educazione è una fonte di endogeneità; tuttavia, non potevano

¹⁵ Il riferimento è alla Health Survey for England. 2012 Trend Tables: *Child Trend Tables*. 2013. In: www.hscic.gov.uk/pubs/hse2012trend.

misurare l'endogeneità causata da caratteristiche non osservabili, cioè non disponibili nei loro dati. Detto in altri termini, potrebbero esserci variabili non osservate al di fuori dell'analisi che stanno influenzando la condizione di obesità di entrambi i membri della famiglia.

È stato dimostrato che l'obesità infantile è significativamente correlata con altri comportamenti osservabili, tra cui spiccano: le ore trascorse a guardare la televisione (Hancox, Poulton, 2006), le pratiche alimentari, l'esercizio fisico (Taylor *et al.* 2016; James *et al.* 2004) e l'allattamento (Gibson *et al.* 2017). Molti studi utilizzano tali comportamenti come variabili indipendenti per prevedere l'obesità infantile, ma è probabile che vi sia un'influenza endogena sottostante che influenza tutte queste caratteristiche osservabili. Nonostante vi siano diversi studi che dimostrano come gli interventi volti a migliorare la nutrizione o l'attività fisica dei bambini possano funzionare efficacemente, un numero relativamente ridotto di studi ha rilevato un effetto diretto e significativo di tali interventi sull'adiposità infantile (Summerbell *et al.* 2005). Poiché comunque si intuisce la rilevanza degli stili di vita familiare sull'obesità (Mirowsky, Ross 1998), si concorda sul fatto che gli interventi *family-based* piuttosto che quelli diretti ai soli bambini (Golan, Kaufman, Shahar 2006; Golan, Weizman 2001), andrebbero previsti con maggiore frequenza (Golan, Kaufman, Shahar 2006; Golan, Weizman 2001; Glenny, Sheldon 1997; Dietz, Gortmaker 2001), in particolare quando l'intervento tende a prevenire piuttosto che a trattare direttamente l'obesità infantile. Tali interventi possono anche essere più convenienti economicamente perché possono ridurre l'obesità in più membri della famiglia (Boutelle *et al.* 2011). Tuttavia, ciò non significa che tutti gli interventi *family-based* avranno successo, perché alcuni interventi di questo tipo, di fatto, non sono risultati migliori degli interventi focalizzati solo sui minori (de Bourdeaudhuij *et al.* 2015).

Come dimostrano gli studi degli ultimi vent'anni, l'obesità si presenta come una caratteristica molto "persistente"¹⁶. Tuttavia, in modo simile all'endogeneità sopra descritta, è difficile determinare se l'obesità "passata" (ad esempio, di un genitore) possa influenzare l'obesità attuale, o se un fattore sottostante e non osservabile persistente stia influenzando l'obesità in ogni momento. Ad esempio, lo stato socioeconomico (Shrewsbury, Wardle, 2008), la formazione dei genitori (Lamerz *et al.* 2005) e la presenza di genitori *single* (Chen, Escarce, 2010), sono fattori che mostrano influenze sulla condizione di obesità e, come tali, sono relativamente costanti nel tempo. Anche se non è chiaro quali meccanismi siano alla base di queste relazioni, interventi mirati possono essere efficaci nel ridurre l'obesità infantile (Gonzalez-Suarez *et al.* 2009), l'aumento di peso durante la gravidanza (Thangaratinam *et al.* 2012) e l'obesità negli adulti (Teixeira *et al.* 2015).

¹⁶ Si rilevano tali aspetti già in Reilly *et al.* 2003.

Dato che l'obesità infantile e altri esiti dello stile di vita familiare dovrebbero dipendere dalle stesse influenze sottostanti, sarebbe forse importante modellare questi risultati congiuntamente: nonostante ciò, la maggior parte degli studi operazionalizza queste variabili in modo indipendente (Mizutani *et al.* 2007; Francis, Lee, Birch, 2003). Ciò si dimostra meno utile quando si considerano le implicazioni delle *policies*, perché è possibile identificare solo come un intervento sullo stile di vita riesca a influenzare un singolo risultato. Altri studi hanno stimato congiuntamente una serie di esiti osservabili sullo stile di vita, tra cui la dieta, il consumo di alcol e le abitudini al fumo (Balía, Jones, 2008; Contoyannis, Jones, 2004). Ciò ha consentito di indagare i benefici dei potenziali interventi su una serie di *outcomes*, anche se non si è riusciti a identificare la causa sottostante della correlazione tra queste variabili.

Infine, vanno considerati gli studi sulle influenze genitoriali nella prima infanzia, in particolare durante la gravidanza (Gibson *et al.* 2017; Reilly *et al.* 2005; Ajslev *et al.* 2011; Toschke *et al.* 2002). Questi studi sono generalmente trasversali, perciò non consentono di studiare l'evoluzione dei comportamenti dello stile di vita. Le influenze nella prima infanzia, infatti, potrebbero continuare ad avere effetti duraturi, così come nuove influenze potrebbero emergere man mano che i bambini crescono e il loro ambiente cambia. L'inizio della scuola sembra uno "snodo centrale" in questa prospettiva. In base a ciò, viene incoraggiato l'uso di dinamiche più flessibili nella modellizzazione dello sviluppo durante l'infanzia, proprio perché i bambini sono soggetti a rapidi cambiamenti di cui tenere conto. La diffusione dell'obesità pediatrica porta certamente verso preoccupazioni di lungo periodo (Dietz, Gortmaker, 2001; Must, Strauss, 1999) anche relative all'aumento delle spese mediche (Finkelstein, Fiebelkorn, Wang, 2003).

In questa direzione, una migliore comprensione delle determinanti dell'obesità infantile permetterebbe di adattare interventi preventivi e personalizzati. In particolare, proprio il ruolo della famiglia è un campo di interesse in forte crescita (Golan, Weizman, 2001). Tuttavia, un'analisi di Kitzmann, Dalton e Buscemi (2008) mostra la scarsità di ricerche sulla correlazione tra i fattori famigliari e l'obesità infantile. Gli studi di fine XX secolo che hanno esaminato la relazione tra obesità e stato socioeconomico della famiglia hanno prodotto risultati incoerenti a seconda dei diversi gruppi di popolazione (cfr. Parsons *et al.* 1999; Sobal, Stunkard, 1989). Tra gli adulti, la condizione socioeconomica era uno dei correlati più coerenti, mentre per i bambini la relazione è meno chiara. Un folto numero di studi ha dimostrato che i bambini di famiglie con status socioeconomici bassi, presentano un rischio maggiore di sovrappeso e obesità (cfr. Danielzik *et al.* 2004; Gray *et al.* 2007; Hanson, Chen, 2007; Vieweg *et al.* 2007). Tuttavia, vi sono studi che non hanno confermato tale associazione (Power, Manor, Matthews, 2003; Jones, Nesheim, Habicht, 1985). Probabilmente, i risultati contrastanti

negli studi sulla condizione socioeconomica mostrano la presenza di cause nascoste e più prossimali sull'obesità infantile.

La ricerca su singoli indicatori rivela alcuni risultati interessanti. Nella maggior parte degli studi *population-based* e degli studi di campionamento trasversale, avere una madre in sovrappeso (Gibson *et al.* 2007; Hui *et al.* 2003; Langnäse, Mast, Müller, 2002), vivere in una famiglia monoparentale (Gibson *et al.* 2007; Hesketh *et al.* 2007) ed essere cresciuti in una condizione di basso reddito familiare (Gray *et al.* 2007; Langnäse, Mast, Müller 2002) sono fattori associati al sovrappeso e all'obesità infantile. Inoltre, tali correlati sono stati trovati anche come fattori di rischio longitudinali, come evidenziato dallo studio prospettico di Strauss e Knight (1999). Franzese e colleghi (1998) hanno scoperto che il 22% del loro gruppo obeso ha ricordato un evento di vita stressante all'insorgenza dell'obesità. La ricerca di Gibson e colleghi (2007) però non ha trovato alcuna relazione con l'adiposità infantile. Per alcuni studi, la psicopatologia materna era correlata allo stato di peso dei bambini (Epstein, Klein e Wisniewski, 1994; Epstein, Myers e Anderson, 1996; Favaro, Santonastaso 1995; Molinari, Compare 2006; Zipper, Vila, Dabbas 2001), mentre in una ricerca più recente non è stato possibile stabilire alcuna associazione con la depressione materna (Gibson *et al.* 2007).

Questi risultati non restituiscono un'immagine certamente uniforme, tuttavia i fattori sociali sfavorevoli spesso non si verificano isolatamente. Esaminare più indicatori dello stile di vita familiare, del vissuto della famiglia e la loro associazione con l'obesità infantile resta promettente, perché l'esposizione cumulativa a fattori famigliari "sfavorevoli" può influire negativamente sulla salute e sulla gestione dell'obesità infantile. Si noti però che i meccanismi specifici attraverso i quali le caratteristiche famigliari sono associate all'obesità infantile rimangono spesso "oscuri". È stato ipotizzato che i fattori famigliari e l'obesità infantile siano collegati indirettamente attraverso l'individuo e l'apporto dietetico condiviso dalla famiglia, così come evidenziato da Ruxton e Kirk (1996). In linea con i risultati precedenti – i quali sottolineavano l'importanza di esperienze genitoriali conflittuali (Abidin, Jenkins, McGaughey, 1992) – lo *stress* genitoriale viene interpretato come un importante moderatore. Anche lo studio di Moens e colleghi (2009) mostra che l'esperienza dello *stress* genitoriale può avere influenze dannose, se combinata con l'accumulo di fattori famigliari negativi.

In sintesi, le caratteristiche famigliari associate al sovrappeso sono ancora studiate in modo frammentario e richiedono un disegno di studio che esplori le influenze principali e le interazioni importanti delle caratteristiche dei conflitti del campo familiare.

2.5 I legami tra l'obesità infantile e gli stili di vita genitoriali

La letteratura offre diversi spunti su come i fattori genitoriali possono influire sull'obesità nei bambini (Sigmund *et al.* 2018; Patrick, Nicklas, 2005). Alcuni studi hanno individuato i genitori come un effetto diretto o indiretto (ad esempio, per quantità e qualità di cibo disponibile in casa, per il monitoraggio del consumo di cibo, ecc.) sulle abitudini alimentari dei loro figli e sulla successiva condizione di obesità (Birch *et al.* 2007; Rhee 2008). Dai genitori e dai pari i bambini apprendono come modellare le preferenze alimentari, l'assunzione di cibo e la curiosità di assumere nuovi alimenti¹⁷. La disponibilità e l'offerta di cibi sani sembra essere la chiave per superare l'avversione nei confronti di particolari alimenti (Gray, 2018). I tipi di cibo disponibili in casa e le preferenze alimentari dei membri della famiglia possono influenzare gli alimenti che i bambini mangiano (cfr. Halliday *et al.* 2014; De Sousa, 2009; Gibson *et al.* 2007). Inoltre, i pasti della famiglia possono influenzare il tipo di cibo consumato e la sua quantità. Anche le abitudini famigliari, sedentarie o fisicamente attive, influenzano il bambino (Anderson, Butcher, 2006). Per tali motivi una delle migliori strategie per ridurre l'obesità infantile sarebbe quella di educare le abitudini alimentari e di esercizio di tutta la famiglia (cfr. WHO, *Childhood overweight and obesity*; Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008)¹⁸.

¹⁷ Certe abitudini alimentari come evitare la prima colazione, fare spuntini frequenti e consumare cibo in modo incontrollato e compulsivo sono associate a una maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità infantili. Si noti che chi non consuma la prima colazione più facilmente compenserà in modo parziale le calorie non assunte nei pasti successivi. La prima colazione è valutata anche come un attivatore del metabolismo energetico all'inizio della giornata, allungando così la metabolizzazione delle calorie, invece di attivarla solo durante il giorno. A tal proposito, le evidenze scientifiche sono limitate: alcuni studi di osservazione hanno mostrato una relazione tra il consumo della prima colazione e un peso corporeo più basso, benché i test medici randomizzati diano risultati non omogenei. Cfr. Casazza *et al.* (2015).

¹⁸ Le azioni di contrasto al sovrappeso e all'obesità infantile sono tra gli obiettivi prioritari nell'agenda sanitaria dei prossimi anni in Italia, così come in gran parte del mondo globalizzato. Gli studi di prevalenza realizzati in Italia negli ultimi anni hanno evidenziato il 21% di casi di sovrappeso e il 10% di obesità in bambini di scuola primaria. Al di là della elevata prevalenza e persistenza del fenomeno, a destare preoccupazione è soprattutto la presenza di complicanze fisiche e psicosociali già presenti nei bambini obesi, le quali tendono ad aggravarsi in età adulta. Per cui, la prevenzione e la cura dell'obesità in età pediatrica e delle sue complicanze rappresentano obiettivi strategici di fondamentale importanza, anche al fine di ridurre i costi che il Sistema Sanitario Nazionale dovrà sostenere per la cura e l'assistenza dei pazienti con patologie croniche associate all'obesità in età adulta. Negli ultimi dieci anni è stata condotta molta ricerca scientifica sulle comorbidità e sulla cura del bambino e dell'adolescente obeso e si è reso necessario per il sistema della salute poter contare su linee di intervento aggiornate in base alle nuove evidenze scientifiche. In questa direzione, la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) e la Società Italiana di Pediatria (SIP), con la partecipazione dell'Area Pediatrica, hanno realizzato una seconda edizione della

Gli studi hanno dimostrato che avere una madre in sovrappeso e vivere in una famiglia monoparentale sono associati a sovrappeso e obesità infantile (Moens *et al.* 2009), dunque la struttura dei pasti si rivela essere molto importante: mangiare insieme in famiglia aumenta la probabilità di consumare cibi più sani, mentre mangiare fuori o guardare la TV nel momento in cui si mangia è generalmente associato a un maggiore apporto di grassi (Lissner *et al.* 2012; Feldman *et al.* 2007). I bambini, inoltre, sembrano trascorrere sempre più tempo in attività sedentarie che prevedono l'utilizzo di dispositivi elettronici (Biro, Wien 2010; Maziak, Ward, Stockton, 2008; Must, Parisi, 2009). Anche lo stile di alimentazione e la sua comunicazione ai figli è significativo. Negli studi che hanno esaminato l'influenza di quattro diversi stili genitoriali (autorevole, autoritario, permissivo e negligente), la genitorialità autoritaria era collegata ai più alti tassi di obesità infantile e la genitorialità autorevole era collegata ai tassi più bassi di obesità (Rhee *et al.* 2005; Berge, *et al.* 2010).

Una alimentazione “autorevole” e ben comunicata è associata a sentimenti positivi riguardo ai cibi sani, mentre ogni tentativo di vietare “cibo spazzatura” è associato all'aumento del desiderio di quel cibo (Birch, Fisher, 1998).

Vi sono evidenze empiriche secondo cui i genitori con cattive abitudini alimentari spesso hanno figli con cattive abitudini alimentari (Campbell *et al.* 2007). Alcuni studi sottolineano come lo stile genitoriale possa influenzare la quantità di monitoraggio effettivo che viene concesso alle abitudini alimentari del bambino, il tipo di scelta alimentare fornito al figlio e la frequenza con cui si incoraggiano i comportamenti positivi rispetto all'alimentazione e all'attività fisica (Hubbs-Tait *et al.* 2008). Inoltre, l'implementazione di stili genitoriali positivi aiuta i bambini in sovrappeso a perdere peso (Rhee, 2008).

Mentre vi è stata crescente attenzione sull'influenza degli stili genitoriali, non è accaduto altrettanto per l'analisi di come i genitori obesi interagiscono con i loro figli e se l'obesità influenza direttamente lo stile genitoriale (cfr. Zeller *et al.* 2008). La ricerca di Ball, Crawford e Kenardy (2004) esamina gli effetti dell'obesità degli adulti sulle relazioni interpersonali e sulla soddisfazione di vita. Il risultato mostra che le relazioni e la soddisfazione sul lavoro variano in base allo “stato del peso dell'individuo”. Tuttavia, mentre questi studi esaminano le relazioni interpersonali che le persone obese hanno con i loro amici e con i coniugi, la ricerca non mostra ancora come le abitudini alimentari e l'immagine del proprio corpo, possano influenzare la relazione di un genitore con i figli, il partner e gli altri membri della famiglia.

Consensus su Diagnosi, terapia e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente (2017), come aggiornamento della Consensus (2006).

Date tali prospettive, il nostro studio cerca di riflettere in modo “comprendivo” sulle relazioni tra genitori e figli in sovrappeso.

3. Stili di vita e relazioni familiari: il campo da esplorare

3.1 La famiglia tra *habitus* e campo

La logica della pratica del nutrire una famiglia implica soddisfare non solo ciò che è materiale, ma anche quegli aspetti simbolici del bisogno di cibo. Ovvero, la pratica di nutrire la famiglia implica il soddisfacimento di bisogni comuni, i quali includono comunità, solidarietà, senso di appartenenza, dignità, rispetto, autostima, onore, amicizia e amore. In particolare, in *La misère du monde*, Bourdieu si è rivolto alla famiglia come un campo di studio, perché essa svolge un ruolo chiave nel mantenimento dell'ordine sociale ed è un luogo primario dell'accumulazione e della trasmissione di diverse forme di capitale (Bourdieu, 2015; 1993).

Il volume e la composizione del capitale di un individuo orienta la sua posizione nei «campi» di azione sociale. «Campo» è il concetto chiave con cui riferirsi a una rete di relazioni sociali. Ogni campo è governato dalla propria logica, dalle proprie regole e regolamenti. L'evoluzione delle società tende a far emergere campi «autonomi e dotati di leggi proprie. [...] Ogni campo, producendosi, produce una forma di interesse che, dal punto di vista di un altro campo, può sembrare disinteresse» (Bourdieu, 2009, p. 142)¹⁹. Gli agenti rispondono alle regole implicite che governano i campi in cui operano e spesso si impegnano in strategie e conflitti per accumulare capitale e mobilitarsi all'interno di questi spazi di *agency*. Sebbene vi sia una disparità nella valutazione dei capitali associati alle diverse culture di classe, il valore relativo di un capitale dipende anche dallo stato di avanzamento nel campo in cui quel capitale circola²⁰. Quindi, ciò varia da un campo all'altro. Secondo Bourdieu (1993) la famiglia funziona come un campo che contiene relazioni fisiche, economiche e simboliche: tali relazioni corrispondono alla forma e

¹⁹ Con questa metafora spaziale Bourdieu definisce la struttura degli ambiti entro cui si muovono gli agenti.

²⁰ Si noti fin da subito che nel *framework* portato dal *Cultural Turn* si tende, sociologicamente, a conferire una maggiore attenzione nei confronti delle questioni riguardanti la relazione tra stili di vita e comportamenti salutari guardando alla classe come oggetto indebolito dai cambiamenti socioeconomici legati al passaggio verso una società post-fordista. In altre parole, il *Cultural Turn* disarticola la posizionale visione dell'identità di classe, dei suoi comportamenti e dei suoi stili a favore di un trattamento maggiormente discorsivo, focalizzandosi sui codici culturali, sulle rappresentazioni e sulle categorizzazioni, considerate relativamente indipendenti dalla posizione sociale. In generale, le possibilità di utilizzare gli stili di vita come indicatori di classe e di stratificazione sociale o come indicatori di pratiche di consumo sembrano oggi più limitate. Si veda sul tema Devine *et al.* (2004); Evans (2017).

alla quantità di capitale che ogni membro della famiglia possiede. In questo senso, la famiglia è fondamentale per la formulazione dell'*habitus* e per la trasmissione del capitale, partecipando di conseguenza anche alla produzione e alla riproduzione delle disuguaglianze. In particolare, la famiglia svolge un ruolo chiave nel trasmettere il capitale culturale attraverso un'azione pedagogica (Johnson, 1993).

Nella definizione di Bourdieu, l'*habitus* si dà come un «sistema di disposizioni durature e trasmissibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, cioè in quanto principi generatori e organizzatori di pratiche e rappresentazioni» (Bourdieu, 2005, p. 84). L'*habitus*, integrando le esperienze passate, agisce influenzando le percezioni, le valutazioni, le condotte e, nello stesso tempo, rendendo possibile l'attuazione di una grande varietà di compiti, grazie ai *transfert* analogici di schemi che permettono di risolvere problemi dalla stessa struttura. Le strutture sociali, attraverso vari processi di socializzazione, vengono interiorizzate e diventano disposizioni, e le disposizioni conducono alle pratiche, le quali, a loro volta, riproducono le strutture sociali. Secondo Bourdieu, è in questo modo che l'*habitus* trascende la divisione fra oggettivismo e soggettivismo: esso è sia «strutturato» sia «strutturante», un prodotto oggettivo delle strutture sociali così come ciò che produce le pratiche che riproducono le strutture sociali (Bourdieu, 2005; 1977). Tale concetto è sostenuto in chiave anti-riduzionista perché l'*habitus*, come tale, non conduce automaticamente alle pratiche e, al contrario, si mostra nel suo essere flessibile, polisemico e politetico. Piuttosto che determinare esattamente le pratiche, esso agisce come *framework* delimitante all'interno del quale possono essere prodotte un gran numero di pratiche. L'*habitus* «è ciò che permette di produrre pratiche in numero infinito e relativamente imprevedibili [...] limitate tuttavia nella loro diversità» (Bourdieu, 2005, p. 88). È proprio questa flessibilità inventiva che permette al «portatore» di *habitus*, quando entra in uno specifico campo, di affrontare le varie esigenze che le «posizioni» impongono. Tuttavia, questo tipo di adattabilità politetica opera in modo dato per scontato, non riflessivo. In circostanze normali l'*habitus* funziona secondo una modalità che non presuppone né introspezione, né calcolo. In circostanze normali le disposizioni di un attore e le posizioni del campo conducono alle pratiche senza attivare strategie fondate razionalmente. Solo quando si verificano delle «crisi», per esempio quando non c'è corrispondenza fra disposizioni e posizioni, entra in scena la strategia riflessiva e razionale. Quando le posizioni cambiano e le strategie si attardano, il portatore di *habitus* è obbligato ad abbandonare i suoi orientamenti dati per scontati e ad adottare modalità di azione più riflessive, basate sul calcolo (Bourdieu, Wacquant, 1992). Le disposizioni, ossia propensioni e inclinazioni, che danno forma all'*habitus* sono, difatti, acquisite e interiorizzate durante le esperienze quotidiane vissute nella famiglia, nel gruppo dei pari e a scuola. Esse sono «incorporate» e sedimentate nei singoli mediante

un graduale e complesso processo di socializzazione. In questo senso, l'*habitus* rimanda al livello del dato per scontato, a una dimensione altra e sottostante a quella della consapevolezza e dell'azione razionale e calcolata: in quanto amalgama di presente, passato e futuro, l'*habitus* orienta e predispone gli agenti sociali verso alcune scelte e direzioni, senza che esse siano strettamente determinate. Tuttavia, il dinamismo è interno alla stessa dinamica di attivazione, poiché le disposizioni sono sempre a uno stato potenziale, la cui concretizzazione dipende dalle circostanze interne allo spazio sociale.

Chiaramente, il suo utilizzo deve essere “accorto”, soprattutto all'interno di un *frame* qualitativo come il nostro. L'*habitus* è un modo di guardare ai dati che rende il “dato per scontato” problematico. Vale a dire, esso suggerisce tutto un insieme di questioni che sono necessariamente indirizzate verso la ricerca empirica: ad esempio, come si è adattato l'individuo al contesto in cui si trova? Come la storia personale plasma le sue risposte al mondo sociale contemporaneo? Quali vocazioni soggettive sono manifestate? Gli effetti strutturali sono visibili all'interno delle micro-interazioni quotidiane? Da questa prospettiva, l'*habitus* diviene uno strumento malleabile e dinamico per interrogare alcune dimensioni silenti delle pratiche quotidiane della famiglia.

Infatti, per Bourdieu le famiglie nucleari e le famiglie benestanti detengono la maggior parte del potere simbolico, perché sono naturalizzate in modo da essere viste come la norma universale. Invece, coloro che hanno il privilegio di avere una famiglia “normale” sono in grado di chiedere altrettanto senza dover sollevare la questione delle condizioni di accesso universale a ciò che chiedono universalmente – ad esempio un certo reddito, spazio abitativo e così via (Bourdieu, 1993). Ciò significa che gli stili di vita famigliari nucleari e benestanti possono essere spesso riconosciuti erroneamente come i più legittimi e tale forma di violenza simbolica è spesso attuata verso le famiglie più povere ed emarginate²¹. Perciò, la famiglia svolge un ruolo decisivo nel mantenimento dell'ordine sociale, attraverso la riproduzione sociale oltre che biologica, ovvero la riproduzione della struttura dello spazio sociale e delle relazioni sociali. Inoltre, lo Stato svolge un ruolo nella normalizzazione di alcune formazioni famigliari. Attraverso la politica e il discorso esso costituisce l'identità familiare come uno dei più potenti principi di percezione del mondo sociale e una delle unità sociali più «reali» (Bourdieu, *op. cit.*). Quindi, ciò che è simbolico si intreccia con le disuguaglianze materiali e possiede rilevanza sul ruolo degli stili di vita, dei corpi, dei

²¹ Si noti che la violenza simbolica «è quella forma di violenza che viene esercitata su un agente sociale con la sua complicità». Gli agenti sociali, in quanto sono «agenti di conoscenza, anche quando sono sottoposti a determinismi, contribuiscono a produrre l'efficacia di ciò che li determina, nella misura in cui strutturano ciò che li determina» (Bourdieu, Wacquant, 1992, p. 129).

modelli di consumo e delle famiglie nella produzione e nella riproduzione dell'ordine sociale.

Nel prossimo paragrafo esamineremo come i concetti Bourdieu possano essere ripresi per fornire un senso a una specifica relazione: quella tra posizione socioeconomica, salute e stili di vita (pratiche), in particolare guardando ai più giovani, nel campo sociale della famiglia.

3.2 *L'intreccio tra vissuti e socializzazione in famiglia*

Il rapporto tra le strutture sociali e i vissuti delle persone è biunivoco. Le une influiscono sulle altre e viceversa, in modo continuo. Parlare di intreccio relazionale tra sessi e generazioni ci conduce a porre al centro della nostra analisi quella realtà tanto complessa, quanto di esperienza quotidiana che è la famiglia.

Adottando questa angolazione per osservare, analizzare e comprendere il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità in età infantile, ci porta ad assumere la famiglia come campo privilegiato di analisi. Il primo passaggio lo abbiamo focalizzato sul comprendere come, all'interno delle coppia, della relazione genitoriale e, quindi, delle relazioni famigliari, emergono, si strutturano e mutano le idee e le pratiche riferite al consumo di cibo, alla rappresentazione del corpo e come poi queste vanno a strutturare gli *habitus* che i soggetti agiscono all'"esterno" della famiglia, nella scuola e nei servizi a essi dedicati. Attraverso il concetto di campo, Bourdieu ci offre uno strumento chiaro, coerente e solido per concettualizzare la vita familiare, che fornisce una comprensione delle sue particolarità, la sua posizione all'interno di strutture di potere più ampie e il suo ruolo nella produzione di capitale sociale e, quindi, di capitale culturale. Parlare di famiglia *come* campo significa riferirsi a un sistema relativamente autonomo di relazioni tra agenti che sono, da un lato, uniti dall'interesse reciproco di un sistema di riconoscimento e da un insieme di assunti e pratiche dati per scontati rispetto al "ciò che si fa, o che è bene fare", dall'altro, si trovano in un sistema conflittuale e competitivo in cui ciascuno deve individuare la propria strategia utile all'ottenimento di quel riconoscimento.

Anche in questo campo gli agenti lottano ad armi impari, perché la posizione occupata all'interno del campo conferisce a ciascuno poteri diversi derivati dalla qualità e quantità di capitale detenuta da ciascuno. All'interno del campo famiglia, la lotta si struttura principalmente lungo due assi di potere: quello dei sessi e quello fra generazioni. Come suggerisce Atkinson (2014), la definizione di famiglia come campo ci permette di osservarla come un microcosmo che, condensando e mediando le influenze del macrocosmo sociale, acquisisce un ruolo primario e fondamentale nella costruzione e ricostruzione delle storie dei mondi di vita dei singoli soggetti, necessari per una

spiegazione sfumata/interpretata del perché le persone si comportano in un certo modo.

All'interno del campo i singoli soggetti attuano la loro personale lotta per il riconoscimento e lo fanno attraverso risorse che differiscono da soggetto a soggetto, sia per qualità, sia per quantità. Queste risorse, che possono essere economiche, culturali, sociali e denotano l'unicità di ciascuno nella loro dimensione simbolica, si generano e operano all'interno del campo specifico di riferimento. La somma di queste risorse va a costituire un vero e proprio capitale, mobilitabile dall'individuo all'interno del campo per ottenere riconoscimento e all'esterno per ottenere un posizionamento che dipenderà dalla classe sociale di appartenenza.

Il nostro sguardo analitico si rivolgerà inizialmente alle dinamiche relazionali interne alla famiglia, per poi volgere a osservare come la famiglia, attraverso rappresentazioni e pratiche, si relaziona al proprio esterno rispetto all'esposizione dei propri corpi, al consumo di cibo e alla gestione del peso.

Se è vero che ciascun microcosmo sociale si relaziona al macrocosmo attraverso una forma di omologia, cioè di somiglianza strutturale, sarà interessante vedere come la famiglia agisce i propri capitali nel contesto sociale esterno a essa. A questo proposito, la letteratura sociologica ci mostra un dibattito molto ricco, che vede scontrarsi fondamentalmente due posizioni opposte: da un lato, c'è chi argomenta che costrittivamente, proprio per le sue caratteristiche di campo, la famiglia non possa essere in grado di produrre risorse utili al contesto esterno, mentre, dall'altro, chi invece sostiene che proprio perché quello della famiglia è un campo caratterizzato da una rete di relazioni molto densa, che vede intrecciarsi sessi e generazioni legati tra loro da scambi basati su dono e reciprocità, è capace di generare al proprio interno una serie di risorse (fiducia, reciprocità, sostegno, ecc.) che i singoli trasmettono all'esterno. Si attiva così uno scambio tra interno ed esterno della famiglia che sarebbe interessante osservare a quali condizioni può mantenersi attivo, affinché sia il microcosmo famiglia, sia il macrocosmo "società" possano beneficiare l'uno della presenza dell'altro.

All'interno del campo famiglia si sviluppa la forma primaria di capitale sociale, quello che in letteratura viene definito il capitale sociale familiare (CSF) e che si riferisce alla capacità delle relazioni famigliari di generare legami affidabili e continui basati sui mezzi di scambio generalizzati simbolicamente del dono e della reciprocità. Tale proprietà *sui generis* è definita nei termini di: un legame strutturale, una referenza simbolica, un effetto reciprocità derivante dalla relazione stessa (Prandini, 2003). Questa capacità generativa della famiglia include l'insieme dei processi attraverso cui l'individuo, nel corso dello sviluppo, apprende ad interagire con gli altri, a costruire relazioni, legami stabili, mentre, parallelamente, acquisisce le norme, le regole, i simboli e gli strumenti propri della cultura e della società di appartenenza. Infatti, la famiglia è quella realtà che ha la funzione di

socializzare i nuovi nati alla realtà in cui sono approdati, compiendo quel passaggio da natura a cultura, da individuo a società.

Per le finalità di questo contributo ci interessa particolarmente proporre un focus sulla socializzazione, perché è attraverso di essa che i genitori trasmettono ai figli regole di convivenza quotidiana, la quali saranno poi trasferite in ambito sociale: pratiche riferite al cibo, orari, organizzazione del rapporto sonno-veglia, condivisione dei compiti, ecc. La socializzazione si configura sia come un prodotto, sia come un processo e riguarda informazioni non semplicemente riconducibili alle norme, ma piuttosto include aspetti affettivi che agiscono da sfondo alla trasmissione delle regole stesse (Corsano, 2007). Sono proprio questi processi che includono dimensioni strutturali e soggettive che ci interessa porre sotto i riflettori della nostra analisi, per evidenziare i meccanismi sociali riferiti alle pratiche alimentari e all'obesità infantile.

A questo proposito, riprendendo una distinzione tradizionalmente presente in letteratura, è possibile parlare di socializzazione primaria e secondaria. La socializzazione primaria riguarda la precocità con cui si verificano questi processi così come la loro imprescindibilità per la formazione dell'individuo e l'acquisizione di competenze sociali di base. Tra queste ricade l'alimentazione, le sue pratiche e i suoi significati (Schaffer, 1996). La socializzazione secondaria può essere considerata come quella processualità che accompagna il bambino dalle relazioni familiari del nucleo alla socialità del contesto a esso esterno. Si tratta della capacità del bambino di rapportarsi con figure adulte diverse dai familiari, con i pari, regolando autonomamente la propria azione rispetto agli altri (Winnicott, 1965). Allora possiamo immaginare di evidenziare una continuità tra il CSF interno e la socializzazione primaria e la socializzazione secondaria e il CS. Nonostante nell'osservazione la distinzione tra socializzazione primaria e secondaria non sia così rigida, può essere utile in questo percorso al fine di distinguere tra pratiche di alimentazione e significati del cibo maturati e trasmessi in famiglia, quindi grazie alla socializzazione di tipo primario, e pratiche e significati del cibo attuati dalla famiglia nei momenti di socialità e di condivisione con persone diverse da quelle del nucleo familiare. Osservare la socializzazione secondaria condurrà a comprendere come la famiglia mette in gioco i propri capitali nel contesto sociale esterno.

Il meccanismo che entra in gioco sia nella socializzazione primaria che in quella secondaria è quello della trasmissione. La trasmissione interna alla famiglia è da sempre immaginata in capo alle generazioni più anziane rispetto a quelle più giovani (Mannheim, 2008). Dal punto di vista sociologico, la generazione rappresenta quella relazione sociale che lega coloro che hanno la stessa collocazione nella discendenza familiare rispetto al modo in cui tale collocazione viene tratta dalla società attraverso le sfere che mediano tali relazioni all'interno e all'esterno della famiglia (Leccardi, Ruspini, 2006).

Questa definizione sociologica di generazione ci permette di studiarla come un costrutto che si basa sull'età storica biologica coniugata alle relazioni tra generanti-generati e alla questione connessa alla trasmissione di pratiche e risorse (asse sociale): si tratta del legame agito dentro e fuori la famiglia, ossia nella comunità.

Volgendo lo sguardo alle trasformazioni demografiche avvenute nel nostro Paese negli ultimi quattro decenni, possiamo affermare che se a livello macro l'invecchiamento della popolazione significa trasformazioni nella forza lavoro e una revisione del sistema di welfare (e non solo), a livello micro – cioè all'interno delle strutture familiari e della parentela – ciò comporta una modificazione della composizione delle reti e una conseguente ridefinizione dei rapporti e delle relazioni fra le generazioni che le popolano (Naldini, Saraceno, 2011). Questo fenomeno non può non avere delle ripercussioni sulla socializzazione primaria e secondaria, quindi, per il nostro lavoro, sulla trasmissione dei significati del cibo.

3.3 La famiglia come campo di trasmissione dei significati e dei valori del cibo

Se osserviamo la famiglia come campo possiamo concettualizzare la trasmissione intergenerazionale all'interno delle famiglie come la coltivazione di *habitus*. Essa implica tramandare atteggiamenti, valori e pratiche e un sistema di disposizioni acquisite dall'apprendimento implicito o esplicito che funziona come un sistema di schemi generativi, capace a sua volta di generare strategie (Bourdieu, 1993). Inoltre, le disposizioni si sviluppano molto presto nella vita delle persone, riproducendo la vita culturale (Bourdieu, 1973). In tal senso, guardando al ruolo delle esperienze sociali che gli individui maturano nel processo continuo di socializzazione e di partecipazione alla cultura, possono essere identificati due diverse funzioni dell'*habitus*. La prima riguarda la *struttura strutturata*, ovvero è storia incorporata o presenza del passato nel presente: l'esperienza passata si traduce in disposizioni percettive e comportamenti che funzionano sia nelle situazioni conosciute che in quelle del tutto nuove. La seconda riguarda la *struttura strutturante*, ovvero il principio generativo e la capacità creativa che permette al soggetto di attuare comportamenti di adattamento continuo, nel momento in cui ricostruisce un rapporto tra sé e il contesto, iniziando così un dialogo.

Dal momento che il cibo viene ingerito, è la «forma ultima» di consumo (Warde, 2016), un *medium* di trasmissione culturale. Il cibo e le pratiche alimentari sono circondati da rituali e da significati. Ciò significa che l'*habitus* relativo al cibo viene letteralmente incorporato nei corpi e chi mangia viene quindi incorporato in culture particolari (Fischler, 1988). All'interno delle

famiglie questo processo di incorporazione è un *medium* per riprodurre la famiglia stessa (DeVault, 1991). Per quanto riguarda le pratiche alimentari, nel momento in cui le persone transitano allo *status* di genitori possono cercare di orientare i bambini al fine di garantire che mangino in modi culturalmente appropriati, in relazione al tempo e al luogo (Elias, 2005). Come suggerisce Lupton (1994), la relazione tra genitore e figlio è anche caratterizzata da una «lotta» per il potere in relazione alle abitudini corporee del bambino (cfr. O'Connell, Brannen, 2014; Brannen, O'Connell, 2017). In alcuni casi, i genitori cercano di perpetuare le esperienze della loro infanzia e le pratiche dei loro genitori, mentre in altri possono sperare di fare le cose in modo diverso ed evitare di trasmettere comportamenti appresi ritenuti inadeguati o addirittura nocivi.

A tal proposito, nello studio di Knight e colleghi (2014) sul ruolo dei ricordi di infanzia e delle relazioni intergenerazionali nella trasmissione delle pratiche alimentari della famiglia, emerge che un terzo dei genitori intervistati ha descritto negativamente le esperienze infantili delle proprie pratiche alimentari. Tale evento conduce, in modo più o meno riflessivo, verso uno sforzo ad agire diversamente con le proprie famiglie. Il ricordo più comune di questi genitori si rende presente come una “costrizione” a mangiare un particolare alimento. Talvolta e in modo affatto causale affiora il desiderio di non imporre questa pratica ai propri figli.

Inoltre, le identità alimentari cambiano nel corso della vita, in relazione al contesto storico e in relazione alle generazioni più anziane che precedono. Ogni generazione cerca, seguendo percorsi diversi, di differenziarsi da un'altra e di lasciare il «proprio segno» riguardo a ciò che le è stato trasmesso (Bertaux, Bertaux-Wiame, 1997). In tale processo spesso si creano delle ambivalenze, perché una nuova generazione mostra la volontà, rispetto alla generazione dei loro genitori, di voler dare una vita migliore ai propri figli, o di allevarli in modo diverso (Brannen, 2015), anche creando nuove posizioni socioeconomiche, così come nuove disposizioni o abitudini che possano allontanare i genitori attuali dalla generazione più anziana²². In tal modo,

²² Il modello di regolazione dei rapporti fra padri e figli è durato circa duemila fino a quando l'avvento del welfare state ha assicurato i cittadini dalla “libertà dal bisogno” regolando in modo “nuovo” il bilanciamento tra il potere privato e quello pubblico. In questo modo la solidarietà intergenerazionale si è spostata dalla cerchia delimitata dalle mura domestiche (la famiglia) verso l'esterno della famiglia (lo Stato). Il declino dello Stato del benessere, la crisi finanziaria del 2008 e la perdurante situazione di difficoltà economica ha fatto sì che la solidarietà intergenerazionale all'interno della famiglia e nella sfera pubblica seguisse logiche opposte. Il flusso di beni che transita in famiglia dalla generazione più anziana verso quella più giovane è esattamente di segno opposto rispetto a ciò che avviene nel sistema di welfare vigente. Si verifica una sorta di “simmetria inversa” che provoca una sorta di schizofrenia per cui nell'arena pubblica è in atto uno scontro generazionale latente che esacerba le ambivalenze più sopra richiamate (per la prima volta le generazioni attuali sono condannate ad avere condizioni di vita peggiori di quelle dei loro padri); tra le mura domestiche gli scambi seguono

mentre la trasmissione culturale crea, riproduce e trasmette identità familiari, al contempo genera anche posizioni contro le quali le nuove generazioni reagiscono.

Il cibo è quindi un veicolo fondamentale per trasmettere il patrimonio e il significato culturale familiare, che spazia da un semplice pasto in famiglia, fino al pranzo del Ringraziamento o alla cena di Natale (Muir, Mason, 2012). Tuttavia, la trasmissione non è semplice, dal momento che l'*habitus* viene messo in atto in campi mutevoli. Anche quando i genitori cercano di riprodurre le proprie esperienze, lo fanno in condizioni storiche molto diverse da quelle della propria infanzia. Vale a dire, le pratiche alimentari non sono automaticamente trasmesse da una generazione all'altra, ma sono adattate, adottate, trasformate o generate *ex novo* nelle pratiche della vita di tutti i giorni (Forero, Smith, 2010). Oggi, la vita familiare è in genere organizzata attorno all'occupazione di entrambi i genitori e una conseguenza di ciò è che le madri hanno meno tempo da dedicare alla preparazione dei pasti (Warde *et al.* 2007). Inoltre, oggi vi è una grande abbondanza di prodotti alimentari raffinati che risultano poco salutari, mentre al contempo coesistono un'enfasi sulla «scelta» del consumatore e un'enfasi contraddittoria sulla «moderazione individuale» (Guthman, DuPuis, 2006; Pirie, 2016). Nell'attuale clima di forte normatività riguardante la responsabilità genitoriale e cosa significa «mangiare bene» (Maher, Fraser, Wright, 2010), molti genitori esprimono la volontà che i loro figli mangino in modo «sano» e si conformino ai dettami delle attuali preoccupazioni in materia di salute personale.

La letteratura che riguarda il rapporto tra l'obesità infantile e la famiglia è in grado di mostrarci che la frequenza e la natura quotidiana dei pasti e delle altre «occasioni alimentari» possono offrire una fonte particolarmente potente di trasmissione intergenerazionale precoce di atteggiamenti e credenze alimentari (Billon *et al.* 2002). Il grado di controllo dei genitori esercitato sull'alimentazione dei bambini fornisce un potenziale meccanismo comportamentale attraverso il quale gli atteggiamenti e le credenze dei genitori vengono trasmessi ai bambini: ciò sembrerebbe confermare il consenso sul fatto che le abitudini dei genitori/della famiglia influenzano le successive abitudini alimentari dei figli una volta divenuti adulti.

Come abbiamo visto, alcuni tipi di comportamento alimentare sono associati a fattori sociodemografici. Ad esempio, uno stato socioeconomico più elevato è associato a pratiche dietetiche più restrittive e a un'attività fisica più vigorosa (Wardle *et al.* 2001). Vi sono inoltre evidenze del fatto che il comportamento relativo alla scelta, all'acquisizione e alla preparazione del cibo per la famiglia rimane, oggi, ancora principalmente nelle mani delle madri per una grande maggioranza di famiglie (cfr. McIntosh *et al.* 2010; Beshara

una traiettoria inversa: dalla generazione senior a quella junior fluiscono numerose e variegata risorse culturali e sociali e il cibo e l'alimentazione sembra ricadere tra queste.

et al. 2010; Barnett *et al.* 2008). Ciò potrebbe suggerire che i trasferimenti intergenerazionali di comportamenti e atteggiamenti alimentari sani possono limitarsi ai membri di sesso femminile delle famiglie (cfr. Jackson, 2009; Murcott, 1997; Wilk, 2010; Wills *et al.* 2011).

Se le credenze e i comportamenti alimentari si formano e si configurano principalmente nella prima infanzia e nell'adolescenza, mentre sono riprodotti culturalmente di generazione in generazione (Lupton, 1994), offrire e ricevere cibo è un ambito chiave nella vita familiare, in cui vengono giocate relazioni di ruolo e di potere capaci di orientare i significati del cibo e dell'alimentazione. Anche per questo motivo, gli studi sull'alimentazione dei bambini nelle famiglie si sono concentrati sul cibo come un «indice» delle relazioni generazionali (James, Curtis, Ellis, 2009), come un *medium* per negoziare significati (Cook, 2008), come un veicolo per «esprimere l'identità» (Valentine, 1999) e, infine, come una «arena» in cui mettere in atto «forme di resistenza» a particolari pratiche (Grieshaber, 1997). Tuttavia, in questo ambito vi sono meno ricerche sulle modalità attraverso le quali i genitori esercitano il loro ruolo e l'autorità genitoriale sui propri figli attraverso processi di trasmissione – consapevolmente o inconsapevolmente. Fischler (1986) nota che il controllo della dieta del bambino è comunque di vitale importanza. Infatti, non è in gioco solo la salute attuale della prole, ma tutta la sua evoluzione futura, tutta la sua futura persona. Per cui, un controllo sull'alimentazione significa un controllo del bambino volto a orientarne il suo sviluppo.

3.3.1 La trasmissione di cibo come trasmissione di memoria

All'interno del percorso che stiamo tracciando tra generazioni, trasmissione e alimentazione, vorremmo collocare il ruolo della memoria, perché il cibo, nel suo essere simbolo e significato, è in grado di suscitare, ri-convocarla e incarnarla (Sutton, 2001). Infatti, i ricordi alimentari talvolta si susseguono attorno a «esperienze corporee» che risalgono al passato (Narvaez, 2006)²³.

Nel cercare di rendere conto dei modi in cui modellano le pratiche alimentari dei loro figli, i genitori attingono a ricordi positivi relativi a

²³ Esperienze corporee, così come indagate da Narvaez, si muovono sulla scorta di Mauss e Halbwachs. Da un lato, quindi, il problema è all'interno delle «tecniche del corpo» di Mauss (2017), con cui si voleva valutare la variabilità e il significato dei gesti, delle posture, degli atteggiamenti nelle diverse epoche storiche e nei diversi contesti geografici e culturali. Dall'altro, con Halbwachs, è in gioco la memoria del singolo individuo come costantemente stimolata e influenzata dai rapporti che questo intrattiene con i membri della società in cui vive: «se esaminiamo un po' più da vicino i modi in cui ricordiamo, scopriremo che, molto probabilmente, il maggior numero di ricordi ci torneranno in mente allorché i nostri parenti, amici o altri ce li ricorderanno» (1997, p. 1).

esperienze della propria infanzia e alle proprie culture familiari. Alcuni vogliono continuarle, desiderano che le loro famiglie mangino insieme nello stesso modo in cui ricordano di aver fatto da bambini. Altri attingono a ricordi negativi del cibo durante l'infanzia. Ovvero, il cibo evoca forti risposte emotive, tra cui risentimento, antipatia, repulsione fisica, sicurezza, amore e nostalgia (Lupton, 1994). In effetti, i ricordi delle esperienze passate sono esse stesse «forme di trasmissione» (Thompson, 1993). Questi possono avere conseguenze non intenzionali sia per gli individui interessati, sia per la generazione successiva.

In questa chiave, la ricerca ha dimostrato che i pasti in famiglia hanno in particolare una «funzione protettiva»

- verso uno scarso apporto dietetico (Neumark-Sztainer *et al.* 2003; Woodruff *et al.* 2008; Larson, 2007);
- in relazione agli esiti considerati come non-salutari legati al peso – ad esempio, l'aumento di peso eccessivo o comportamenti alimentari disordinati (Utter *et al.* 2008; Berge *et al.* 2012; Berge *et al.* 2015);
- in rapporto alla vita psico-sociale dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti (Fulkerson *et al.* 2006; Fulkerson *et al.* 2007; Eisenberg *et al.* 2004).

Si può affermare che mangiare insieme produce benefici fisici, individuali e sociali, perché si tratta di un'opportunità quotidiana per un'alimentazione sana che innesca una «connessione attiva» tra i membri della famiglia (Berge *et al.* 2012; Flattum *et al.* 2015; Neumark-Sztainer *et al.* 2010). Dati e risultati esistenti, i quali suggeriscono fortemente che i pasti in famiglia possono servire a proteggere i giovani da una serie di esiti dannosi per la salute, la partecipazione ai pasti regolari in famiglia è fortemente raccomandata da diverse organizzazioni e associazioni. Di contro, nonostante i numerosi benefici per la salute e le molteplici comunicazioni diffuse dagli organi di salute pubblica che informano le famiglie dell'importanza di consumare insieme pasti regolari, molte famiglie non intraprendono tale pratica. I dati suggeriscono che la frequenza del consumo di pasti familiari è diminuita nel tempo, in particolare tra le famiglie a basso reddito (Walton *et al.* 2016; Neumark-Sztainer *et al.* 2013). Anche nel tentativo di orientare lo sviluppo di interventi volti ad aumentare il numero di famiglie che si impegnano in pasti familiari regolari, è importante esplorare i meccanismi che possono portare alla trasmissione intergenerazionale dei pasti familiari o verso cambiamenti nei modelli di pasto trasferibili tra le generazioni (Fulkerson *et al.* 2014). Alcuni studi hanno iniziato a esplorare i potenziali meccanismi attraverso i quali si trasmette la *routine* del consumare i pasti in famiglia tra le generazioni (Watts *et al.* 2017; Berge *et al.* 2018).

Fra questi, lo studio longitudinale di Watts e colleghi (2017), il quale utilizza i dati raccolti nell'ambito del progetto EAT (*Eating and Activity in*

Adolescents and Young Adults), ha fatto emergere che la frequenza dei pasti in famiglia – insieme all’idea che i pasti in famiglia fossero “attesi” durante l’adolescenza – è stata spesso associata alla frequenza dei pasti in famiglia durante la prima infanzia. Utilizzando lo stesso *pattern* di dati, Berge e colleghi (2018) hanno esaminato la trasmissione intergenerazionale dei pasti famigliari regolari dall’adolescenza alla genitorialità: i risultati indicano che i giovani genitori adulti che hanno riferito di consumare pasti regolari in famiglia, oppure che hanno iniziato da breve tempo a consumare pasti regolari con le famiglie attuali, hanno maggiormente riportato: *i*) che gli apporti alimentari sono più salutari, *ii*) che vengono messi in atto dei comportamenti *weight-related* e *iii*) che tali pratiche hanno effetti sociali e psicologici percepiti come positivi – soprattutto rispetto ai giovani adulti che hanno segnalato di non aver mai avuto pasti regolari in famiglia (in quella di origine e in quella attuale). Il ricordo di pasti famigliari frequenti durante l’infanzia per un genitore si associa solitamente a un maggior coinvolgimento nei pasti famigliari attuali, così come si associa al praticare una *routine* ben definita di pasti in famiglia, generando anche aspettative più “alte” verso i pasti famigliari (Friend *et al.* 2015).

Nel complesso, le ricerche realizzate con metodologia qualitativa che hanno esplorato la trasmissione intergenerazionale dei pasti famigliari hanno fatto emergere che le esperienze dei pasti durante l’infanzia dei genitori (siano queste buone e cattive) ha inciso notevolmente sulle loro scelte circa il “come” impegnarsi nei pasti con i propri figli. In diversi studi, un tema comune che emerge è che i genitori desiderano «migliorare» la propria «esperienza alimentare» al fine di migliorare la vita del proprio bambino (Trofholz *et al.* 2018).

Nel loro insieme, i risultati qualitativi e quantitativi, suggeriscono che l’esperienza di un genitore dei pasti in famiglia, riferita soprattutto al periodo dell’infanzia, ha un forte impatto sulle *routine* e sulle aspettative attuali dei pasti famigliari. In questa direzione, Loth e colleghi (2019) mostrano che chi ha “mantenuto” il *pattern* famigliare iniziale sono genitori che spesso associano ricordi positivi al consumo di pasti famigliari durante l’infanzia e l’adolescenza. Per molti genitori, questi ricordi positivi hanno avuto un ruolo attivo nella decisione di continuare con la tradizione dei pasti in famiglia con i propri figli. Al contrario, i genitori che non hanno mantenuto ciò che è stato inizialmente trasmesso hanno riferito di avere ricordi contrastanti delle loro esperienze di pasti famigliari. Alcuni partecipanti hanno descritto pasti occasionali e veloci consumati insieme alla famiglia di origine, mentre altri non avevano alcun forte ricordo di infanzia collegato al pasto in famiglia. Inoltre, lo studio dimostra che diverse famiglie che hanno un pasto famigliare non coerente rispetto ai *pattern* dei pasti famigliari tradizionali hanno spesso discusso del ruolo conflittuale svolto dal lavoro e dalla pianificazione

famigliare con il partner – conflitto che sembra incidere sull'impossibilità di consumare regolarmente pasti insieme.

3.4 Gli stili di vita “come” problema di salute

Gli stili di vita tendono a essere percepiti come salutari o non salutari a seconda dei tipi di pratiche adottate. Le pratiche che nella letteratura riguardo l'obesità – infantile e adulta – spesso vengono definite come *sane* o *non sane* sono soprattutto il consumo di cibo e l'esercizio fisico. La ricerca epidemiologica mette in relazione stili di vita non salutari con uno stato socioeconomico basso, mentre gli stili di vita sani sono messi in relazione con una maggiore aspettativa di vita e con uno stato socioeconomico elevato (Backett-Milburn *et al.* 2010). In risposta a tali risultati, oltre al crescente tasso di obesità tra i bambini in Occidente, la ricerca sociale e le agende politiche si sono sempre più preoccupate degli stili di vita dei giovani e dei bambini. Poiché la maggior parte degli adolescenti e dei bambini è oggetto di cura dei genitori, la ricerca sugli stili di vita si è focalizzata progressivamente sulla famiglia, interpretandola come luogo di produzione dello stile di vita.

In particolare, tra i gruppi socioeconomici più poveri, un'alimentazione sana per le famiglie con figli adolescenti e bambini è divenuta una preoccupazione anche per la cultura popolare. Ciò emerge largamente attraverso i programmi televisivi dedicati a tale tematica. Ora, ciò che conta è che la risposta a simili preoccupazioni spesso risiede nell'individualizzare tali problemi. Infatti, sono spesso tralasciate le questioni strutturali e culturali che limitano l'accesso delle persone con uno stato socioeconomico medio-basso a stili di vita sani, per suggerire invece che il cambiamento nello stile di vita può essere ottenuto “incoraggiando” gli individui a compiere, mediante volontà e impegno, scelte di stile di vita “giuste” e “corrette”, spesso affidate a un'improvvisata pedagogia della cucina o a un'educazione alimentare *sui generis* (cfr. Frye, Bruner, 2012; Monaghan, Colls, Evans, 2013).

Le pratiche sane vengono spesso semantizzate attraverso un codice morale: in particolare, si esprime chiaramente un giudizio su cosa sia una giusta pratica genitoriale e uno stile di vita salutare buono, mentre, al contempo, cosa non è né l'uno, né l'altro. Come osservano Hollows e Jones (2010), l'esperto di turno dello stile di vita culinario diviene una figura simile all'imprenditore morale, il quale sostiene che i singoli cittadini sono responsabili della cura di sé e, quindi, operano all'interno di un più ampio discorso di patologizzazione-medicalizzazione di un intero stato socioeconomico – in particolare, quello medio-basso, che nel nostro caso interessa direttamente l'obesità e il sovrappeso. Anche attraverso ciò che il sistema dei media comunica, così come attraverso istanze portate avanti dalle politiche sociali di diversi paesi, si è passati da una razionalità del welfare che individuava lo

stato come responsabile della cura dei cittadini, per focalizzarsi ora sulla responsabilità individuale e familiare come luogo in cui dovrebbe essere «regolata» la cura e la salute dei giovani cittadini in tutti i suoi aspetti (Featherstone, 2004).

In tale processo, il sistema dei media e il discorso politico hanno avuto la tendenza a patologizzare, tipizzare e marginalizzare le esperienze delle famiglie a basso reddito insieme alle esperienze dei genitori soli, normalizzando le possibilità morali delle famiglie bianche, della classe media, sposate ed eterosessuali (Quarmby, Dagkas, 2013). In casi specifici, essi hanno anche contribuito nel ricreare un pregiudizio di genere, in cui le madri, anziché i padri, sono considerate quali responsabili della cura e della salute della famiglia e dei bambini, generando un'individualizzazione della responsabilità (Maher *et al.* 2010).

Va notato, però, che mentre media e agenda politica hanno attirato utilmente l'attenzione sulle pratiche quotidiane e familiari, le quali incidono sulla salute, un approccio individualizzato sembra riprodurre le disuguaglianze sanitarie legate alla condizione socioeconomica, così come le eventuali disuguaglianze di genere.

In particolare, gli stessi studi scientifici in materia talvolta trascurano i processi culturali che incidono sulle pratiche dello stile di vita, per appoggiarsi piuttosto verso una specie di individualismo metodologico (cfr. Cockerham, 2013a). Ad esempio, vi è stata soltanto una minoranza di tali studi che si è focalizzata sui processi socioculturali alla base delle statistiche sull'alimentazione sana e sullo stato socioeconomico (Backett-Milburn *et al.* 2010).

Tuttavia, secondo Cockerham (2013a), vi è stata una recente appropriazione di approcci neo-strutturali anche da parte della sociologia medica, resa possibile 1) dal riconoscimento che le teorie *agency-oriented* hanno difficoltà notevoli nello spiegare adeguatamente i vincoli strutturali e 2) dalle tecniche statistiche che ora consentono un'analisi dell'impatto dei vari livelli della struttura sulla salute. In un tale contesto, un focus di ricerca sulla famiglia si inserisce anche nel panorama sociopolitico dell'obesità e dell'obesità infantile, insieme alle altre questioni relative allo stile di vita (Maher *et al.* 2010).

Per questi motivi, il *framework* offerto da Bourdieu ha spesso ottimi strumenti da offrire ai ricercatori sullo stile di vita che desiderano prendere in considerazione sia l'*agency*, sia l'impatto della struttura, ed evitare di individuare e patologizzare i problemi sociali (William, 1995; Cockerham, 2013a, 2013b; Huppatz, 2015). Ciò significherà anche rendere conto della particolari significatività del ruolo delle madri nelle pratiche dello stile di vita familiare, senza per questo riprodurre stereotipi di genere e disuguaglianze.

3.5 Stili di vita, salute e condizioni familiari

La prospettiva di Bourdieu offre certamente diversi strumenti da destinare allo studio del comportamento relativo alla salute e al rapporto tra salute, stili di vita e condizione socioeconomica. Se con Weber e Simmel interpretare lo stile di vita significa richiamare, necessariamente, modelli teorici caratterizzati da diverse forme della loro dipendenza dalla stratificazione sociale, il costruttivismo strutturalista²⁴ di Bourdieu favorisce sia il focus analitico delle interazione *face to face* nel riprodurre l'agire degli individui tra di loro, sia l'analisi dello stile di vita come prodotto degli *habitus* e con funzione di segno di una qualifica sociale (Bourdieu, 1983, p. 177):

L'habitus è infatti contemporaneamente principio generatore di pratiche oggettivamente classificabili e sistema di classificazione (*principium divisionis*) di queste pratiche. È proprio nel rapporto tra queste due capacità che definiscono l'*habitus* [...] che si costituisce l'immagine del mondo sociale, cioè lo spazio degli stili di vita (Bourdieu, *op. cit.*, p. 174).

Se gli stili di vita sono i prodotti sistematici degli *habitus* che, presi nei loro reciproci rapporti, diventano segni dotati di qualifica sociale, la relazione tra le condizioni socioeconomiche e *habitus* si pone come fondamento di quell'alchimia che trasforma la distribuzione del capitale, prodotto di un rapporto di forze, entro un sistema di differenze percepite, di caratteristiche distintive, ovvero in distribuzione di capitale simbolico. Dal momento che le condizioni sociali producono *habitus* diversi, questi risultano essere configurazioni sistematiche di proprietà particolari che si manifestano nei diversi *lifestyles*. In questo senso, gli stili di vita, nel loro essere modelli, regole pratiche e valori, sono orientati dagli *habitus*. Tuttavia, un elemento fondante l'analisi degli stili di vita dalla prospettiva che stiamo analizzando va ravvisata nelle due articolazione della sociologia delle pratiche sociali di Bourdieu (2005; 2003): ovvero, la prima è quella dell'individuo che riflette e discute delle proprie azioni, la seconda è quella in cui questo stesso individuo agisce come «preso dal fuoco dell'azione» per immediatezza, cioè seguendo una «logica che non è quella della logica» (Bourdieu, 2005, p. 140 ss.), cioè una *logica pratica* che è in qualche modo «acciuffata da quello di cui si tratta» (Bourdieu, *op. cit.*, p. 154).

Da questa prospettiva, Williams (1995) sostiene che i legami comunemente stabiliti tra l'educazione alla salute e le pratiche sane si siano rivelati troppo esili: per cui, gli strumenti offerti da Bourdieu offrono una comprensione della conservazione di determinati comportamenti legati alla salute per

²⁴ Con ciò si intende che vi sia una genesi sociale, da un lato, degli schemi di percezione, di pensiero e di azione che sono costitutivi dell'*habitus*, dall'altro, delle strutture sociali, in particolare dei campi (Bourdieu, 1987, p. 147).

le diverse condizioni socioeconomiche. Il punto di forza di tale approccio è che consente ai ricercatori di comprendere la durata della pratica classificata tenendo conto della struttura e dell'*agency*, nonché del conflitto per la distinzione nei comportamenti dello stile di vita e del potere della classe dominante sulle pratiche corporee delle altre. Le disuguaglianze di salute sono anche il risultato di conflitti per la distinzione. Quindi, attraverso il significato del concetto di *habitus*, per comprendere gli stili di vita, va considerato un aspetto fondamentale: è nella relazione tra *habitus* e capitale, situata all'interno dei contesti dei diversi campi sociali della società (la relazione tra posizione e disposizione), e la lotta per la distinzione sociale, che si costruiscono e si riorientano gli stili di vita. Pratiche e stili di vita possiedono diverse affinità²⁵. Infatti, entrambi sono i prodotti degli *habitus* che operano come sistemi di segni dotati di una qualifica sociale.

Nella nostra analisi sono in gioco fattori che vanno ben oltre l'economia, fattori che riposizionano i corpi, le loro rappresentazioni e i significati con cui vengono negoziati. Di recente, basandosi su Williams (1995), Cockerham (2013b, p. 131 e ss.) ha sostenuto che i fattori sociali non solo causano malattie, ma siano anche causa di salute, e uno dei meccanismi primari con cui la salute è socialmente prodotta o indebolita avviene attraverso gli stili di vita²⁶. Per cui, i paradigmi individualistici degli stili di vita salutari sembrano troppo ristretti per considerare le influenze strutturali sulle scelte di stile di vita della salute. Quando si guarda agli stili di vita, i quali tendono a raggrupparsi entro schemi particolari che possono riflettere differenze distinte per condizione socioeconomica, età, genere e altre variabili strutturali, va necessariamente considerato il contributo di Bourdieu, almeno nel momento in cui, attraverso esso, si può dar conto di come la struttura sia presente in ogni contesto sociale in cui viene esercitata l'*agency*. Vale a dire, con stile di vita

²⁵ Ad esempio, sui rapporti tra stili di vita e tempo libero, Bellah scrive che «uno stile di vita riunisce tutti coloro che si assomigliano socialmente, economicamente e culturalmente, e uno dei principali scopi è la gioia di stare con coloro che «condividono il proprio stesso stile di vita» (Bellah *et al.* 1996, p. 243; cfr. anche p. 335). Certamente da prospettive non omogenee, con Bellah, Dumazedier (1972; 1974), Sobel (1983; 1981) e Miles (2000) si apre una riflessione sui *loisirs* che porta l'attenzione alle sue modalità e ai suoi contenuti, componenti fondamentali dello stile di vita. Comunque, la prospettiva per cui non sia possibile derivare direttamente da una particolare attività i suoi significati è pienamente schiusa con Giddens: lo stile di vita è «un set di pratiche più o meno integrate che un individuo abbraccia non solo perché [...] soddisfano bisogni utilitaristici ma perché forniscono forma materiale a una particolare identità sociale» (1999, p. 81). Pertanto, uno stile di vita, pur coinvolgendo un insieme di abitudini e sensibilità, mantiene però una sua coerenza e unità tali da assicurare all'individuo il senso di «sicurezza» del sé, il suo «comporsi e ricomporsi» (Giddens, *op. cit.*, p. 106). Un attenuazione del rilievo giddensiano ai processi di autoconstruzione identitaria deriva, come ha evidenziato Castells (1997), dalla constatazione del contrasto tra la libertà del soggetto e i flussi globali di potere, di informazione e di importanza delle posizioni sociali e delle organizzazioni che strutturano le identità.

²⁶ Sul tema si veda anche Cockerham (2005) e (2010).

salutare (Cockerham, 2005; 2013a; 2013b) non si descrivono delle pratiche come comportamenti casuali di individui socialmente disconnessi: piuttosto, sono *routine* personali che si fondono in una forma aggregata caratteristica di gruppi specifici e di classi sociali in cui hanno origine. I comportamenti salutari si raggruppano in stili di vita distintivi basati sullo *status* socioeconomico, sull'età, sul genere, sulla razza e su altre variabili sociali. Questi *patterns* non sono involontari. Sono “riscossi” socialmente in un processo *top-down* di socializzazione ed esperienza che impone la consapevolezza della gamma di scelte disponibili per l'individuo e i protocolli socialmente determinati per la scelta (appropriati o inappropriati). Ovvero, le persone scelgono la loro pratica di stile di vita, ma in genere le loro scelte sono coerenti con le loro condizioni socioeconomiche e in conformità con altre variabili strutturali a loro applicabili. In tal senso, le strutture sociali canalizzano così gli stili di vita salutari su percorsi particolari rispetto ad altri che potrebbe essere scelti. Quindi, gli stili di vita salutari possono essere compresi come «schemi collettivi di comportamento relativi alla salute basati sulle scelte di opzioni disponibili per le persone in base alle loro *chances* di vita» (Cockerham, 2005, p. 55).

Sebbene le condizioni socioeconomiche sembrino avere l'influenza maggiore nell'orientare i comportamenti di salute, va necessariamente riconosciuto che vi sono una serie di altri importanti fattori sociali. Ad esempio, gli stili di vita salutari possono essere influenzati dall'età (Burdette *et al.* 2017; Jones *et al.* 2011; Lawrence *et al.* 2017; Mize, 2017; Mollborn, Lawrence, 2018; Mollborn *et al.* 2014), dal genere (Cockerham, 2005; 2013b; 2014; Flood, Moen, 2015), dalla razza (Cockerham *et al.* 2017), dalla religione (Hill *et al.* 2007) e dallo stato civile (Ross, Hill, Mirowsky, 2016).

Inoltre, anche se le pratiche di *lifestyle* salutare hanno un carattere binario generale (positivo o negativo), tali pratiche potrebbero non essere esclusivamente in un modo o nell'altro nel differenziare tra stili di vita. Possono anche essere una miscela o una combinazione di buone e cattive pratiche da parte di alcune persone (Burdette *et al.* 2017; Cockerham *et al.* 2017; Maller, 2015; Mollborn, Lawrence, 2018; Mollborn *et al.* 2014). È la somma totale della partecipazione in un particolare *set* di pratiche che sfocia in risultati salutari per individui o gruppi (Maller, 2015).

Blaxter (2003) propone che il concetto di capitale proposto da Bourdieu possa essere rielaborato per includere la sottocategoria «capitale salute». Nel 1990 Blaxter pubblica uno studio britannico su larga scala intitolato *Health and Lifestyles*, ma solo più tardi sviluppa tale estensione: il capitale salute viene visto come «valuta corporea (*bodily currency*) – forza, forma fisica, stato immunitario, tendenze ereditarie, scatti o arresti nello sviluppo, danni fisici e vulnerabilità» (Blaxter, 2003, p. 79). Lo studio paragona il capitale salute al capitale economico, in quanto può essere misurato, a volte impoverito o guadagnato in modi imprevedibili, ma per la maggior parte è distribuito

secondo un modello coerente che i ricercatori possono misurare. Abbiamo richiamato questo quadro concettuale perché la famiglia può contribuire alla perdita o al rafforzamento di questo capitale, così come può farlo l'istruzione e l'occupazione. Inoltre, le pratiche di *lifestyle*, come l'alimentazione e l'esercizio fisico, possono anche esaurire o migliorare questo capitale. Guardando alle condizioni e alle posizioni socioeconomiche, il capitale salute è distribuito in modo diseguale. Quindi, le determinanti del capitale salute sono specifiche della coorte e non interamente individuali: ma ciò che conta ora è che il concetto collega il *frame* temporale individuale con il movimento temporale della storia sociale e culturale. Per cui, il *capitale salute* diviene anche un dispositivo euristico volto a indirizzare la ricerca verso modalità in grado di affrontare la complessità dei modelli di salute legati alla condizione socioeconomica e, allo stesso tempo, per ancorare saldamente i modelli “nel” corpo. In questa sede, il concetto si rivela prezioso perché se, da un lato, riconosce il potere culturale, insieme al potere economico, i fatti sociali e fisici, dall'altro, coglie la significatività del tempo per comprendere le disuguaglianze negli *healthy lifestyles*.

3.6 La famiglia e gli stili di vita dei più giovani

Mentre con Williams, Cockerham e Blaxter si enfatizza la rilevanza di Bourdieu per comprendere la relazione tra la salute della classe sociale e gli stili di vita, una serie di studi recenti operativizza tale approccio per lo studio degli stili di vita dei più giovani. Tali studi usano metodi qualitativi e privilegiano il contesto della famiglia.

In un lavoro sul rapporto tra famiglia e alimentazione sana, Quarmby e Dagkas (2013) riflettono sulle pedagogie informali dei pasti. In linea con Bourdieu, la famiglia viene letta come un campo di pratica sociale e un luogo informale di apprendimento. La famiglia è un luogo in cui vengono riprodotte le conoscenze relative alla salute e che quindi può avere un impatto a lungo termine sulle pratiche alimentari sane dei bambini. Nello studio, Quarmby e Dagkas hanno rilevato che, in particolare per i giovani appartenenti a famiglie con due genitori, questi ultimi usano i pasti famigliari per aiutarli a identificare cibi sani e non sani e a rafforzare le credenze e le opinioni “naturali” che operano nel campo familiare, in modo da orientare la pratica comune del consumo di cibo salubre (Quarmby, Dagkas, *op. cit.*). I genitori, in particolare le madri, possiedono in questo contesto una maggiore autorità pedagogica e trasmettono conoscenza ai bambini su pratiche e disposizioni sane. I bambini “assumono” tali conoscenze come proprie e questo processo può essere interpretato come il trasferimento di capitale culturale, in quanto è culturalmente prezioso e coerente con l'ortodossia sociale sui cibi buoni e cattivi. Tuttavia, Quarmby e Dagkas rilevano anche che la

struttura familiare e le variabili socioeconomiche a volte impediscono alle famiglie di mangiare insieme, limitando così la possibilità di pedagogie informali durante i pasti e la trasmissione del capitale culturale. Il cibo da asporto e i pranzi “al sacco” vengono inoltre utilizzati più frequentemente nelle famiglie monoparentali, perché sono più veloci da preparare: ciò, in seguito, sembra tradursi in giovani che esprimono un gusto orientato al *fast food*. Le famiglie miste, durante il periodo iniziale di transizione, hanno meno probabilità di sperimentare i pasti in famiglia come norma, fattore che altera lo stato attuale della famiglia campo, influenzandone identità e confini. Lo studio si conclude affermando che i pasti della famiglia sono fondamentali per la riproduzione di conoscenze e disposizioni alimentari sane, ma i fattori socioeconomici e la struttura familiare possono impedire il verificarsi di queste pratiche pedagogiche formali e informali.

Invece, Backett-Milburn e colleghi (2010) sviluppano uno studio qualitativo di comprensione delle pratiche dietetiche con 35 genitori della classe media (principalmente madri) di bambini di età compresa tra 13 e 14 anni, che vivono nella Scozia orientale. Lo studio sostiene che la condizione socioeconomica e l'*habitus* sono centrali per discutere circa i contesti familiari che promuovono diete sane e benessere fisico, ma i modi in cui le influenze socioculturali orientano le pratiche quotidiane e le *routine* familiari che sono alla base della scelta del cibo, del gusto e dei comportamenti alimentari, vengono spesso lasciate senza esame. Nelle loro interviste, i ricercatori sollecitano i genitori nel fornire descrizioni circa le pratiche alimentari e salutari dei loro figli, così come dei tentativi di controllarne gusti e appetiti, o sui modi di gestire la crescente indipendenza dei figli. Lo studio mostra che le “discussioni” dei genitori riguardano tanto il modello di famiglia a cui aspirano uniformarsi, quanto ciò che si mangia in famiglia e il tipo di dieta seguito. Vale a dire, i genitori comunicano ideali di vita familiare della loro posizione sociale e spesso distinguono le loro pratiche da quelle che ritengono indesiderabili o maggiormente desiderabili. La maggior parte dei genitori riferisce di soddisfare gli ideali nutrizionali, mentre i pochi che ammettono (colpevolmente) di non incontrare ideale alcuno, dichiarano di voler rettificare la situazione e monitorare i propri figli – tale monitoraggio è interpretato come “coerente” con gli approcci della classe media all’educazione dei bambini. Spesso, i genitori di questo studio affermano di non fare uso di *fast food* o pasti pronti e che i pasti in famiglia sono cucinati interamente in casa. I pasti fatti in casa sono definiti come salutari ma anche come appropriati per “famiglie come la loro”: la maggior parte delle famiglie afferma di mangiare insieme (i pasti fatti in casa in famiglia possono essere solo legittimamente saltati per attività extracurricolari) e coloro che non stanno operando in tal modo dichiarano di voler intraprendere questa pratica. Quindi, i pasti della famiglia sono vissuti come un’opportunità per governare le dimensioni delle porzioni dei bambini, per monitorare l’assunzione di

verdure e per controllare la frequenza degli spuntini e il ricorso ad altri pasti durante la giornata. Questo tipo di regolazione parentale serve a garantire una pratica salutare, ma anche a coltivare il gusto stesso. Talvolta, è emerso che i genitori che apprezzano le diete cosmopolite, incoraggiando i loro figli a sviluppare i “gusti degli adulti”, i quali vanno ricondotti al processo di distinzione della classe media.

Per quanto riguarda il nostro studio, sarà importante notare come le pratiche alimentari dei genitori e dei più giovani, nei pasti famigliari, siano pratiche radicate anche in contesti passati, nella vita familiare attuale e nelle aspirazioni future della famiglia stessa. In tal senso, una componente fondamentale di ciò è l'*habitus* familiare, con cui definiamo quella logica della pratica che è alla base delle *routine* e dei comportamenti quotidiani.

Infatti, le ricerche mostrano che le scelte alimentari e le pratiche alimentari sono “in linea” con l’idea di una “buona genitorialità” (della classe media) e che il consumo di cibo familiare è parte integrante della distinzione socioeconomica. È importante sottolineare che i risultati dello studio sopra discusso sono abbastanza diversi da quelli di un precedente studio che coinvolgeva genitori con un retroterra socioeconomico più basso, in cui la nutrizione dei più giovani era in posizione nettamente inferiore nella gerarchia delle preoccupazioni genitoriali. Al contrario, i genitori della classe media sembrano avere gerarchie distintive in base alla quale la gestione della dieta dei propri figli è un atto che può divenire prioritario. Infatti, tale capacità della classe media serve anche a riprodurre il privilegio della classe stessa: le pratiche alimentari dei bambini della classe media sono quindi potenzialmente parte dei loro mondi pubblici previsti e attesi.

Guardando a un contesto estremamente diverso, il villaggio di Kwapa nelle zone rurali dell’Uganda, la ricerca etnografica di Meinert (2004) coinvolge le famiglie e i loro giovani rivelando che il concetto di capitale corporeo – un concetto che Wacquant (1995) ha proposto a complemento della formulazione di Bourdieu – e in misura minore quello di *habitus*, si rivelano altrettanto utili per spiegare le risorse e le strategie per la salute dei bambini nella ricerca di una “buona vita” e di una buona salute. I risultati di Meinert sono tratti da una serie di metodi di raccolta dei dati partecipativi, inclusi seminari di scrittura e di disegno con un gruppo di bambini in età scolare, oltre a interviste con 70 bambini e 27 delle loro madri (o padri), due volte a settimana per sette mesi, nonché un sondaggio socioeconomico con le loro famiglie. Tale studio è importante perché rivela come la salute e la ricchezza siano intrinsecamente connesse nel Kwapa: vale a dire, una buona salute sociale e corporea equivale alla “buona vita” e fornisce una distinzione sociale per questa comunità. Quindi, ciò è qualcosa a cui gli individui lavorano nella vita di tutti i giorni. L’istruzione è considerata una risorsa significativa per costruire stili di vita sani all’interno della casa, perché fornisce ai bambini le capacità comunicative per interagire con i funzionari istituzionali – come gli

operatori sanitari – e per comprendere le istruzioni mediche. In questo modo, l’istruzione è un capitale culturale a beneficio di tutta la famiglia. L’igiene personale, una dieta sana e un investimento nell’aspetto, sono anche percepiti come un modo per distinguere le famiglie e una modalità mediante la quale viene “offerta” una buona vita. Meinert propone che le forme locali di capitale relative alla salute e allo status includono: *unity*, una forma di capitale sociale che può essere sfruttata in malattia; *smartness* (in casa e nel corpo) una forma di capitale sociale capace di integrare elementi morali ed estetici; il *bodily capital* dei bambini, preoccupazione costante per le famiglie per cui sono previsti investimenti in esso (ad esempio attraverso diete sane) – investimenti che verranno recuperati sotto forma di altre risorse, come il lavoro e *unity*. Va notato però che alcuni elementi della teoria di Bourdieu non si applicano a questa cultura: ad esempio, il capitale non è il possesso dell’individuo. Piuttosto, esso viene percepito come incarnato nella casa anche dopo che l’individuo che accumula capitale non è più vivo. Mentre si considera l’*habitus* come utile per comprendere i principi generativi delle *health practices* e in particolare la relazione tra la famiglia di un individuo e la propria pratica, esso è in un certo senso «repressivo» rispetto all’*agency* dei bambini nel processo di socializzazione. Tuttavia, Meinert (2004) l’*habitus* cattura utilmente il modo in cui i bambini attingono a una molteplicità di risorse convertibili nel loro tentativo di conquistare una buona vita e una buona salute.

Infine, vorremmo richiamare lo studio di Macdonald *et al.* (2004) sui modi in cui l’attività fisica viene valutata e gestita all’interno delle famiglie. Nella loro ricerca con 12 famiglie di diverse strutture e appartenenti a condizioni socioeconomiche differenti, viene esplorata la relazione tra i modelli di attività fisica, i livelli di abilità (*skills*) e gli interessi ricreativi dei bambini, la posizione della loro famiglia, il reddito e l’impegno per l’attività fisica o altre responsabilità. La ricerca mette in evidenza il ruolo che i genitori possiedono nel far adottare ai bambini pratiche di sport organizzato e gioco fisico. In contesti famigliari diversi, i genitori sono consapevoli della retorica di uno stile di vita sano e dell’attività fisica di grande valore e, come tale, il coinvolgimento dei bambini negli sport organizzati è un compito gestito all’interno degli stili di vita delle famiglie. I genitori tentano di personalizzare le attività dei bambini in modo che siano in linea con gli interessi, i generi, le origini e gli interessi attuali dei loro figli. Ciò dimostra che i bambini sono attivi nella costruzione del loro stile di vita, ma anche che l’*habitus* intergenerazionale influenza le loro scelte in merito all’attività fisica. Tuttavia, i genitori fanno spesso sacrifici per assicurare che i bambini siano coinvolti in tali attività, anche sottoforma di una loro capacità nell’impegnarsi nell’esercizio fisico laddove vi sia una «mancanza di tempo», o accordi «complessi» in materia di assistenza all’infanzia, oppure dei costi poco sostenibili per le famiglie con basso status socioeconomico e monoparentali.

Tali aspetti, potenzialmente possono riprodurre esperienze “di classe” e incidere sulla comprensione di ciò che significa tempo libero.

In conclusione, guardando nel complesso allo studio di Macdonald e colleghi (2004), la prospettiva offerta con Bourdieu ci ricorda che la disposizione a impegnarsi in attività fisiche deriva da una complessa interazione di vari capitali – economico, sociale e culturale – che vanno a costituire una disposizione culturale della famiglia nei confronti dell’attività fisica.

Una delle premesse teoriche chiave del nostro studio è che le famiglie prese in esame, in particolare focalizzandoci sulla genitorialità in relazione alla gestione della cultura alimentare propria della famiglia e dei figli, condividono valori, bisogni e desideri comuni con altri membri della società. Vale a dire, non sono membri di una sottocultura deviante o di una non meglio qualificata sottoclasse con valori e pratiche particolari che li separano da tutto il resto.

Una seconda premessa fondamentale è che il cibo si trova all’intersezione degli aspetti biologici, materiali e simbolici della vita familiare. Il cibo è essenziale per la vita perché abbiamo bisogno della sua energia e dei suoi nutrienti come corpi, ma la natura della nostra socialità risiede nelle nostre pratiche e quindi la nostra capacità di sostenerci coinvolge molto più dei semplici nutrienti. Ciò che mangiamo è un segno di appartenenza, di *status* sociale e di valore spirituale. Mangiare lo stesso cibo degli altri è un segno fondamentale di appartenenza e di distinzione (Stone, 1988). Piuttosto, ciò che interessa è comprendere la logica della pratica alimentare di famiglie senza vincolarle ulteriormente alla condizione economica e sociale, per quanto possibile, e dimostrare che la logica della pratica alimentare, anche per queste famiglie, ha una sua propria razionalità, ed è un indicatore rilevante di un «pieno» di cultura, non di una mancanza, di un suo «vuoto».

Un aspetto centrale del dibattito sull’obesità infantile è il modo in cui i genitori sono investiti della discorsività pubblica sulla responsabilità genitoriale in materia di alimentazione e nello sviluppo dell’obesità infantile. Di fatto, i genitori subiscono le pressioni morali per fornire una buona alimentazione ai bambini (Murphy, 2000; 2003; Vander Schee, 2009). Tuttavia, l’obiettivo principale di queste “preoccupazioni” dell’agenda pubblica e sanitaria sono le madri (Robson, 2005). In particolare, le madri sono soggette al «discorso biologico-morale» (Murphy, 2003), che identifica le buone pratiche di alimentazione con la buona maternità, consentendo l’intrusione della sfera pubblica nella *privacy* della famiglia. Una buona maternità è quindi associata alla consapevolezza della salute, alla definizione e al mantenimento di regole e confini, nonché all’investimento di tempo nell’insegnamento delle buone abitudini alimentari (Kokkonen, 2009).

4. Cultura del cibo e relazioni famigliari: un campo di ricerca da esplorare

L'odierna modernità alimentare può condurre a una perdita della propria distintività e a un allontanamento dalle culture alimentari passate in virtù di una maggiore soddisfazione quotidiana del bisogno alimentare.

A ciò si aggiunge il fatto che, a partire dalla metà del secolo scorso, i gusti alimentari hanno iniziato a omogenizzarsi, si è ristretto lo spazio dei sapori e ciò anche grazie al diffondersi della grande distribuzione, capace di raggiungere capillarmente e con prezzi economici la maggior parte degli individui. In questa fase storica i piatti che rappresentavano il pasto tipo dell'italiano, da nord a sud del Paese, erano un numero ristretto e risentivano delle influenze delle abitudini alimentari «veloci» e «comode» che si erano sviluppate oltre oceano (Ritzer, 1997; 2020). Verso la fine degli anni Novanta, questa tendenza ha iniziato a essere contrastata da una cultura alimentare volta a recuperare i piatti semplici della tradizione dei diversi territori. A questo si è affiancato lo sviluppo e la progressiva diffusione del cibo sostenibile, biologico e “lento”, che per lungo tempo è stato ad appannaggio di gruppi e sub-culture elitarie, le quali hanno spesso unito una specifica pratica alimentare a istanze sociali legate alla ecologia, alla sostenibilità e alla difesa dei diritti umani a diverse latitudini.

Tali tendenze connesse al cibo sono tutt'oggi presenti e si articolano tra loro attraverso differenti modalità – talvolta contrastanti – connettendosi a idee, pratiche, capitali sociali, culturali ed economici che presentano caratteristiche fra loro molto diverse, a seconda dei nuclei famigliari che vengono osservati. Inoltre, crediamo che l'elemento che è stato inserito nel dibattito pubblico e nell'immaginario collettivo negli ultimi due decenni del secolo scorso, legato al cibo come elemento di “rischio” per la salute, così come la medicalizzazione dei corpi, abbia contribuito a far emergere semantiche articolate riferite all'alimentazione.

All'interno del nostro disegno della ricerca e nello specifico nella costruzione dello strumento di rilevazione, abbiamo ritenuto che i significati del cibo e dell'alimentazione andassero esplorati, all'interno della coppia, in apertura d'intervista, perché pensiamo che questi siano alla base delle decisioni e delle pratiche alimentari che si attuano all'interno della famiglia.

Dopo la raccolta dei dati socioanagrafici di ciascun intervistato, abbiamo chiesto alla coppia di indicarci quale significato possiede per loro il cibo e, a seguire, di indicarci 5 parole chiave da associare ad aspetti “positivi” legati al cibo e 5 parole chiave riferite ai suoi aspetti “negativi”.

L'analisi delle interviste ci permette di evidenziare che queste prime risposte sono state fornite in modo individuale da ciascun genitore, mentre non sono emersi significati del cibo del tutto condivisi dalla coppia. Le risposte si articolano lungo l'asse di genere. Infatti, abbiamo osservato che le donne

attribuiscono al cibo significati legati al piacere, ai quali affiancano immediatamente significati connessi a emozioni negative, sensi di colpa e difficoltà nella gestione del proprio peso e del peso dei/delle figli/e. In tal senso, il cibo sembra rappresentare una realtà quotidiana controversa e intrisa di ambivalenze, in grado di mostrare i chiaroscuri affettivi, emotivi e pratici di donne madri che si vivono continuamente oscillanti e sospese tra una pluralità di ruoli e responsabilità.

Gli uomini attribuiscono al cibo fondamentalmente due tipologie di significati: la prima riguarda il soddisfacimento di un bisogno primario (il nutrimento); la seconda riguarda il piacere, in particolare nella possibilità di godere dei frutti del proprio lavoro. I pasti serali e quelli del fine settimana (soprattutto il pranzo domenicale) sono descritti come momenti «liberatori», di «appagamento» personale, spesso condivisi con la compagnia di amici e parenti: tutti elementi che sembrano compensare e giustificare la fatica vissuta sul lavoro. Il «buon cibo» viene associato alla famiglia e agli amici. Quando esso acquisisce un significato positivo, da un lato, viene contrapposto al mondo del lavoro, mentre, dall'altro, fornisce una giustificazione alla «fatica» che si prova rispetto a esso, nel guadagnarlo e nel «portarlo in tavola».

Alcuni padri “denunciano” frequentemente il fatto di essere «fuori forma fisica». Alcuni si definiscono in sovrappeso a causa dell'età, mentre altri ritengono di potersi «abbandonare» a pasti abbondanti, perché comunque compensano bruciando calorie attraverso l'intensa attività fisica quotidiana che richiede la loro professione.

Queste posizioni si differenziano da quelle espresse dalle mogli intervistate, perché in caso di sovrappeso i padri non sembrano porsi, in modo manifesto, problemi di estetica del corpo o di un'eventuale non accettazione di esso da parte degli altri, *in primis* dai famigliari stessi. Dall'altra parte, i padri che desiderano fare attività fisica per «mantenersi in forma» riescono «a trovare il tempo», diversamente dalle mamme. Queste lamentano diverse difficoltà nel ricavarsi uno «spazio per sé», in quanto sono «schiacciate» tra l'attività lavorativa e i compiti di cura. Inoltre, le madri collegano immediatamente le domande riferite ai significati del cibo alla condizione fisica di sovrappeso del figlio (seguito dal servizio GET). Ciò non accade con i padri. In questa direzione, le madri vedono nel figlio in sovrappeso l'elemento tangibile del proprio senso di colpa, riferito all'incapacità di alimentare il figlio in modo corretto. Le madri si (auto)accusano di frequente di «non riuscire» a trasmettere abitudini alimentari «salutari» ai propri figli, rappresentandosi talvolta come agenti attive nella riproduzione di culture «malsane» o poco salubri. Ciò si scontra con la naturale propensione della madre a nutrire la prole e, di conseguenza, il piacere legato al cibo e agli aspetti conviviali a cui spesso è associato si tinge di inevitabili ambivalenze. A questo proposito, alcune madri raccontano di consumare cibo «piacevole» ma poco sano «di nascosto» dai propri figli e famigliari. Ci sono anche alcune mamme che,

dopo aver acquistato alcuni cibi (merendine, biscotti, cibi pronti, ecc.), si premurano di nasconderli, affinché i figli non li trovino. Tale pratica viene indicata come una specie di strumento pedagogico (il figlio «non vede il cibo vietato») come rinforzo a comportamenti positivi (il cibo nascosto viene condiviso in caso di «comportamento buono»), oppure come soluzione «veloce» nei momenti di scarsità di tempo.

Ai genitori è stato chiesto chi avesse trasferito loro il significato riferito al cibo che ci stavano raccontando. Questo passaggio è stato inserito nell'intervista per esplorare la dimensione della trasmissione e della memoria, ipotizzando che questa si strutturasse lungo l'asse generazionale.

Anche in questo caso, le risposte dei due genitori hanno riguardato le proprie esperienze individuali, perché tutti hanno attinto dalla memoria della propria infanzia. Rispetto a quest'area di indagine non si sono riscontrate differenze legate alla variabile di genere.

Gli intervistati raccontano di aver costruito i propri significati riferiti al cibo grazie alle loro famiglie d'origine. I nonni dei bambini seguiti dal GET appartengono alla generazione dei *baby boomers*, generazione che ha beneficiato a pieno dello sviluppo economico (e non solo) dell'immediato secondo dopoguerra. Si tratta di una generazione che, pur essendo cresciuta in un periodo di ricostruzione e rilancio del Paese, ha conosciuto, con differenze a seconda dei territori della penisola, la fatica e i sacrifici derivanti dal doversi impegnare in prima persona nella progettualità riferita a un proprio percorso professionale e familiare. Si è trattato di una generazione che, con prospettive di un futuro florido davanti a sé, ha conosciuto le difficoltà economico-lavorative e che tuttavia ha potuto fare affidamento su un sistema sociale strutturato, così come sulla forza di una rete familiare ancora ampia, caratterizzata dalla compresenza di più membri di una stessa generazione e da una forte solidarietà.

Questa generazione ha trasmesso significati del cibo legati al piacere, alla convivialità, all'opportunità di «poter essere in tanti» (famigliari e amici) attorno a un tavolo imbandito, per godere, anche attraverso il cibo, della ricchezza che si stava creando e del benessere di cui progressivamente si disponeva. L'immagine che i genitori restituiscono è quella di una rete familiare ampia e con ruoli di genere piuttosto strutturati secondo una visione «tradizionale». Infatti, nei racconti degli intervistati, la madre, insieme alle zie e alle nonne, era la responsabile della preparazione dei pasti, mentre il padre era colui che, rientrando dal lavoro, desiderava che la famiglia fosse radunata attorno alla tavola in determinati orari e che godeva di tale pratica.

Nei racconti emergono descrizioni di cibi fortemente legati alle tradizioni culturali dei diversi territori regionali e in particolare alla cultura contadina. I piatti che vengono evocati appartengono a diverse zone del Paese, poiché tra gli intervistati sono presenti ragazzi/e che hanno intravisto nel trasferimento nelle regioni del Nord del Paese maggiori opportunità legate al proprio

percorso formativo e professionale. In questi casi, il racconto dei cibi della propria infanzia evoca negli intervistati e nelle intervistate ricordi che sembrano essere «più lontani» di altri, perché racchiudono profumi, sapori e abitudini che ricordano non soltanto l'infanzia, ma anche persone e abitudini geograficamente distanti, con le quali è possibile ricongiungersi soltanto in alcuni «eccezionali» momenti dell'anno.

Diversamente, le coppie di origine reggiana ricollegano i piatti, i sapori e i volti della loro infanzia a ciò che (ri)vivono la domenica, tornando a pranzo dai genitori che cucinano piatti della tradizione emiliana. Nei racconti delle mamme e dei papà il cibo dell'infanzia è sempre accompagnato da ricordi positivi e spensierati, senza alcun riferimento al problema del cibo come *rischio* per la salute o come elemento di *esclusione* o emarginazione. Il ricordo del cibo dell'infanzia è quello di un cibo che «rende felici», che unisce e che facilita la condivisione e la solidarietà all'interno della rete familiare e amicale.

Come abbiamo fatto emergere in precedenza, all'interno di questa generazione – definita *generazione X* – il racconto del cibo e delle abitudini alimentari dei genitori acquisisce un significato diverso: il piacere del cibo e la sua dimensione vitale vengono scalfiti dai sensi di colpa e dalla consapevolezza dei rischi per la salute che il cibo può comportare. Tuttavia, a cosa è possibile attribuire questo passaggio che è avvenuto nel breve spazio di una generazione, che sembra essere per alcuni aspetti epocale e che osserviamo compresente accanto agli altri significati del cibo all'interno delle famiglie?

Il passaggio «epocale» è avvenuto nel nostro contesto culturale in cui una nuova organizzazione sociale ha imposto nuove forme e nuovi tempi a diverse pratiche del vivere insieme. Per quello che ci preme analizzare in questo spazio ci basti ricordare la diffusione del cibo industrializzato e a prezzi molto economici, alla portata di tutti, il cibo *prêt a manger*, come ci ricorda l'insegna di una catena di *fast food* che troviamo in diversi angoli del pianeta. Cibo veloce, semplice e facile da consumare in qualsiasi luogo, slegato dai suoi spazi di crescita, produzione e consumo, che fino alla generazione precedente erano chiaramente identificabili e fisicamente vicini all'esperienza della vita quotidiana di ciascuno. Ne deriva un cibo dai sapori decisi, con una prevalenza del dolce, molto omologati e rintracciabili a tutte le latitudini.

In più punti dell'intervista i genitori affermano con vigore, anche quando la domanda verte su aspetti diversi, di conoscere le indicazioni riferite alla «buona alimentazione», allo stile di vita salutare e sostenibile, di sapere quali sono i bisogni alimentari di un bambino in crescita, ma che gran parte di queste «buone norme» non sono rispettabili e «compatibili» con i tempi della vita quotidiana contemporanea.

A questo punto riemerge la differenza di genere. Infatti, sono le mamme che, una volta introdotta le domande riferite alle *routine* famigliari, all'organizzazione dei pasti, ecc., si sentono in dovere di rispondere giustificandosi rispetto a ciò che «non riescono a fare».

Le responsabilità lavorative e famigliari gravitano sulle spalle delle madri che si descrivono come «funambole» che, con sforzi talvolta sovraumani, provano a mantenere in equilibrio ruoli ed esigenze non sempre conciliabili. Tutte le madri avvertono la mancanza di tempo sufficiente per dedicarsi alla preparazione di «pasti sani». Ciò sembra richiamare l'idea che il cibo sano, nutriente e non nocivo per la salute, è un cibo lento, poco elaborato, che viene procurato direttamente dai produttori, preparato e lavorato in casa grazie all'impegno personale delle «proprie mani» così come a una grande disponibilità di tempo: «è fatto in casa da me!».

Per queste ragioni, nelle dichiarazioni dei genitori intervistati, si fatica a trovare spazio per il cibo sano. In alcuni casi, le famiglie che hanno la «fortuna» (così la definiscono) di abitare vicino ai nonni possono beneficiare della preparazione dei pasti da parte delle nonne, che però, a detta dei genitori, «viziano i bambini» in quanto cucinano cibo della tradizione in abbondanza, all'interno di un clima giocoso e affettuoso che tiene in scarsa considerazione le norme alimentari salutari.

La pratica della preparazione del cibo e il consumo di pasti attiva una serie di cortocircuiti tra ruoli e compiti, così come tra una cultura del cibo salutare e una cultura del cibo tradizionale, che non sembra essere più sostenibile. Tuttavia, non sembrano però aprirsi davanti agli occhi delle madri intervistate diversi sentieri percorribili, in quanto le madri si trovano in una *empasse* che non riescono a superare: cibo buono e salutare sacrificando il proprio impiego oppure cibo veloce e confezionato ma mantenendo il proprio lavoro?

Il focus è tutto sulle madri perché l'idea è quella secondo cui il nutrimento, il cibo e il cucinare sono femmina, nonostante siano tutti sostantivi maschili. Un papà ha esplicitamente dichiarato: «cucinare significa fare la madre».

L'*empasse* delle donne madri sembra rafforzarsi nel momento in cui esse vivono in un contesto culturale in cui le aspettative proiettate su di loro sono molteplici e scarsamente negoziabili.

Man mano che l'analisi dei dati si sviluppa, si tratteggia l'immagine di una famiglia nucleare, a doppio reddito, con una divisione dei ruoli di genere che in letteratura viene definita «tradizionale». La presenza dell'uomo padre sul mercato del lavoro è concepita come segno di responsabilità: si tratta del maschio che procaccia risorse per poter dare da mangiare ai propri famigliari. La donna madre viene vista *in primis* come responsabile della cura e dell'accudimento di tutti i membri della famiglia, così come della cura della casa. Questi compiti sono primari e fondamentali per il ruolo di madre. A questi, per senso di responsabilità e in un'ottica di cura, si può affiancare il lavoro retribuito, che però in molti casi assume, sia dal punto di vista della mansione, sia dell'orario, modalità che devono conciliarsi con i ruoli primari

famigliari, con la convinzione che se il lavoro non fosse conciliabile lo si potrebbe lasciare.

5. I pasti in famiglia. Tra difese di ritualità, tradizioni e (difficili) innovazioni

Nella tradizione culturale italiana il pasto è concepito come un rito quotidiano, capace di tracciare i confini tra il *dentro* e il *fuori* della famiglia, così come quelli tra il *condiviso* e il *non condiviso*, tra il *privato* e il *pubblico*. Tale pratica organizza la famiglia riunendo regolarmente i suoi membri (e tutti coloro che la famiglia decide di includere) e contribuendo al loro benessere fisico, morale e sociale. Se da un punto di vista emotivo e relazionale il pasto in famiglia ha sempre fornito un ritmo e una struttura prevedibile alla giornata, rendendola più rassicurante e condivisa, da un punto di vista fisiologico rappresenta un modo per gestire le esigenze nutrizionali di tutti i membri (bambini e adulti). Tuttavia, la misura in cui ha successo dipende da un gran numero di fattori: la possibilità di accedere ad alimenti convenienti, nutrienti e sani, le conoscenze nutrizionali e la capacità di acquisto, così come le capacità di programmazione e organizzazione legate alla preparazione degli alimenti (pianificazione).

Se poniamo l'attenzione sui significati e sulle pratiche che ruotano attorno all'alimentazione rispetto all'infanzia, nelle parole degli intervistati l'immagine del «tavolo» che richiama «tutti attorno a sé» ritorna spesso come luogo fondamentale per la socializzazione dei bambini. Il pasto in famiglia è lo scenario primo e privilegiato per la loro introduzione alle regole e alle norme del comportamento «accettato», ma anche dei valori e delle aspettative familiari. Per i più piccoli e i bambini in età prescolare, la pratica dello «stare a tavola» insegna ciò che viene considerato cibo «culturalmente accettabile» e, a un livello più elementare, ciò che è considerato *cibo* e *non cibo*. Dal punto di vista nutrizionale, i pasti in famiglia offrono spesso l'opportunità per socializzare i bambini a modelli di comportamento alimentare sano, a nuovi gusti e al rispetto dell'appetito come guida alla sazietà. Tuttavia, non va dimenticato che i meccanismi che permettono una socializzazione alle pratiche alimentari sane sono gli stessi che possono innescare pratiche alimentari malsane, tanto nella loro *routinizzazione* quanto nel loro consolidamento. Durante i pasti in famiglia, i genitori sanno «dove sono» i loro figli, possono valutare i loro umori e le loro esigenze, scoprire problemi e aiutare a risolverli. Come abbiamo menzionato, la ricerca ha anche suggerito che il pasto in famiglia ha un «effetto protettivo». Ovvero, bambini e adolescenti che mangiano più frequentemente con la famiglia possono consumare diete di «qualità» migliore e hanno meno probabilità di essere in sovrappeso, hanno meno problemi emotivi, hanno migliori risultati scolastici e hanno

minori probabilità di adottare comportamenti rischiosi. Tuttavia, va considerato che “l’effetto protettivo”, come vedremo nei prossimi paragrafi, è talvolta ambivalente quando parliamo del pasto in famiglia in riferimento a bambini con problemi di sovrappeso e obesità. Se, da un lato, è difficile isolare i pasti della famiglia da altre “influenze” famigliari, dall’altro, “l’effetto protettivo” può agire anche in riferimento a cibi non salubri e *junk food*, proteggendo pertanto le cattive abitudini a tavola. Questo ci ricorda come sia molto complesso scindere le componenti emotive da quelle pratiche, soprattutto considerando il nesso tra cibo, famiglia e salute.

La comparsa di un pasto sul tavolo della famiglia rappresenta il risultato di attività lunghe e specializzate, che coinvolgono sia il processo decisionale (costellato da molte negoziazioni), sia il lavoro fisico-manuale. Questa attività di «decidere e fare», che si applica a tutte le fasi del processo di preparazione di un pasto (dalla pianificazione dei menù alla spesa, alla preparazione e al servizio), è in gran parte invisibile, ritenuta fondamentale e spesso «data per scontata». Rispetto al passato, i dati statistici mostrano che, mentre tale processo è ancora prevalentemente svolto dalle donne, gli uomini stanno assumendo un ruolo più rilevante nella preparazione dei pasti in famiglia. Tuttavia, l’immagine dell’“uomo ai fornelli” è, nell’immaginario, ancora molto legata a figure di *chef*, più o meno stellati, che poco hanno a che fare con la preparazione di più pasti al giorno, ma piuttosto con gli aspetti edonistici legati al cibo. L’uomo ai fornelli è un evento eccezionale nel *menage* familiare.

Cucinare un pasto in famiglia può essere un compito piacevole e appagante, ma richiede anche «compromessi» in termini di tempo, denaro e capitale emotivo: per queste ragioni è risultato essere esiguo il numero di padri che nella quotidianità gestisce la preparazione dei pasti. Considerato il grande lavoro che richiede, la preparazione di un pasto in famiglia può essere considerata una dimostrazione simbolica di cura. Di conseguenza, quest’ultima può essere carica di ambivalenze volgendosi di più verso l’amore o verso il dovere, ma mostra comunque “impegno” nei confronti del gruppo familiare e dei suoi singoli membri. Condividendo i compiti relativi ai pasti, dalla spesa alla preparazione del cibo, dalla preparazione della tavola alla conversazione, i membri della famiglia possono partecipare a questo esercizio di solidarietà che può trasformarsi in una pratica di sviluppo per un ampio spettro di competenze: da quelle linguistiche, quando i bambini sono molto piccoli, fino a quelle culinarie. Durante i pasti in famiglia, i bambini apprendono una serie di capacità legate allo sviluppo, come tenere in mano una tazza, un bicchiere, o manipolare le forchette e i cucchiari, mentre acquisiscono e sviluppano abilità linguistiche e di alfabetizzazione, soprattutto attraverso il flusso della conversazione. Per i bambini piccoli, il pasto è la principale fonte di esposizione alla conversazione familiare e all’espressione di pensieri, idee ed emozioni. In tal senso, il lamento per il pasto familiare

“perduto” potrebbe effettivamente rappresentare una reazione al cambiamento percepito, o temuto, nelle strutture e negli accordi famigliari.

Attraverso lo scambio di storie, aneddoti e notizie, i bambini imparano a conoscere il mondo degli adulti, gli interessi e gli atteggiamenti dei loro genitori, mentre gli adulti imparano a conoscere gli interessi e gli atteggiamenti del mondo dei figli. Se le relazioni sono conflittuali, anche queste pratiche possono generare tensione familiare e senso di insicurezza, producendo un effetto tossico e *non nutritivo*. Come è emerso dall’analisi delle interviste, le pratiche riferite alla preparazione del cibo, così come la spesa e il riordino, sono spesso idealizzate e caricate di numerosi significati, tanto da provocare talvolta sentimenti di «inadeguatezza» e «frustrazione», soprattutto da parte della donna madre.

Per tutte queste ragioni abbiamo deciso di assumere il pasto in famiglia come elemento di analisi privilegiato, al fine di estrapolare i significati e le pratiche che le famiglie attuano rispetto al cibo e all’alimentazione. Dai dati raccolti emerge che il pasto famigliare rappresenta un momento centrale per la comprensione degli elementi legati alla nostra domanda di ricerca. Da questa prospettiva, abbiamo deciso di suddividere l’analisi che segue in tre momenti: tutte le pratiche riferite alla spesa, all’approvvigionamento e alla preparazione – ciò che avviene *prima* del pasto; tutto ciò che avviene *durante* il pasto in famiglia; e il *dopo*, quel momento che si identifica nella conclusione del pasto e nelle attività a ridosso di tale “chiusura”.

5.1 *Prima dei pasti*

5.1.1 La pianificazione dei pasti e la spesa

La maggior parte delle coppie intervistate dichiara un elevato grado di pianificazione dei pasti, anche se tale significato è attribuito prevalentemente alla pratica del «fare la spesa», talvolta definita come la «parte più difficile» e faticosa della pianificazione dei pasti complessivi della famiglia. La pianificazione dei pasti consiste nel rispondere a una domanda implicita su quali alimenti «mettere a tavola» per tutta la settimana e, di conseguenza, fare la spesa. La maggioranza delle coppie intervistate non valuta cosa acquistare prima di recarsi al supermercato, né si affida a una lista di alimenti più o meno salutari, ma sceglie gli alimenti «al momento», quando già si trova al supermercato.

Rispetto alla pratica del fare la spesa abbiamo osservato che questa è descrivibile attraverso tre dimensioni: *Chi? Quando? Dove?* fa la spesa per la famiglia. La spesa è uno di quei compiti famigliari che spesso viene condiviso all’interno della coppia. Rispetto a tale attività, padre e madre risultano intercambiabili e, talvolta, è una pratica totalmente delegata al marito, che la

concilia con i propri turni lavorativi, se il contenuto della spesa è stato pianificato in precedenza dalla moglie, o se si tratta degli stessi prodotti che vengono acquistati abitualmente e che non devono «mancare in frigo». In altri casi, la spesa è un'attività familiare che «coinvolge anche i bambini» ed è vissuta come un momento di condivisione e di partecipazione. Nel primo caso, la spesa viene fatta un paio di volte durante la settimana gestendo le necessità giornaliere; negli altri casi viene fatta settimanalmente per i prodotti freschi, mentre per gli altri prodotti viene fatto un approvvigionamento su base mensile. La grande distribuzione è la realtà più utilizzata dalle famiglie. In alcuni casi, specialmente per coloro che vivono in paesi di provincia, alcune materie prime «fresche», tipo la carne e la verdura, vengono acquistate nei negozi di vicinato referenziati, oppure direttamente dai produttori.

In generale, pianificare il pasto significa mangiare insieme a un determinato orario, come un atto che segue una *routine* scandita dal lavoro nei giorni feriali. I genitori percepiscono la pianificazione del pasto come un'attività «utile», perché consente loro di risparmiare tempo e provvedere all'organizzazione complessiva della famiglia, specialmente durante i giorni feriali. La scarsità di tempo è spesso vissuta dai genitori occupati, in particolare dalle madri, come un grave problema familiare nella cura dell'alimentazione dei figli. Più in generale, le coppie intervistate si percepiscono come parte di «un'accelerazione del tempo» sociale che si traduce in un costante stato di «frenesia» o pressione sull'«organizzazione della tavola». Solamente tre coppie si riferiscono esplicitamente a una pianificazione precedente ai pasti, in riferimento alle ricette da preparare e all'acquisto di ingredienti da «trattare» e manipolare in modo particolare.

Andiamo a fare spesa il sabato, 4 volte al mese. Mettiamo molti alimenti in *freezer*. Pesci surgelati, patate surgelate, oppure cose come i bastoncini Findus. Per casa nostra, purtroppo, l'orario di lavoro influenza il modo di cucinare. Se avessi un altro lavoro, gestirei la spesa in modo diverso (Int. 39-40).

Io non ho regole. Di solito vado quando il frigo è vuoto e vado nel posto dove costa meno, quindi alle grandi distribuzioni. In casa noi non abbiamo neanche pane, al massimo solo la baguette fresca (Int. 43-44).

Andiamo al centro commerciale [...] noi guardiamo un po' le offerte e un po' cosa vorremmo mangiare [...] perché cerchiamo di mangiare il pesce due o tre volte al giorno e di non mangiare eccessivamente carne, però si guarda un po' ecco (Int. 45-46).

Alcuni genitori hanno anche scoperto che la pianificazione dei pasti è stata utile per contenere i costi, perché tale pratica garantisce l'acquisto di alimenti inseriti nella lista della spesa e, al contempo, previene spese inutili e sprechi.

Solo il fatto che mi fa ragionare quando vado a fare la spesa, cioè io non sono una persona che confronta due tipi di pane integrale, prendo quello che è in offerta, devo essere sincera. Adesso, invece, queste cose non le guardo più, leggo le etichette [...] [la dottoressa del GET] mi ha detto di cercare le fibre e io cerco le fibre, non mi ha fatto delle spiegazioni scientifiche lunghissime. Mi ha dato solo due o tre dritte e io seguo quelle. E i risultati ci sono (Int. 57-58).

Io ho sempre fatto il giro dei supermercati in base alle offerte e facevo un po' il menù di famiglia in base alle offerte. Nella scelta del prodotto contava l'offerta piuttosto che la marca o la qualità. Invece, adesso, con il fatto che [la dietologa del GET] non mi ha dato una dieta specifica, che magari in un secondo momento, durante la crescita, può essere anche utile, ma mi ha solo dato un'idea del piatto, che la metà dev'essere verdura, un quarto carboidrati e un quarto proteine [...] Ecco, questo nella sua semplicità, a me ha aiutato tantissimo (Int. 57-58).

Alcune coppie che hanno partecipato al percorso GET ritengono che la pianificazione sia divenuta importante affinché il cibo servito sia «completo», vario e nutriente per i figli:

Abbiamo cominciato a guardare tutte le etichette, [mia figlia] si diverte molto a fare questa cosa perché [il percorso GET] le ha insegnato a leggere le etichette, quello che c'è, quello che non c'è, quello che fa bene, quello che non fa bene. È quindi la sua spesa delle sue cose, sceglie lei insomma, ci ha dato un sacco di suggerimenti, anche proprio come prodotti specifici da acquistare (Int. 47-48).

Tuttavia, alcuni genitori hanno una pianificazione «molto minima». Come ha descritto una madre, a volte non è prevista alcuna pianificazione, proprio perché anch'essa richiede tempo: «ci sbrighiamo a fare la spesa e poi è tutto»; mentre altri genitori pianificano i pasti la sera prima o il giorno stesso.

quando abbiamo bisogno di qualcosa lo andiamo a comprare, non amo fare le grosse spese, perché per noi il solo fatto di entrare in un supermercato è già un forte stress, perché nei supermercati sai quando entri ma non sai quando esci. Quindi non facciamo grosse spese. Andiamo negli orari strategici quando non c'è nessuno. Può capitare che a volte andiamo in pausa pranzo, perché c'è meno gente, oppure la mattina presto o la sera tardi, quando sta per chiudere e c'è meno gente. Quando ci rendiamo conto che il frigorifero ha bisogno perché si sente l'eco, allora andiamo a fare la spesa (Int. 29-30).

Io ci vado giornalmente. Io non surgelo niente. Io sono anche a casa da lavorare, quindi [...] Surgelo dei piselli, delle cose, ma carne e pesce no, vado giornalmente a prenderle (Int. 25-26).

Molto spesso i genitori hanno voluto ribadire la volontà di pianificare in modo più «efficace» i pasti in famiglia. Tuttavia, essi dimenticano di farlo e la causa di tale dimenticanza è frequentemente associata agli eccessivi carichi lavorativi. Questi genitori hanno fatto dei «tentativi» di pianificazione, ma come tali non si sono ancora trasformati in *routine*. Tuttavia, essi sembrano consapevoli di cosa significhi pianificare un pasto e farne un'abitudine salutare.

Quando si tratta della responsabilità della pianificazione e del processo decisionale in merito ai pasti, la maggior parte delle famiglie ha un processo decisionale congiunto in una certa misura. Per la maggior parte delle famiglie, la madre ha spesso «l'ultima parola» nel cibo servito durante i pasti. Dalle interviste è emerso che, nella decisione, le madri tengono spesso in considerazione le richieste del figlio perché sono quelle informazioni provenienti dalla dietologa del percorso GET.

Al contrario, per i genitori che chiedono «riscontri» su cosa cucinare e quali alimenti comprare, non sempre i suggerimenti provengono dal percorso GET (dietologa o nutrizionista), ma seguono piuttosto le preferenze precedenti del bambino. Tuttavia, per alcune famiglie, il processo decisionale sul cibo, servito durante i pasti, consiste in discussioni familiari in cui ciascuno fornisce il proprio punto di vista. A volte, ogni membro della famiglia, a turno, decide quale cibo dovrebbe essere servito per il pasto in famiglia e ciascun membro ha così la possibilità di scegliere il proprio cibo preferito.

5.1.2 La preparazione e la messa in tavola degli alimenti

Gli intervistati restituiscono una rappresentazione differente dei pasti in famiglia che avvengono durante la settimana e quelli che avvengono nel fine settimana.

Per la maggior parte degli intervistati, i pasti in famiglia durante la settimana coincidono con le cene, perché durante il giorno i genitori sono «fuori per lavoro» e i bambini pranzano a scuola, grazie al servizio mensa. La cena è in molti casi il momento in cui la famiglia si ritrova, anche se l'orario del pasto viene spostato «in avanti» per garantire a tutti di rientrare a casa dai propri compiti quotidiani e a chi cucina di avere sufficiente tempo per la preparazione. La cena vede tipicamente la madre ai fornelli, anche se spesso si tratta di pasti preparati in poco tempo, in cui si utilizzano prodotti pronti.

Come abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, la scarsità di tempo rende complesso non solo il rispetto di un'eventuale pianificazione dei pasti, ma anche il consumo di cibi che richiedono cotture lente (legumi e cereali) o lunghe preparazioni (verdure). È in questi momenti della giornata che spesso le madri sperimentano un senso di frustrazione e un senso di colpa per «non essere in grado» di soddisfare le esigenze alimentari di tutti i

famigliari, di differenziare i cibi e di occuparsi in prima persona della loro preparazione. Al contempo, è nel preparare i cibi per la famiglia nel «proprio spazio cucina» che le madri “sentono” di riaffermare il proprio concetto «di sé» e il loro senso di «identità» come madri e/o mogli.

Comunque, «frustrazione» e «colpa» emergono generalmente nelle madri quando si tratta di mettere in tavola, per «mancanza di tempo», *comfort food* o prodotti *fast food*: questi cibi, da un lato, spesso aiutano a mettere «tutti attorno a un tavolo» in tempi rapidi, mentre, dall’altro, provocano grande soddisfazione da parte di tutti i commensali.

La cena si svolge tipicamente in cucina e si mangia in sala unicamente nelle grandi occasioni o nel fine settimana. Al di là del luogo, il momento della cena insieme è carico di aspettative legate alla «condivisione», anche se nessuno ha raccontato di adottare particolari modalità di preparazione della tavola e di cura di essa: «basta che ci sediamo insieme».

5.1.3 Compiti e piccoli rituali prima del pasto

Per la maggior parte delle famiglie i bambini partecipano nell’apparecchiare la tavola insieme ai genitori. Per alcune famiglie tale pratica è una forma di condivisione e di socializzazione ai doveri del pasto. In una sola famiglia è stato osservato il rituale della preghiera all’inizio del pasto, in cui il padre ha la responsabilità di recitarla.

5.2 Durante i pasti

5.2.1 Il pasto tra regole e aspettative dei genitori

Tutti i genitori riferiscono di adottare regole e di avere aspettative riguardo ai pasti della famiglia che desiderano far seguire ai bambini. La maggior parte dei genitori si dichiara favorevole al «far assaggiare» ai bambini «tutti» gli alimenti almeno una volta, anche se si tratta di «un solo morso». Tale atto sembra avere due funzioni: implementare i gusti del bambino e trasmettere un’educazione «aperta» verso l’alimentazione in generale, ovvero che non precluda nessun tipo di gusto o di cucina. Ci sono anche famiglie che attuano comportamenti opposti. Alcune coppie di genitori si descrivono come fortemente «legate» ai piatti della loro quotidianità, ai «gusti» e ai «colori» noti. Tali coppie non si dichiarano aperte alla possibilità di assaggiare gusti o piatti diversi da quelli della tradizione, soprattutto se si tratta di cucina «etnica»²⁷.

²⁷ Qui etnico ha il valore di *non tradizionale*.

Nelle risposte fornite, una certa regolarità si è mostrata soprattutto sulla «seconda porzione» richiesta dai bambini. I genitori spesso forniscono al figlio una porzione ulteriore del primo piatto, «un secondo piattino» della stessa pietanza. Nella maggior parte delle famiglie, viene richiesto ai bambini di finire il cibo nei loro piatti «prima» di consumare altro cibo. Con grande frequenza, la seconda porzione è oggetto di una negoziazione conflittuale tra il genitore e il figlio, che nella maggior parte dei casi si risolve a favore del figlio. Tuttavia, va notato che vi sono bambini che si «autoregolano» nel non chiedere una seconda porzione, riportando nel momento della tavola i consigli dell'educazione alimentare che hanno ricevuto dalla dietologa del percorso GET. Tale pratica viene sottolineata da alcuni genitori come «giusta» e salutare ma, al contempo, come espressione di disappunto e disattese delle aspettative verso la cucina familiare, soprattutto in termini di qualità.

La maggior parte dei genitori richiede ai bambini di sedersi e mangiare al tavolo durante i pasti. Alcuni genitori hanno insegnato ai bambini a chiedere il permesso prima di lasciare il tavolo, ma tale regola non è seguita in modo generale: le famiglie per cui tale regola si rende «esplicita» avviene in ragione di una trasmissione della pratica dalle famiglie di origini dei genitori. Per più di un terzo delle famiglie non vi sono regole ben definite per sedersi o per abbandonare il tavolo. Ciò può avvenire in ogni momento.

5.2.2 Comportamenti alimentari dei genitori e modelli «da seguire»

Durante i pasti in famiglia i genitori cercano spesso di modellare i comportamenti alimentari dei loro figli. Ciò si verifica sia intenzionalmente, sia involontariamente. Secondo la maggioranza degli intervistati, i bambini apprendono «a mangiare bene» osservando e imitando le abitudini alimentari dei genitori a tavola. Ciò avviene sia per comportamenti alimentari salubri, sia per quelli non salubri. Alcuni genitori cercano di trasmettere l'educazione al cibo e il modello da seguire in modo consapevole e intenzionale. Tuttavia, il cibo sano e il modello da seguire vengono spesso associati alla «porzione ridotta» e alla «negazione di una seconda porzione», sempre tenendo in considerazione l'obiettivo ponderale da raggiungere.

Come visto più sopra ci sono genitori che incoraggiano i bambini ad assaggiare gusti nuovi e per farlo preparano pasti con ingredienti vari che provengono anche dalla cucina etnica. Diversamente, altri genitori raccontano di abitudini alimentari tradizionali e del rifiuto di cibi definiti «strani» e «moderni». Tale atteggiamento di rifiuto si ritrova quando abbiamo discusso del progetto GET: alcuni genitori hanno raccontato della

difficoltà nel preparare piatti consigliati dalla dietologa del servizio proprio perché basati su materie prime non conosciute e considerate non tradizionali – ad esempio, hamburger di soia, farro, quinoa, legumi, ecc.).

In alcuni casi, questi commenti sono stati accompagnati da derisione rispetto a una proposta definita poco sostenibile, sia dal punto di vista economico, sia dal punto di vista culturale: «l’hamburger non può essere di miglio e lenticchie, se è un hamburger deve essere di carne e possibilmente di maiale».

5.2.3 Strategie alimentari dei genitori

Per la maggior parte, i genitori intervistati si (auto)rappresentano come «impegnati» in strategie di alimentazione salutare, soprattutto quando i bambini rifiutano di mangiare oppure di provare un determinato cibo. Talvolta, la strategia alimentare avviene anche quando i bambini sopravvalutano determinati alimenti. Queste strategie includono: 1) servire cibo che i bambini mangiano; 2) chiedere ai bambini se vogliono un particolare cibo o se lo hanno mai provato; 3) posizionare poco cibo sul piatto in modo da razionare la porzione; 4) comunicare ai bambini di «mangiare tutto», negando loro cibo considerato «spazzatura»; 5) minacciare di togliere privilegi alimentari o non alimentari ottenuti – dal pezzo di cioccolata a fine cena, al poter giocare con il *tablet* dopo mangiato. I genitori che definiscono i loro figli «palati più esigenti» hanno riferito che solitamente servono cibo che «a loro piace», privilegiando la quantità: «un bel piattone!». Alcuni genitori ruoterebbero il cibo servito secondo i gusti di ciascun membro della famiglia, in modo che tutti possano ricevere i loro cibi preferiti durante la settimana. Tale strategia spesso è tradita dai contenuti della spesa e dal fatto che i pasti in famiglia sono «pochi» durante la settimana, quindi si tende a seguire una dieta più omogenea: «ogni volta si mangia quello che c’è e vale per tutti».

I genitori spesso incoraggiano i bambini a provare le verdure servite durante il pasto, ottenendo tuttavia uno scarso successo. Talvolta, i genitori suggeriscono ai bambini di mangiare come loro, di «prendere esempio» da come mangiano – «vedi che il papà la mangia la verdura?» – o di mettere nel piatto un po’ del cibo che «passa in tavola». Altre volte, il genitore chiede al figlio di mangiare la verdura che è rimasta nel proprio piatto, con qualche successo. Dalle interviste si può notare che quando i bambini si rifiutano di mangiare un particolare cibo, servito durante il pasto, i genitori negano in seguito altri cibi previsti nel “pranzo insieme”, come ad esempio una fetta di salume in aggiunta, oppure il *dessert*. Soprattutto rispetto ad alcuni alimenti, i genitori negano ai bambini la possibilità di mangiarne «anche solo un assaggio», in contraddizione con la più ampia strategia del cercare di «fargli assaggiare un po’ di tutto». A ciò si affianca l’utilizzo di “minacce” volte a

togliere privilegi non alimentari (come le attività post-pasto) nel caso in cui i bambini non finiscano il pasto.

5.2.4 Il cibo servito durante i pasti

Quando le famiglie consumano insieme il pasto riferiscono di privilegiare «il cucinare a casa», piuttosto che il «mangiare fuori». La maggior parte delle famiglie mangia a casa, mentre solo occasionalmente, circa «2-3 volte al mese», si «sente» di uscire. Al contrario, i genitori ordinano spesso cibo dall'esterno e lo servono in casa, oppure acquistano nella grande distribuzione cibo «già pronto».

Nella quasi totalità delle famiglie vi è l'abitudine di cucinare e servire una sola portata a pasto. I carboidrati, cioè «la pasta», sono di solito serviti a pranzo, nella consapevolezza dei genitori che il pasto consumato a scuola prevede un equilibrio di tutti gli elementi nutrizionali. Alla sera si cerca di mangiare le proteine e le verdure, anche se difficilmente manca la porzione di carboidrati, perché il pane, la piadina, l'erbazzone, o altri prodotti sostituiti del pane, sono comunque sempre presenti in tavola.

I genitori sono convinti che il cibo consumato tra le mura domestiche non sia soltanto più economico, ma sia soprattutto anche un cibo che corrisponde ai parametri salutari di «genuinità» e «freschezza», dal momento che è «fatto in casa». In questo senso, talvolta la cornice familiare sembra fungere da “elemento protettivo” rispetto alle corrette abitudini alimentari, a prescindere da cosa accade “realmente” nelle pratiche alimentari quotidiane.

5.2.5 La conversazione durante i pasti

Come abbiamo notato, i pasti in famiglia rappresentano un momento della giornata molto atteso da parte dei membri della famiglia. Tutte le famiglie si dicono «impegnate» in conversazioni durante i pasti. Per la maggior parte degli intervistati i pasti rappresentano un ambiente rilassato, in cui i membri possono parlare, scherzare, ridere ed «essere se stessi». Quando si siedono a tavola per la cena gli adulti ritengono «chiusa» la giornata lavorativa e possono finalmente dedicarsi al piacere del cibo e alla presenza dei propri familiari. I più piccoli sono felici di poter rivedere genitori e fratelli, mentre al contempo ricevono «attenzioni». Negli adulti, così come nei più piccoli, emerge con forza il desiderio di raccontarsi, condividendo ciò che è accaduto durante la giornata.

Il «parlare a tavola» è considerato, dalla maggior parte delle famiglie, un'attività di primaria importanza. Infatti, i genitori tendono a classificare i

pasti della famiglia come una delle attività più importanti della loro *routine*, non solo per la commensalità condivisa, ma anche come momento di «parola per tutti». In questo senso, la conversazione a tavola può riorganizzare e riorientare i significati della vita mondana. Il pasto diviene un'opportunità per trascorrere del «tempo insieme», un «ambiente rilassato» dove «tutti possono «essere ciò che sono» e «dire quello che gli pare liberamente». Un genitore ha insistito con forza su tale aspetto della tavola, come una sorta di «arena libera» in cui esprimersi: non avendo sempre pasti regolari, la famiglia si sente meno «connessa» e la conversazione agisce come un rafforzamento dei legami famigliari quando si ha occasione di riunirsi attorno al tavolo insieme. Va notato che per molte famiglie i pasti rappresentano l'unica possibilità in cui i membri possono riunirsi per dare «tempo alla famiglia, per parlare, per legare insieme». La conversazione fornisce «*routine*», «struttura», è «l'ossatura» del tempo famigliare. Quando i membri della famiglia «mancano» i pasti, a causa del lavoro o di impegni extralavorativi, spesso si sentono «persi», «lasciati fuori», sentono di «aver perso tempo».

Data l'importanza che i genitori attribuiscono ai pasti della famiglia, emergono spesso quelle che vengono percepite come «sfide» famigliari da affrontare durante il pasto. Una delle maggiori sfide è certamente la fitta agenda di genitori e figli, che rientra con continuità nei pasti. Lavoro dei genitori, scuola, attività extrascolastiche, sono anche «ostacoli» da affrontare a tavola mentre si consuma il pasto. Come ha fatto emergere una madre, una volta che si apparecchia, si cucina e si mettono i figli a tavola, si incontrano maggiori difficoltà nel gestire tali «sfide» (educative, organizzative, ecc.), perché dopo aver provveduto a tutto ciò subentra «la fatica dello stare a tavola e pensare» per dirimere problemi, soprattutto quando i genitori affrontano un pasto tra un turno di lavoro e un altro.

Gli argomenti ruotano solitamente intorno alla vita scolastica dei figli, al lavoro dei genitori e agli eventi accaduti durante la giornata di ciascun membro della famiglia. Argomenti come film, notizie e cibo sono molto comuni durante i pasti. Una famiglia ha raccontato di una *routine* quotidiana in cui ogni persona parla della parte peggiore e della parte migliore della propria giornata.

Va rilevato che spesso i genitori usano i pasti come un'opportunità per fare piani famigliari «riferiti» alla giornata successiva e «prendere accordi» sull'organizzazione della vita della famiglia. Talvolta, i pasti vengono utilizzati come momenti per discutere di «questioni serie» che riguardano aspetti specifici della vita dei diversi membri. Com'è emerso dall'analisi, il pasto in famiglia rappresenta uno spaccato delle dinamiche relazionali fra sessi e generazioni, mostrandone quindi le ambivalenze: se il pasto, da un lato, è atteso come momento di condivisione, dall'altro, non mancano i casi in cui si trasforma in un campo di scontro e conflitto, proprio perché tutti i membri della famiglia si ritrovano radunati e sono «costretti» al confronto. Questo si nota

soprattutto in alcune famiglie in cui il pasto diviene un luogo per discutere questioni legate all'educazione dei figli, sia in termini formativi, sia per quanto riguarda l'educazione alimentare. Questi momenti si caratterizzano spesso per un'elevata conflittualità, soprattutto se si pensa al cibo come qualcosa che viene definito «pericoloso» e «patologico» per la salute del figlio e per i suoi percorsi di crescita.

5.2.6 L'utilizzo dei media durante i pasti

La maggior parte dei genitori non dispone regole precise riguardo l'uso dei media durante i pasti della famiglia. Tali regole vanno dal non «usare la televisione», a un utilizzo saltuario di *tablet* e *smartphone*. La gestione di questi dispositivi non segue «regole fisse» rispetto a tutti i membri della famiglia, ma dipende in gran parte dalle necessità di ciascuno e dalle situazioni particolari. Nello specifico, i genitori utilizzano il telefono se lo ritengono utile a loro, mentre lo lasciano utilizzare al figlio se questo può servire a «distrarlo» e «a farlo mangiare»: l'uso del dispositivo a tavola assume quindi un valore compensativo e di gratificazione, quando non un vero e proprio “media” del pasto stesso. Al contempo, per i genitori che non consentono l'uso dei dispositivi multimediali, emergono motivi ben precisi e di tipo opposto: «distraggono» dal cibo, dalla «conversazione insieme» e «tolgono tempo» alla famiglia. Al contrario, vi sono famiglie che lasciano utilizzare ai figli *tablet* e dispositivi, perché i pasti della famiglia vengono percepiti come un momento di socializzazione e comunicazione in cui si parla anche degli strumenti e dei contenuti multimediali che interessano figli e genitori. Talvolta, può capitare che attraverso tali dispositivi la famiglia si metta in contatto con parenti e amici nel momento del pasto.

Nella maggior parte delle famiglie la televisione fa «da sottofondo» al consumo dei pasti: viene accesa durante la preparazione dei cibi come elemento di «compagnia» per chi si trova in cucina e viene in seguito tenuta accesa –programmi e volti noti della televisione generalista rappresentano per molte famiglie una parte importante della propria quotidianità, anche se non vengono «seguiti» con continuità e attenzione mentre «si mangia tutti insieme». Queste famiglie ritengono che i cellulari coinvolgano i commensali in un modo negativo e diverso dai televisori: sono percepiti come «più fastidiosi» dei televisori e incidono maggiormente sul «cattivo» svolgersi della conversazione. Alcune famiglie ritengono che la TV sia solo un «rumore di fondo» che fa parte del pasto familiare: non vede in essa né un pericolo, né un'opportunità. Tale aspetto viene connesso al fatto che quando i genitori rientrano per la cena nessuno dei commensali «ha la forza» di stare attento a un programma particolare, piuttosto che a un contenuto specifico. Talvolta, i genitori lasciano usare *tablet* e dispositivi digitali ai figli per

«isolare» la loro conversazione, che in questo modo viene percepita come maggiormente «intima» e comunque focalizzata su aspetti urgenti da trattare. Infatti, vi sono casi in cui i genitori lasciano che il pasto familiare si concluda, per i figli, sul divano e davanti alla televisione. Tale pratica ha la funzione di far recuperare alla coppia un «momento intimo» della tavola, seppur molto frazionato, che fornisce quel «poco tempo» per stare insieme – in diversi casi, l'unico della giornata.

Rispetto alla preparazione dei pasti e al loro consumo, anche altri media occupano un ruolo rilevante. In particolare, i *social media* sono utilizzati da alcune mamme per condividere immagini di cibi, mentre i padri si dichiarano non interessati a queste piattaforme. Inoltre, alcune madri raccontano che utilizzano *blog* e motori di ricerca per individuare nuove ricette o consigli per «diete dimagranti». Tuttavia, la generazione dei genitori intervistati non sembra essere particolarmente attratta e interessata ai media digitali, che in alcuni casi sono stati anche descritti come «pericolosi», in particolare rispetto alla possibile alterazione e falsificazione delle «relazioni vere».

5.3 Dopo i pasti, tra compiti e doveri

La fase che segue la conclusione dei pasti è sicuramente la meno ricca di ritualità rispetto alle fasi precedenti. La conclusione del pasto – sappiamo che si tratta per lo più del fine cena – sta a indicare che il momento di ritrovo e confronto tra i familiari è concluso. Nella maggior parte delle famiglie le madri si occupano di sparecchiare e di riordinare la cucina, in alcuni casi con l'aiuto del figlio o del coniuge. Tuttavia, non esiste una regola che stabilisca i doveri legati al fine pasto: il pasto finisce quando finisce il cibo in tavola e, progressivamente, ci si allontana dalla cucina.

Va evidenziato che alcune madri preferirebbero avere «aiuto» per la pulizia della cucina a fine pasto, mentre per altre tale compito «spetta» a loro e preferiscono eseguirlo «da sole», in modo che sia «più rapido» e veloce: così, le madri possono sistemare il cibo avanzato e gli oggetti della tavola e della cucina nel modo a loro «più comodo» e «funzionale» al pasto successivo.

Comunque, per alcune famiglie esiste un «elenco» di piccoli lavori domestici in carico ai bambini, che fornisce loro una certa responsabilità: dal «portare la scopa» per la pulizia, al «piegare la tovaglia», o al rimettere la tavola a posto se è stata spostata. Tuttavia, i bambini difficilmente partecipano al lavaggio dei piatti, sia per «paura di incidenti» da parte della madre, sia perché si dedicano «immediatamente» ad altre attività, che spesso hanno a che fare con la preparazione dei materiali per la scuola del giorno dopo e con la cura personale prima di andare a dormire.

In alcuni casi abbiamo registrato una pratica familiare per cui chi non si occupa di cucinare si occupa della pulizia, ma tale pratica non è estesa ai figli

e presenta molto spesso una regolarità: la madre pulisce, il padre sparecchia la tavola. Nei rari casi in cui i doveri di pulizia di fine pasto coinvolgono l'intera famiglia, ciascun membro ha un compito di pulizia e tale pratica viene segnalata nella sua ludicità: «è un gioco a cui partecipiamo tutti». Tale pratica è presente nelle famiglie in cui tutte le fasi riferite al pasto sono fortemente pianificate e programmate.

I genitori fanno emergere regole precise sull'«essere a casa» per i pasti in famiglia, che si svolgono per la maggior parte di sera (la cena), dal momento che il pranzo del figlio avviene nella mensa scolastica. Tuttavia, per alcune famiglie, i membri hanno l'accordo di «essere a casa per i pasti» ogni giorno, a meno che non siano impossibilitati per motivi di lavoro.

Come emerge nella maggioranza delle interviste, i genitori cercano di organizzare il pasto in famiglia almeno tre volte a settimana – talvolta una alla settimana, anche se si tratta, prevalentemente, del pranzo della domenica. Queste famiglie spesso hanno genitori occupati con il lavoro fino al tardo pomeriggio e non sono «materialmente» in grado di consumare insieme i pasti. A questo si aggiunge che nell'orario della cena, molto spesso, i bambini sono impegnati in diverse attività, ricreative o sportive, che precludono la possibilità di «un orario stabile».

6. I pasti della famiglia fuori casa. Il cibo e la socializzazione

6.1 I pasti famigliari fuori casa

Durante l'intervista abbiamo esplorato con i genitori anche le pratiche alimentari che riguardano i pasti fuori casa, che siano consumati solo con i membri della famiglia o con parenti e amici. Le famiglie mangiano sole fuori casa raramente. Quando ciò accade è per occasioni eccezionali quali festività, compleanni o cerimonie. In questi casi le famiglie scelgono ristoranti con cucina tradizionale, per lo più agriturismi con uno spazio adeguato a far giocare i bambini che non amano stare seduti a tavola a lungo. Più di rado capita che la famiglia esca per andare a mangiare in pizzeria. Gli intervistati affermano che mangiare fuori casa con l'intera famiglia è troppo costoso. Come abbiamo visto più sopra la pizza piuttosto che altri piatti pronti come il *sushi*, gli *hamburger*, le piadine, vengono presi da asporto e mangiati a casa in quelle sere in cui non c'è tempo sufficiente per dedicarsi alla preparazione dei pasti.

6.2 I pasti famigliari fuori casa con gli amici

La famiglia racconta di mangiare più spesso fuori casa recandosi a casa di amici. Ciò avviene durante il fine settimana, soprattutto il sabato sera. La cadenza di queste cene non è ravvicinata: si tratta mediamente di un incontro al mese e in alcuni casi ogni 2/3 mesi. Le uscite sono più ravvicinate nel periodo estivo, in particolare quando termina la scuola e il tempo dedicato alla gestione familiare diviene più flessibile. Nonostante il momento di incontro con gli amici per mangiare insieme sia descritto come un «qualcosa di piacevole», molte famiglie faticano a programmarlo “in casa”. Per i genitori gestire un pasto per più commensali rispetto al solito equivale a un sovraccarico della *routine* settimanale, dovendo occuparsi, all’interno d’uno stesso giorno, di pulire la casa, fare la spesa e cucinare. Questa sembra essere la ragione per cui tali cene sono meno frequenti di quanto siano desiderate.

Nella maggior parte dei casi, quando le famiglie incontrano gli amici, questi sono spesso genitori di bambini che frequentano la scuola dei figli. In tali occasioni, il «ritrovarsi a mangiare insieme» è «un pretesto per stare in compagnia», in un clima disteso e ludico. Molto rare sono le uscite per mangiare insieme con amici, di famiglia o colleghi di uno dei genitori, che non hanno figli.

Gli incontri con gli amici si svolgono a casa di una famiglia piuttosto che dell’altra, preferendo le case più grandi e quelle con taverne e/o giardino. Più raramente le famiglie si recano con amici in locali pubblici, perché incontrano difficoltà nel trovare «spazi» adatti per far giocare i bambini. In questi casi, gli spazi esterni degli agriturismi rappresentano una buona soluzione, anche se non sono «economicamente sostenibili» se scelti con frequenza.

La pianificazione e la scansione temporale che abbiamo utilizzato per descrivere i pasti famigliari fra le mura domestiche non verrà riproposta per l’analisi del pasto “fuori casa”. Infatti, dall’analisi delle interviste, abbiamo osservato che quando la famiglia decide di mangiare insieme agli amici è come se il tempo del familiare, con le sue cadenze e *routine*, «venisse sospeso». In queste occasioni il cibo costituisce uno “sfondo” alla socialità, allo stare insieme, al condividere racconti ed esperienze, nella consapevolezza che i figli stanno anch’essi dedicandosi al gioco e al divertimento. Il cibo che si condivide con gli amici durante il fine settimana è il cibo legato al piacere, il cibo ricco e colorato delle diverse tradizioni culinarie che si dividono e fondono. In tal senso, per alcune mamme, le cene con gli amici sono il momento in cui preparare piatti «succulenti» della propria tradizione e dare «prova» delle proprie capacità culinarie. Anche in queste occasioni il cibo assume una connotazione legata alla cura. Tuttavia, non si tratta della stessa cura, tipicamente materna, che viene profusa nella preparazione dei pasti famigliari con una finalità di nutrimento, e non si tratta nemmeno di una cura riferita alla crescita, quanto piuttosto di un prendersi cura che sta a significare

l'affetto nutrito per l'altro (altri) e la dimostrazione della piacevolezza dello stare insieme.

Durante l'estate, nelle serate con gli amici, la cucina è molto spesso affidata ai padri, che solitamente preparano carne alla griglia. In queste occasioni, ciascun membro della famiglia sembra trovare attorno alla tavola un proprio spazio di «distensione» e di «piacere». Le mamme si dedicano a consigli riferiti ai piatti cucinati e alle «chiacchiere» a proposito di «figli e scuola», mentre i papà conversano tra di loro di passioni e interessi comuni. In questi momenti emerge che i genitori recuperano uno spazio «tutto per sé». Inoltre, questi raccontano che negli incontri con gli amici è come se, per il bambino, il cibo «perdesse di valore», nel senso che per i più piccoli «il mangiare» diviene un elemento accessorio, dal momento che si dedicano soprattutto al gioco in compagnia dei coetanei. Per cui, in queste occasioni, il senso di leggerezza che «provano» i genitori è anche arricchito dal fatto che i bambini con problemi di sovrappeso e di obesità non necessitano di una «particolare attenzione» rispetto alla gestione del pasto abituale. Tale elemento potrebbe suggerire che il consumo di cibo, talvolta eccessivo, possiede, almeno nella *routine*, un «valore compensativo» che però muta nel momento in cui i bambini giocano in compagnia degli amici.

6.3 I pasti famigliari fuori casa con la famiglia allargata

Diversamente da ciò che accade rispetto ai pasti con gli amici, i pasti famigliari consumati a casa dei nonni hanno tempi e modalità prevedibili. Si tratta solitamente di un pasto che viene consumato in un giorno e in un momento specifico del fine settimana e costituisce una *routine*. Questi pasti si svolgono abitualmente la domenica a pranzo e recuperano la ritualità che abbiamo visto caratterizzare il pasto famigliare casalingo e la arricchiscono altresì di elementi legati alla tradizione, alla memoria e, quindi, alla trasmissione di valori. Il mangiare insieme a casa dei nonni ripropone tutti gli elementi legati alla gestione del pasto e alla preparazione del cibo riferiti alla memoria dei genitori intervistati. Il pranzo della domenica permette di rivivere sapori, colori ed emozioni vissute nella propria infanzia tramite il cibo.

Il pasto della domenica è un momento in cui si incontrano i nonni, così come i membri della famiglia allargata: zii, cugini, ecc. La preparazione è affidata alla cura della nonna, che pianifica il pranzo con attenzione e cerca di cucinare tutto prima dell'arrivo dei famigliari. Si tratta di un pasto completo, basato sulla cucina tradizionale, composto da più portate, perché vengono serviti i piatti preferiti di ciascun membro della famiglia. In queste occasioni, le indicazioni riferite alla dieta alimentare dei bambini

in sovrappeso vengono sospese, come a dire che la finalità di quel pasto è un'altra e nulla ha a che fare con elementi dannosi per la salute. È come se i nonni pensassero che i loro piatti e la loro cucina, data la cura e l'amore con cui vengono preparati, non possano costituire un elemento di rischio per la salute del bambino, quanto piuttosto un "elemento protettivo".

Il pasto si svolge nella stanza più importante della casa: il salotto. Il tavolo occupa lo spazio centrale, è apparecchiato con cura e attorno ad esso si radunano tutti i famigliari con il nonno che siede a capotavola. I tempi del pasto sono solitamente lunghi, perché anche in questo caso – come accade con gli amici – il cibo è un pretesto per ritrovarsi in un clima sereno e conversare, raccontandosi cosa è accaduto durante la settimana. Da parte degli intervistati, il momento del "fine pasto" non viene descritto come caratterizzato da particolari ritualità connesse alle attività di pulizia e di riordino, quanto piuttosto come un «tempo ulteriore» per stare in compagnia, raccontarsi, discutere e affrontare alcuni aspetti organizzativi della settimana che sta per iniziare, mentre i bambini giocano con nonni, cugini e zii.

Questa dinamica non viene vissuta dalle famiglie che hanno la propria famiglia di origine in altre regioni e che vivono i momenti descritti non come una *routine* settimanale, ma come una pratica legata alle festività e ai periodi di vacanza. Per queste famiglie, il pranzo della domenica si svolge con ritmi più lenti e rilassati, ha un menù più ricco rispetto ai pasti della settimana lavorativa, ma non sembra caratterizzato da particolari ritualità.

7. Capitale corporeo dei genitori e dei bambini: reazioni e vissuti della famiglia

7.1 Capitale corporeo, habitus e stili di vita

Nella sociologia classica il corpo sembra aver rappresentato ciò che Shilling (1993) ha definito «una presenza assente» perché molto raramente è stato oggetto di studio, anche se ha sempre costituito la modalità attraverso cui gli individui hanno rappresentato il sociale.

Le origini di tale approccio le possiamo rintracciare nell'antropologia e in particolare nel contributo di Marcel Mauss (2017) che, introducendo il concetto di «tecniche del corpo», ci indica come attraverso il corpo l'uomo modifica l'ambiente in base alla cultura della comunità a cui appartiene. Questa *agency* trasforma l'uomo stesso, perché le trasformazioni retroagiscono sull'uomo che progressivamente si adatta a quello specifico ambiente. Nei suoi scritti, Mauss sostiene che non esiste un corpo «completamente naturale», nel momento in cui ogni azione incorpora l'impronta della socializzazione rispetto a come mangiare, come ci si lavano le mani, ecc.

Quindi, il corpo incarna significati sociali sotto forma di *habitus* che non sono di tipo individuale, ma incarna e riflette significati sociali che, in quanto tali, non variano da individuo a individuo, ma da gruppo a gruppo.

Tali elementi sono stati poi ripresi da Mary Douglas, che ha approfondito il tema dell'analisi del corpo come simbolismo sociale e come forma di classificazione. Secondo l'antropologa britannica il corpo sociale e il corpo fisico si trovano in una continua interazione, perché il corpo sociale determina il modo in cui viene percepito il corpo fisico: a sua volta, la percezione fisica del corpo sostiene una specifica visione del corpo sociale (Douglas, 1993).

Nell'epoca contemporanea, a partire dagli anni '80 del secolo scorso, il corpo sembra aver acquisito una maggiore centralità negli studi sociologici, divenendo una risorsa attraverso cui gli individui costruiscono la propria identità.

A proposito di costruzione sociale dei corpi, collocandoci in una prospettiva di *embodied sociology* piuttosto che di una sociologia del corpo, desideriamo riprendere il contributo di Pierre Bourdieu (2009b), che ha posto il tema del corpo al centro della sua teoria. Egli ritiene che il corpo rappresenti lo spazio in cui gli *habitus* si incarnano. Il corpo è al contempo un principio d'individuazione per il singolo, perché lo individua rispetto a un tempo e a uno spazio, così come un principio di collettivizzazione, poiché incorpora le strutture sociali sotto forma di opportunità, aspettative e anticipazioni. Quindi, esiste una corrispondenza tra strutture sociali e strutture fisiche e ciò significa che a diverse posizioni sociali corrispondono diversi «stili corporei» che si manifestano attraverso le rappresentazioni, le pratiche, gli accordi e i compromessi, così come le invenzioni e gli adattamenti. In tal senso, l'*habitus* agisce come principio unificatore di quasi tutte le scelte e le pratiche sociali realizzate da un attore. La totalità di tali pratiche costituisce uno *stile di vita* che forma uno schema di percezione e di valutazione, attraverso cui distinguere e classificare i membri di un gruppo sociale e il cui senso deriva dalla posizione in un sistema di opposizioni e di correlazioni. Quindi, il corpo racchiude in sé un bagaglio di risorse materiali e simboliche che possono essere attivate nell'azione sociale, tradotte e convertite in risorse diverse di tipo fisico, culturale, sociale ed economico. In questo modo, anche il corpo si iscrive nella teoria bourdieusiana del campo e dei capitali, al punto che l'autore parla esplicitamente di *capitale corporeo* per indicare l'eredità biologica e sociale che è incorporata negli stili corporei.

Per analizzare questi aspetti, all'interno dell'intervista rivolta ai genitori dei bambini con problemi di gestione del peso abbiamo chiesto loro come definiscono la propria forma fisica e quali pratiche hanno introdotto al fine di prendersi cura di loro stessi. Inoltre, abbiamo chiesto ai genitori come giudicano la forma fisica del/della figlio/a e se il sovrappeso e l'obesità abbiano creato al/alla bambino/a difficoltà relazionali con i pari.

7.2 Il capitale corporeo dei genitori

I genitori intervistati hanno dimostrato un forte disorientamento iniziale quando è stato chiesto loro come definissero la loro forma fisica, cosa facessero per prendersi cura di loro stessi e quali erano, secondo la loro visione, le caratteristiche di un «corpo ideale». Evidentemente, non si aspettavano di ricevere domande sulla propria forma fisica. Tuttavia, superato lo smarrimento iniziale, le risposte non hanno evidenziato particolari differenze tra le madri e i padri. In larga maggioranza, i genitori si rappresentano come «fuori forma» e «appesantiti», mentre alcuni si descrivono come «obesi» e raccontano della «lotta» che stanno conducendo, da quando erano ragazzi, per superare tali «problemi», attraverso diete costanti o saltuarie, visite specialistiche, anche per arginare difficoltà relazionali e psicologiche, fino ad arrivare, in un paio di casi, alla terapia chirurgica.

Un aspetto interessante da sottolineare è che le madri, nella loro totalità, così come qualche papà, tendono ad avere un atteggiamento di autogiustificazione, affermando che hanno “perso” la forma fisica da quando hanno avuto figli e che comunque tale condizione non costituisce un problema: l’aspetto estetico non è più considerato importante o necessario alla loro rappresentazione. In questo caso, emerge l’idea per cui il capitale corporeo, utilizzato in una certa fase del percorso di vita come risorsa orientata al mercato matrimoniale, attraverso la valorizzazione degli aspetti estetici, diviene successivamente una risorsa totalmente orientata ad «avere la forza» fisica e la capacità di poter ottemperare ai propri compiti quotidiani – «nonostante il sovrappeso riesco comunque a fare tutto!».

M: Non ho tempo, con il lavoro e lui [il figlio] da accompagnare da tutte le parti non riesco a fare altro (Int. 63-64).

M. Mi sento in forma... forse un po’ in sovrappeso. Prima di avere i 3 figli ho sempre fatto qualcosa, fin da piccola. Nuoto, pattinaggio, poi insomma andavo in palestra. Dopo, con i figli... (Int. 59-60).

La principale differenza fra madri e padri la si coglie nel momento in cui si chiede loro cosa facciano per prendersi cura di loro stessi. Le mamme dichiarano di non riuscire a ricavare uno spazio per sé: alcune facevano attività sportiva prima di diventare madri, ma tutte oggi raccontano che il bilanciamento quotidiano tra responsabilità di cura familiare e compiti lavorativi gli impedisce di ritagliare uno spazio per la cura di sé. Invece, un numero contenuto di padri dichiara di riuscire a dedicare qualche ora alla settimana al proprio sport preferito, un’«attività» che viene fatta per piacere e non connessa a questioni di salute, tanto è che qualcuno dichiara che dopo l’attività sportiva «premia» lo sforzo attraverso il cibo.

P. Io non faccio niente. Faccio del gran divano. Però anche io sto in piedi in ceramica. Otto ore in piedi, avanti e indietro, con 40 gradi (Int. 49-50).

P. Io, boh, mi definirei tamugno. Io vado su da un muro se mi ci mandi. In questo momento, per le gambe, vado su da un muro. Strappi dal 20-22%. Ieri sera abbiamo fatto un dislivello, erano 12-13-14%. 10 km che ti tengono lì. Poi siamo arrivati in gelateria e siamo andati a prendere il gelato. E [mio figlio], anche lui tamugno, ma sarà ben la nostra falsa riga. Noi sappiamo di non essere magri e di non avere una vita regolata con l'alimentazione, per cui fai cene, baracche, scancheri, allora... sai che sei suscettibile alle variazioni frequenti di peso, per cui la bilancia diventa un controllo. Noi ci sfondiamo eh! (Int. 15-16).

Il punto di vista di uomini e donne torna a coincidere nel momento in cui sono invitati a riflettere sulle caratteristiche che secondo loro sono proprie di un corpo ideale.

Tutti descrivono il corpo ideale come corpo «in forma», in salute, ma che non corrisponde necessariamente a criteri estetici specifici. Nessun intervistato ha risposto citando il corpo di una persona famosa, di un *influencer*, del mondo sportivo o del mondo dello spettacolo. Piuttosto, i genitori hanno elencato le caratteristiche del corpo ideale facendo riferimento al fatto questo debba essere «non in sovrappeso» e «tonico» come elemento di prevenzione da determinate patologie. Quindi, per i genitori il capitale corporeo è generalmente connesso alla salute (benessere e rischi).

M. Ho pensato subito a un corpo in forma, ma non penso a nessuno in particolare. Oddio donne bellissime non mancano, poi però c'è la salute. Ecco forse a una certa età pensi più alla salute, no forse no (Int. 59-60).

7.3 Il capitale corporeo dei bambini e delle bambine

Ai genitori intervistati è stato chiesto di definire la forma fisica dei/delle propri/e figli/e. La reazione conseguente a tale quesito è stata “di difesa”. Ai ricercatori è sembrato che gli intervistati si sentissero in qualche modo “giudicati” e che si trattasse proprio della domanda che introduceva il “problema” dell'obesità infantile, rispetto alla quale, soprattutto le mamme, nutrono un forte senso di colpa.

Comunque, gli aggettivi con cui è stata descritta la forma fisica dei bambini e delle bambine sono stati diversi: «tozzetta»; «rotondina»; «stagno»; «tamugno»; «cicciettello»; «in carne»; «non esile»; «tondina»; «leggermente in sovrappeso»; «ben messa»; «roccia».

Nella semantica utilizzata per riferirsi alle figlie femmine è stata utilizzata spesso la forma diminutiva e/o vezzeggiativa. Diversamente, per i figli

maschi sono stati richiamati attributi ed elementi riconducibili alla «forza fisica» e all'idea di «prestazione» da offrire (in particolare sportiva).

Le descrizioni dei figli fatte dai genitori sono immediatamente accompagnate da una giustificazione relativa al fatto che il figlio o la figlia sono comunque in salute, che stanno bene e che dal punto di vista dei genitori – in questo caso soprattutto di mamme – non si tratta tanto di bambini/e in sovrappeso, ma semplicemente di bambini/e in buona forma fisica e «non eccessivamente magri».

M. Secondo me è un bimbo sano, forte, assolutamente, fisicamente fa molte attività si muove molto quindi, non è un bambino... si è proprio massiccio nel senso che la sua dimensione adesso sta crescendo molto, quindi si sta anche... si è alzato molto e si è assottigliato, pur rimanendo comunque un bimbone eh, mantiene il sovrappeso. Però crescendo sta ottimizzando anche la sua resistenza nella corsa, soprattutto nel calcio che prima era un bambino che si stancava molto (Int. 11-12).

M. il discorso dell'obesità secondo me... non è mai stata obesa mia figlia [la mamma ci mostra delle foto della figlia]. Questa è [lei], vedi che è tozzetta? Qua ha la giacca, ma c'è una foto anche dove è rotondina, ma non è, almeno io, poi magari noi la vediamo così perché... (Int. 9-10).

M. io la vedo rotondina ma nulla di esagerato. La pediatra invece mi ha detto che è nella prima fascia dell'obesità. A me non sembra però. Secondo me i grassi sono più grossi. Però devo dire che lei si sta trasformando tanto, soprattutto in altezza. Sarà quello? Sarà un insieme di cose? Comunque, per me è più un essere formosa. Lei invece penso che si veda un po' rotondina appunto, ma non ha amiche più magre di lei. Si confronta con le sue amiche, ma o sono dieci volte più grosse di lei, o sono quelle minuscole che sono magrissime perché hanno problemi di alimentazione. Ma l'essere un po' più rotondina non credo le crei dei problemi, anche se in generale è una bambina molto silenziosa. Di solito vengo a sapere le cose dopo mesi. Ma non l'ho mai sentita lamentarsi di qualcuno che la prende in giro... (Int. 43-44).

Alcuni genitori, in questo caso si tratta soprattutto di papà, mettono in correlazione la forma fisica del figlio con la propria, fornendo la giustificazione del sovrappeso rispetto al fatto che anche il papà o la mamma durante l'infanzia e la giovinezza erano robusti.

P. Ma lui, io lo vedo molto uguale a me, cioè come proprio fisicamente uguale a me, ha un'ossatura robusta, cioè grossa. E poi comunque mi rivedo a volte in quando io ero più piccolo. Lo vedo simile a come ero io alla sua età, ero un po' più tozzo diciamo, tondino. Sì, infatti, io da un lato, a differenza di lei, mi preoccupa meno [...] cioè approvo il percorso che sta facendo, però diciamo che non sono molto ligio ad attenermi alle regole che mi dice anche lei, perché comunque io lo vedo come me e vedo come sono arrivato ora e

per me è un passaggio che lui farà quando poi arriverà all'adolescenza. Ha proprio lo sviluppo effettivo (Int. 7-8).

In modo netto, la maggior parte dei genitori afferma che il/la proprio/a figlio/a non è obeso/a, ma è semplicemente di costituzione «robusta», come del resto gran parte dei membri della famiglia. In alcuni casi i genitori spiegano che il sovrappeso del figlio o della figlia non può essere considerato come patologico, perché già presente dalla nascita e perché presente nelle generazioni famigliari. Tale aspetto sembra essere utile ai genitori per giustificare che si tratta di una caratteristica «fisica» o «congenita», ovvero che non può essere imputata a condizioni ambientali o a una cattiva alimentazione.

M. Lei è fantastica, è una bambina molto solare e contagiosa, allegra. Poi è sempre stata molto brava, è una bimba molto testarda, se vuole fare una cosa la vuole fare. Per dire, a ginnastica artistica era una delle poche bimbe che sapeva fare la spaccata, nonostante fosse un po' rotondina. Invece, le altre erano tutte molto lineari. No, non la vedevo grassa. Per me lei è stupenda così com'è. Infatti, quando andavo dalla pediatra le dicevo: "ma come fa a dirmi che è sovrappeso?". Dicevo "per me è meravigliosa, non è possibile". Non li vedevo questi chili in più che potevano esserci. Poi, magari, a ginnastica artistica un po' l'ho notato, perché vedendo queste bimbe che erano molto lineari, allora dicevo "mamma mia!". Però lei era bravissima perché sapeva fare tutte le... non si è mai sentita quella sminuita (Int. 39-40).

Solo in un paio di casi le mamme hanno manifestato preoccupazione per la condizione fisica del/la figlio/a avendo notato un loro affaticamento fisico durante momenti ludici con i pari che prevedevano attività motoria.

I genitori non sembrano essere preoccupati dell'attuale problema di obesità del/la proprio/a figlio/a, quanto piuttosto di «cosa possa accadere» loro durante l'adolescenza al persistere del sovrappeso, soprattutto rispetto all'accettazione di sé e all'accettazione da parte degli altri.

Durante l'intervista abbiamo cercato di capire se il sovrappeso avesse rappresentato, per i bambini e le bambine, una fonte di disagio o un ostacolo nella relazione con i pari.

Possiamo dire che nella maggioranza dei casi i genitori hanno risposto che il sovrappeso del/la figlio/a non costituisce un ostacolo relazionale. La prima risposta dei genitori è sempre stata accompagnata da una descrizione particolareggiata dei tratti caratteriali legati alla socievolezza, alla simpatia, alla bontà del/la proprio/a figlio/a.

A proposito di capitali ci è sembrato di osservare che i genitori provassero a giustificare la scarsa accettazione sul piano fisico del/la proprio/a figlio/a da parte dei/delle compagni/e, con un'accettazione che avviene non sul piano fisico, ma piuttosto su quello relazionale. L'idea è quella secondo cui, già a partire dall'infanzia, sia necessario sapere convertire le risorse fisiche e

corporee in risorse relazionali. In questo modo sembra che i genitori giustifichino una logica compensativa: è in sovrappeso ma simpatico/a e si fa voler bene da tutti. Tuttavia, questa logica compensativa sembra pericolosa perché non consente di porre la giusta attenzione sulle questioni fisiche e di salute del corpo, così come sugli eventuali rischi connessi agli stili di vita non sani.

Se la prima reazione dei genitori è stata di tipo difensivo, le domande successive hanno fatto emergere un quadro emotivo più complesso, in cui madri e padri hanno raccontato delle difficoltà che il/la figlio/a ha incontrato nel rapportarsi con alcuni/e compagni/e, in alcuni casi dell'affaticamento fisico nello svolgere un'attività motoria routinaria.

M. Mah, questo no, perché è una bambina solare. Più che altro è lei che si sente correre diversamente rispetto agli altri e fa cose diverse, quando magari tutti corrono, lei corre di meno, ma non credo che per ora ne faccia un problema, perché in fondo sono giochi e sport e sono ancora piccoli, sono diciamo delle attività di gruppo. Credo che possa crearle delle difficoltà se arriverà così a 15 anni, che lì cominciano i problemi... (Int. 7-8).

M. A mio figlio chiedo sempre “ti prendono in giro?” ... sì, l'anno scorso c'era una femmina, che non me l'aspettavo da una femmina, che l'ha preso un po' in giro e l'ha fatto piangere. Non me l'aspettavo da una ragazzina, io pensavo sempre tra i maschi, sono un po' aggressivi: è stato così male che è arrivato a casa a piangere. E poi al gest, l'anno scorso, una bimba l'ha preso in giro e gli ha detto “ah, sei grosso”, “sei grande”. È molto sensibile. È per quello che anche secondo me lo tocca subito se lo prendi in giro o gli dici qualcosa, si emoziona subito. Non è un bambino che si tiene il muso o resta così, tira fuori le emozioni subito. Gli vengono le lacrime subito (Int. 55-56).

Come abbiamo visto, i genitori non sono totalmente consapevoli dell'obesità del/la figlio/a. Al contrario, in molti casi essi ritengono che il sovrappeso sia indicatore di una buona forma fisica, di «buona salute». Piuttosto che allinearsi all'interno di un discorso medico di malattia o di una categoria sociale stigmatizzata, i genitori hanno collocato le esperienze dei figli all'interno di narrazioni più ampie, in cui è stato dato risalto alle loro storie di vita e alle loro relazioni di genere con le famiglia e coi pari.

7.4 La routine quotidiana dei bambini e delle bambine tra stile di vita e alimentazione

Durante l'intervista con i genitori abbiamo indagato anche quale sia la routine quotidiana dei loro bambini e delle loro bambine, al fine di comprendere con chi trascorrono la maggior parte del loro tempo, se e quanto

conducono una vita sedentaria, quali cibi preferiscono consumare, con quale frequenza e a quali orari.

Dalle interviste è emerso un profilo di *routine* che accomuna tutti i bambini e le bambine coinvolte nello studio. I bambini e le bambine trascorrono la maggior parte della giornata a scuola, perché frequentano il tempo pieno ed escono quindi tra le 16:00 e le 16:30.

Si alza alle 7.00, fa colazione, fino a poco tempo fa con tè e brioche, perché il latte non esiste. La brioche fatte da noi o con una tortina, sempre sul dolce, l'abbiamo sempre abituata così. Poi il papà la porta a scuola, visto che io sono già a lavorare, dopo ha scuola, arriva a casa alle 16.30, però prima dell'uscita le danno un frutto per merenda, lei lo mangiava volentieri perché aveva una fame esagerata. Lei spesso faceva il bis, lei me lo diceva. Insomma, lei aveva la sua libertà di scelta. Io non ho mai contestato niente. Lei mangiava quello che voleva. Arriviamo a casa alle 16.30 e lei spesso ha i compiti. Ci sono sempre io e finché facevamo attività fisica era tutto un corri corri, "Dai", prendi la borsa che era già pronta sull'uscio e andare in piscina. Un'ora che poi diventa un'ora e mezza, dopo la piscina un pacchettino di patatine oppure la facevo rilassare e non le ho mai negato le patatine. Tutti alimenti che forse adesso in questo percorso ci sto pensando che era meglio non darle (Int. 39-40).

Quando i bambini e le bambine escono da scuola è sempre la famiglia a occuparsi di loro. Nella maggior parte dei casi si tratta dei genitori, mentre in alcuni casi intervengono i nonni. Nessuno ha raccontato di utilizzare servizi di attività di *post* scuola o di *baby-sitter* per la cura e l'accudimento dei bambini durante il pomeriggio. Questo è possibile perché molti genitori lavorano con la modalità a turni e riescono quindi a organizzarsi in modo tale che uno dei due sia presente, oppure, in alcuni casi, le madri lavorano *part-time* e al pomeriggio concludono l'attività lavorativa in tempo per andare a prendere i propri figli/le proprie figlie a scuola. Possiamo quindi affermare che i bambini e le bambine sono seguiti dalla famiglia e passano la maggior parte del loro tempo tra la scuola e l'ambiente familiare.

Come abbiamo visto dall'analisi dei dati presentata nei primi paragrafi, la letteratura nazionale e internazionale, descrive i bambini con problemi di sovrappeso come bambini sedentari. L'ipotesi che accomuna diverse discipline è che si tratti di bambini e bambine che trascorrono gran parte del loro tempo libero guardando la televisione o utilizzando dispositivi per giocare, ascoltare musica, produrre video, ecc.

In questa direzione, i racconti dei genitori hanno fatto emergere una realtà diversa. Oltre all'attività motoria curriculare, di due ore a settimana fatta a scuola, i bambini e le bambine svolgono mediamente due attività sportive extra-scolastiche, con un impegno di 3/4 pomeriggi a settimana. I bambini e le bambine che al momento dell'intervista non stavano facendo attività sportiva erano soltanto due. Nel primo caso si trattava di una bambina con

problemi respiratori sottoposta a cura con cortisone che aveva dovuto sospendere l'attività motoria per evitare ricadute. Nell'altro caso, si trattava di una mamma che, abitando in un Comune poco servito in termini di palestre e spazi ricreativi per bambini e bambine, non riusciva a organizzarsi per accompagnare la figlia a svolgere attività sportiva.

Complessivamente, ciò che emerge dalle interviste è un "sovraccarico" di attività dei bambini e delle bambine: terminata la giornata scolastica sono impegnati almeno tre pomeriggi su cinque, in varie attività sportive e ricreative. Meno frequente è l'attività fisica fatta insieme alla famiglia attraverso camminate o «biciclettate», dedicate prevalentemente alla gestione degli spostamenti inerenti alla *routine* quotidiana. L'attività fisica fatta dai bambini è sempre strutturata all'interno di tempi e spazi dedicati. Le famiglie sembrano non aver ancora mutato le proprie abitudini quotidiane rispetto a quanto suggerito dal percorso GET, anche attraverso l'utilizzo del «contapassi», utile per indicare che uno stile di vita salutare prevederebbe una certa quantità di passi quotidiani da farsi negli spostamenti fra la casa, la scuola, il lavoro, ecc.

La maggior parte delle famiglie raccontano di aver accolto con entusiasmo la proposta di utilizzare il contapassi, di averlo utilizzato per un breve periodo sufficiente a capire quale era l'effettivo numero di passi svolti, ma di averlo poi abbandonato, perché non in grado di cambiare le proprie abitudini. I genitori affermano che per aumentare l'attività fisica svolta come parte integrante della propria *routine* quotidiana non c'è sufficiente tempo a disposizione.

A pranzo i bambini mangiano a scuola (tranne un paio di eccezioni) servendosi del servizio mensa gestito da una società esterna. Il pasto in mensa è complessivamente apprezzato e costituisce una sorta di «sollievo» per le mamme, perché si tratta di un pasto «in meno» da preparare. A ciò si aggiunge «la tranquillità» del pasto in mensa, data dal fatto che medici e nutrizionisti hanno studiato il menù per bilanciare le calorie e i diversi aspetti nutrizionali.

Alcuni bambini hanno difficoltà a mangiare piatti di un menù variegato che non appartengono alla tradizione culinaria del territorio. Di conseguenza, alcuni genitori lamentano la difficoltà nell'ottenere un pasto «alternativo» quando i motivi sono legati a preferenze di gusto, piuttosto che di salute. Quindi, rispetto alla gestione del pasto a scuola gli interventi promossi da alcuni genitori si limitano alla richiesta diretta alle insegnanti di non dare più razioni (il cosiddetto bis) al proprio figlio o alla propria figlia.

M: fanno una piccola merenda di frutta alle 9.00 e dopo c'è la mensa scolastica, dove vengono portati i pranzi pronti della CIR. All'asilo c'era la cucina interna ed era abituata in quel modo. Invece alle elementari, con i pasti pronti, abbiamo avuto dei problemi. Non sempre [la figlia] condivideva il pranzo perché c'erano delle pietanze che lei non riconosceva, sono messe su vassoio

e chiuse ermeticamente, quindi il piatto risulta tutto un altro lavoro. C'è la condensa, anche il fritto non è come a casa, oppure il pesce proprio non lo mangiava perché le dava proprio fastidio. Lei si accontentava con dell'insalata, scartava proprio il piatto. Poi i menù, purtroppo, si ripetono di settimana in settimana. Rinunciava, ma non ha mai contestato una pietanza. Però le piacevano le vellutate e i legumi. La gestione dei pasti comincia a farsi complessa per i genitori dal momento della merenda pomeridiana fino alla cena (Int. 37-38).

I genitori raccontano che i bambini escono da scuola affamati, anche per il fatto che non sempre completano il pasto della mensa. Questo «picco di fame» si associa a un momento in cui i bambini e le bambine si rilassano perché hanno terminato la giornata scolastica e si dedicano ad attività ludiche e distensive oppure si dedicano alle attività sportive extrascolastiche.

Il momento della merenda coincide con il ricongiungimento con un genitore che è scarsamente propenso ad attivare un controllo e un rispetto delle regole offerte dal servizio e riferite alla qualità nutrizionale e alla quantità di cibo da consumare. La merenda si consuma recandosi insieme ad amici al panificio vicino a casa, oppure si mangiano merendine e prodotti che contengono un'adeguata dose di zuccheri e grassi utili a compensare il pasto ridotto consumato a scuola e le energie che sono richieste dall'attività sportiva pomeridiana. Spesso i genitori, con la finalità di voler sostenere in modo adeguato lo sforzo fisico fatto dal/la figlio/a durante l'attività sportiva, gli/le propongono una merenda usciti da scuola e uno spuntino terminato l'allenamento, in modo che non abbia troppa fame prima della cena.

P. Eh ci sono un sacco di bimbi che non mangiano tutti i cibi.

M. Questo è un problema per noi, perché lui finisce la scuola alle 16.00, poi dopo va a un dopo-scuola, perché io fino alle 16.30 non arrivo, quindi dopo scuola è affamato, ha una merenda da gestire che sono crostatine al cioccolato, ovvio, non ha mangiato, ne mangia due. Poi dopo 2 ore ha la cena e deve andare a karate, perciò, oltre alle 2 crostatine devo fare un panino. Perché se no non riesce ad allenarsi. Tutte queste cose stavano influenzando in modo molto negativo, ma quest'anno a scuola è stato molto più bravo, le maestre non si stanno lamentando. Però loro hanno la politica che devono «assaggiare un po'tutto» e questo è sempre un bene (Int. 57-58).

P: arrivava a casa alle 4 che aveva fame, ma perché aveva mangiato poco, perché alla fine non era sazio e soddisfatto ecco, quindi ecco la merenda a casa. La merenda a casa mangia, poi mangiare solamente un frutto diventava dura perché avendo tanta fame...

M: Solo un frutto ti mangia la mela, perché la mela non la rifiuta mai, [...] però dopo dice "e poi?" Quindi dagli due cracker, dagli una fetta di pane da toast, insomma, un po' così, ma anche li combattevamo un po' perché dico "cavolo però, se poi non ha mangiato prima questo ha fame"! [sorridente], con la mela non si sazia

P: Uno mangia i tavolini come si dice da noi e poi la sera a cena... (Int. 41-42).

Come abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, la cena è spesso consumata molto tardi la sera per permettere a tutti i membri della famiglia di rientrare dalle proprie attività e di preparare il cibo. Questa abitudine fa sì che nel pomeriggio, in molte famiglie, vengano gestiti più momenti di merenda e di spuntino e che, una volta consumata la cena, non ci sia un tempo adeguato alla digestione. Durante la cena e i pasti insieme ai genitori risulta complesso gestire una riduzione della porzione ed evitare le «doppie razioni».

Dalla maggior parte dei genitori è stato riferito di bambini/e che hanno una dieta abbastanza varia e che non hanno grosse difficoltà ad assaggiare gusti nuovi, ma c'è comunque la preferenza per cibi «saporiti», raffinati e dolci, mentre il consumo di frutta e verdura è decisamente marginale.

Una mamma racconta di come la figlia scelga i cibi in base ai colori, rifiutando alimenti che hanno colori brillanti e accesi (quali quelli di frutta e verdura) preferendo cibi dal «colore scuro», che rappresenta per lei un indicatore della presenza di cioccolato o cacao. Allo stesso modo, l'attenzione è posta anche alla forma di determinati prodotti, quali ad esempio merendine e biscotti, che devono coincidere con i prodotti di marca più diffusi perché rappresentano un gusto noto e quindi una sicurezza o un elemento confortevole per il/la bambino/a.

Questi elementi ci inducono a considerare la questione riferita al rapporto tra il cibo e le emozioni, presente anche nella vita dei più piccoli. I bambini e le bambine che i genitori ci hanno descritto non si limitano a un consumo talvolta eccessivo di cibo, ma si tratta di bambini e bambine che mangiano con gusto, per cui il cibo rappresenta una evidente fonte di piacere, un'attività appagante a cui dedicarsi. Una mamma ha descritto dettagliatamente il modo in cui il figlio mangia per concludere dicendo che: quando il figlio mangia «sembra che faccia l'amore con il cibo».

Non siamo in grado di determinare quanto la descrizione che i genitori restituiscono sia totalmente riferita al figlio o alla figlia e quanto si tratti di un meccanismo di proiezione. In quanto sociologi, questo aspetto non interessa nei termini che incuriosirebbero uno psicologo: il nostro interesse è rivolto alle pratiche e ai linguaggi che permettono la riproduzione sociale e nello specifico la socializzazione dei più piccoli ad *habitus* e stili di vita riferiti a cibo e alimentazione.

Come abbiamo visto, i genitori non sono totalmente consapevoli del problema di obesità del figlio o della figlia e in molti casi ritengono che il sovrappeso sia indicatore di buona forma fisica e salute.

Gli intervistati, mediamente, si stanno confrontando da circa un paio di anni con la condizione di obesità infantile. In precedenza, per loro l'obesità non poteva riguardare i bambini, perché il sovrappeso avrebbe indicato nel

bambino un buon rapporto con il cibo, una buona forma fisica associata a una buona salute e una buona capacità di affrontare l'ambiente esterno.

Per tutte le famiglie intervistate, la diagnosi di obesità è stata riferita dalla pediatra (in tutti i casi sono state citate dottoresse) durante una visita riferita al periodico bilancio di salute. Non è possibile individuare un'età specifica in cui avviene questo tipo di diagnosi, per i bambini e le bambine coinvolti nello studio possiamo indicare una fascia d'età compresa fra i 5 e gli 8 anni. I pediatri e le pediatre, durante i bilanci di salute, tengono monitorati una serie di parametri, tra cui il BMI, con finalità di prevenzione. Nel caso in cui i valori di peso e altezza del bambino o della bambina superino i valori previsti dalle curve di crescita, i pediatri e le pediatre sono tenuti a rinviare il paziente ai servizi sanitari specialistici. Viene, di conseguenza, attivato un protocollo sanitario che prevede un esame del sangue e un'eco-addome per escludere che il sovrappeso sia causato da questioni endocrinologiche, da disfunzioni di altri organi o eventuale presenza di altre patologie.

Il risultato negativo di questi esami fa sì che il bambino o la bambina venga preso in carico dai servizi territoriali per il trattamento, definito di secondo livello, dell'obesità definita. Nel caso in cui lo *screening* risulti positivo il bambino o la bambina viene affidato/a ai medici specialisti del reparto di pediatria dell'ospedale di riferimento. Nel caso di Reggio Emilia il servizio territoriale che si occupa della gestione dell'obesità infantile di secondo livello è il GET, *Gruppi di educazione terapeutica* per il trattamento dell'obesità infantile²⁸.

8. Conclusioni

L'analisi che abbiamo condotto nelle pagine precedenti ci ha permesso di comprendere stili di vita e pratiche alimentari di famiglie con bambini e bambine con problemi riferiti alla gestione del peso e quindi seguiti dai servizi sociosanitari territoriali.

Come abbiamo illustrato nei paragrafi di apertura, a livello di letteratura internazionale, il problema è affrontato in termini di: scarsità o assenza di attività fisica da parte dei/delle bambini/e e dei/delle ragazzi/e; stili di vita caratterizzati da bassi tassi di socialità e quindi da un utilizzo intenso di TV, videogiochi e *device* digitali per l'intrattenimento, e infine da un consumo elevato di cibo cosiddetto "spazzatura", perché raffinato, con un elevato contenuto di zuccheri e poco nutriente.

L'indagine che abbiamo condotto, adottando un approccio in linea con gli studi di Pierre Bourdieu, ci ha permesso di osservare la famiglia come un vero e proprio «campo» in cui i diversi soggetti giocano la propria partita per

²⁸ Il servizio GET è descritto e analizzato all'interno dei capitoli 6 e 7 di questo volume.

l'ottenimento di un determinato ruolo e di una posizione riferita alla dotazione e allo sviluppo dei propri capitali.

Quindi, la famiglia costituisce un contesto fondamentale per la formulazione di *habitus* intesi come quel sistema di schemi percettivi, di pensiero e di azione acquisiti in maniera duratura e generati da condizioni oggettive. L'*habitus* diviene l'elemento centrale della riproduzione sociale e culturale perché è capace di generare comportamenti regolari e attesi, che condizionano la vita sociale degli individui.

Abbiamo visto che per i genitori intervistati il cibo è sì funzionale alla vita del corpo, ma si configura per lo più come un vero e proprio linguaggio che veicola significati, emozioni e sentimenti. Questa valenza del cibo è spesso valorizzata attraverso l'elemento del ricordo e della memoria. Ciò dimostra come la volontà di trasmissione dei significati è molto presente e forte soprattutto da una generazione all'altra: mantenendo vivi i sapori, le pratiche culinarie e di condivisione, capaci di sedimentare elementi di senso e di valore, i genitori provano a trasmettere ai/alle propri/e figli/e l'*habitus* familiare. Gli elementi del ricordo e della trasmissione generazionale dei significati e delle pratiche del cibo pongono in evidenza una serie di interessanti dinamiche familiari. Le interviste hanno fatto emergere come la trasmissione e la valorizzazione delle pratiche riferite al cibo e all'alimentazione dai genitori ai propri figli risultino problematiche per una serie di ragioni che sono direttamente correlate con i cambiamenti epocali avvenuti negli ultimi decenni e che hanno investito gli stili di vita di uomini e donne che, quotidianamente, cercano di gestire una pluralità di ruoli (familiari, professionali, pubblici, ecc.) in un contesto definito sempre più rischioso e imprevedibile, anche per la scarsa presenza di riferimenti fissi e forti.

La letteratura nazionale e internazionale su cibo, famiglia e obesità, suggerisce che queste difficoltà sono più accentuate tra le famiglie con *status* socioeconomico medio basso. La ragione risiederebbe in una scarsa riflessività capace di analizzare rischi, opportunità e la conseguente *agency* "in linea" con le sfide in atto nell'ambito dell'alimentazione. Lo studio che abbiamo condotto ci ha restituito uno spaccato familiare non totalmente in linea con le principali evidenze riportate in letteratura. Come si ricorderà, tutte le coppie coinvolte nella ricerca hanno uno *status* socioeconomico medio-basso, ma hanno comunque mostrato una discreta consapevolezza dei significati e delle valenze che possiede il cibo nel nostro contesto culturale. Al contempo, sembrano mostrare una buona consapevolezza dei rischi per la salute connessi a una alimentazione non sana. Gli stili di vita salutari e gli elementi che caratterizzano una corretta alimentazione sono riconosciuti come tali, soprattutto durante l'età dello sviluppo del bambino (ad esempio, tutti i bambini e le bambine fanno regolare attività sportiva). Ciò nonostante, questo insieme di consapevolezze fatica a tradursi nelle pratiche quotidiane.

Le famiglie intervistate evidenziano al loro interno (e conseguentemente verso l'esterno) una forte divisione del lavoro che si struttura lungo l'asse di genere. Rispetto al tema oggetto di studio è emerso un ruolo centrale ricoperto dalle madri, sia in merito all'attività di pianificazione dei pasti (spesa e organizzazione dei menù), sia rispetto alla loro preparazione, così come rispetto all'attenzione e dedizione riferita alla socializzazione dei/delle figli/e a stili di vita sani.

Tutti i suddetti compiti, il loro intreccio e la loro realizzazione, comportano spesso nelle mamme un sentimento di frustrazione. Come è stato dettagliatamente analizzato, nelle mamme si sviluppa un forte senso di responsabilità prima e di colpa poi, per non essere sempre in grado di porre in una relazione di equilibrio gli impegni professionali con quelli famigliari.

Le mamme si dicono informate e consapevoli rispetto agli stili di vita sani, alle indicazioni per una corretta alimentazione, ma denunciano una forte carenza di tempo che non permette – nello specifico dei temi trattati – di preparare pasti a base di verdure, cereali e legumi e di affiancare all'alimentazione un'attività motoria quotidiana che coinvolga anche i figli – ad esempio rispetto agli spostamenti quotidiani tra casa-scuola-lavoro, casa dei nonni, ecc. – e diventi parte del proprio stile di vita.

Le mamme intervistate iscrivono le pratiche riferite alla preparazione dei pasti e all'alimentazione all'interno di una semantica di cura. Poter procurare nel quotidiano cibo fresco e di qualità, dedicarsi alla sua preparazione, soddisfare le esigenze e i gusti di ciascun membro della famiglia, così come poter condividere con parenti e amici un piatto della tradizione fatto con le proprie mani, è un vero e proprio segno di «amore» che le donne madri compiono verso i propri figli e il proprio partner.

Se oggi è vero che i gruppi abitativi sono separati per il diffondersi del modello della famiglia nucleare, i gruppi di consumo alimentare sono ampiamente misti e in essi le relazioni di parentela sono strette. Le relazioni di cura che si intrecciano, riferite al cibo e all'alimentazione, sono numerose e portano inevitabilmente a una ambivalenza di sentimenti e a far sì che i diversi membri della famiglia, attraverso le pratiche alimentari e il corpo, sviluppino linguaggi non verbali specifici che veicolano significati non sempre di facile e immediata comprensione. A questo proposito basti pensare che, in più di un terzo delle famiglie intervistate, i genitori si trovano a dover gestire problemi di sovrappeso in un/a figlio/a e problemi di sottopeso nell'altro/a.

Con il termine cura si fa riferimento a un legame sentimentale, di solito reciproco, fra “chi si prende cura” e “chi la riceve”, un legame tale per cui chi presta assistenza si sente responsabile del benessere di qualcun altro e, al contempo, mette in campo le proprie forze emotive, mentali e fisiche per ottemperare a tale responsabilità (Mortari, 2015). Emergono, così, gli aspetti controversi e ambivalenti della cura, tema centrale delle relazioni famigliari.

L'intreccio tra cibo e amore come pratica di cura ha origini molto antiche. Gli antropologi ci ricordano che il XII e il XIII secolo videro la nascita dell'ideologia "cortese" del cibo parallelamente a quella dell'amore cortese. Di conseguenza, è abbastanza semplice comprendere come all'interno di questo intreccio si sia poi inserito l'elemento del femminismo e come si sia sviluppata una femminilizzazione della cultura del cibo. In Francia, nel XVIII secolo, per via della natura altamente differenziata della vita di corte, le donne avevano una posizione cosiddetta "privilegiata" rispetto alle compagne di altri Paesi Europei (come, ad esempio, l'Inghilterra e l'Italia) e in quel caso l'importanza e lo sviluppo dell'*haute cuisine* vennero messe in connessione con la condizione della donna nella vita urbana, parigina e non solo. La preparazione del cibo era un'attività prestigiosa, specialmente nel contesto competitivo dell'intrattenimento degli ospiti e degli invitati, gestita e supervisionata dalle donne. In quell'epoca, lo stile e l'eleganza di quelle occasioni esercitavano un'influenza non trascurabile sui nuclei domestici definiti "più ordinari," sia rispetto alla preparazione dei piatti sia rispetto alle maniere da tenere a tavola. La preparazione del cibo a opera delle donne divenne via via non semplicemente un elemento di contorno, funzionale al nutrimento, ma una componente essenziale della vita familiare. La donna acquisì il ruolo di colei che provvede al nutrimento dei membri della famiglia, nucleare e allargata. In quest'ultimo caso, come analizzato, entrano in campo dinamiche generazionali che s'intrecciano a quelle di genere e che portano al centro il ruolo della donna più anziana; la nonna è in questi casi la depositaria della cultura gastronomica della tradizione e delle sue pratiche di trasmissione.

Per gli uomini si affermò invece un luogo "eccezionale" legato alla preparazione dei pasti fuori dal nucleo familiare. I cuochi prestigiosi (oggi stellati) erano (e sono) maschi. Bourdieu nel suo saggio *Il dominio maschile* (1998) ci parla a questo proposito di *doppio standard*, che instaura un'asimmetria radicale nella valutazione delle attività maschili e femminili. Le stesse attività possono essere considerate nobili e difficili quando svolte da uomini (fuori dalle mura domestiche), facili e routinarie quando svolte dalle donne (all'interno delle mura domestiche).

La cura, anche rispetto alle pratiche riferite al cibo, diviene allora un problema legato alla giustizia e alle disuguaglianze nel momento in cui le donne sono i soggetti che spesso si trovano "obbligati" a fornire attività di cura in virtù di un'iniqua divisione dei compiti fra i generi, sia tra le mura domestiche, sia nel più ampio contesto sociale (Saraceno, 2012; ISTAT, 2016). Questa prospettiva ci porta a evidenziare diverse criticità (oltre a quelle già note in letteratura) e a osservare la questione del cibo e delle relazioni famigliari legata al riconoscimento dei diritti, della cittadinanza e della giustizia.

Vi è una corrente di studiosi²⁹ che propone di porre a fondamento di ogni teoria etica e della cittadinanza l'atteggiamento di cura per comprendere e ridefinire l'idea di cura non soltanto come causa di disuguaglianze, ma piuttosto come la dimensione umana da valorizzare. Se si pone tale riconoscimento a fondamento di etica e cittadinanza, in che modo si riscrivono le relazioni tra famiglia, cibo, alimentazione, diritti e istituzioni? Una possibile risposta a questo interrogativo (che tiene conto di quanto analizzato e delle esperienze in atto sui territori) è che l'esercizio di ricomposizione è compito delle politiche pubbliche, delle leggi e anche delle politiche culturali: sono queste a evitare che il "fardello" della cura venga affrontato solo all'interno della famiglia, enfatizzando disuguaglianze di genere e generazionali.

La cura – che si tratti di questioni sociosanitarie, dell'educazione, piuttosto che del nutrimento – diviene così, in questo senso eminente, non soltanto un nodo irrisolto della vita pratica delle donne, ma una questione irrisolta nella più ampia teoria della cittadinanza contemporanea (Kittay, 2010). Rispetto al tema dei diritti e del cibo è interessante recuperare le dichiarazioni che Hilal Elver, relatrice Speciale ONU sul diritto all'alimentazione, ha rilasciato nell'aprile 2020 al termine di un rapporto d'inchiesta riferito a una missione in Italia: «L'Italia inserisca il diritto all'alimentazione sana nella sua Costituzione»³⁰. Il «diritto a una alimentazione adeguata» è un concetto che deriva dall'articolo 11 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966, concetto ulteriormente articolato e interpretato nel 1999 dal Comitato dei diritti economici, sociali e culturali e con le *Linee guida volontarie del diritto all'alimentazione* del 2004.

Si intende garantire, nell'alveo dei diritti umani fondamentali, un'adeguata quantità, ma soprattutto un'adeguata qualità del cibo per evitare problemi legati a sovrappeso e obesità.

Nella nostra Costituzione non esiste un articolo esplicitamente dedicato a questo tema, che può essere tutelato solo indirettamente facendo riferimento al diritto alla vita e al diritto alla salute. Però, di fatto, in Italia è affrontato solo tramite interventi di tipo caritativo, occupandosi di chi ha un accesso al cibo quantitativamente limitato.

Per riconoscere, promuovere e garantire un diritto all'alimentazione sana occorre intervenire sulle politiche riferite alla sicurezza alimentare, al processo decisionale e all'accesso alla giustizia quando si verifica una violazione del diritto all'alimentazione. Le politiche sociali e le loro linee attuative

²⁹ Il riferimento è al lavoro di Martha Nussbaum, Amartya Sen e di John Rawls. La tematica del riconoscimento dei diritti come elemento costitutivo dell'etica della cura viene approfondito da Eva Kittay.

³⁰ Per approfondire quanto emerso durante la visita ispettiva dell'Onu in Italia sul tema del cibo e dell'alimentazione si rimanda al seguente indirizzo: <https://unric.org/it/la-special-rapporteur-onu-sul-diritto-all'alimentazione-hilal-elver-incontra-la-stampa-a-roma-altermine-della-sua-missione-di-11-giorni-in-italia/>.

a livello di intervento locale diventano una risorsa fondamentale affinché, in riferimento alla famiglia, si perpetuino disuguaglianze di genere, generazionali e tra classi. I livelli su cui occorre lavorare per attuare i diritti di cura nell'ambito dell'alimentazione riguardano: 1) un'equa redistribuzione del lavoro di cura familiare; 2) un ruolo attivo e alleviante dello stato rispetto ai compiti di cura; 3) un mondo del lavoro che coinvolga uomini e donne e che sia conciliante; 4) l'idea della cura come valore per rendere sostenibili le nostre società; 5) percorsi di formazione e accompagnamento alla divulgazione di pratiche alimentari sane e sostenibili.

Ciò che abbiamo compreso da questa analisi è che le famiglie non sono "strutturalmente" incapaci di attuare una corretta alimentazione e stili di vita sani, ma vi sono una serie di dinamiche culturali che i servizi che le affiancano dovranno necessariamente tenere in considerazione e rispetto alle quali si dovranno prendere cura.

Bibliografia di riferimento

- Abidin R.R., Jenkins C.L., McGaughey M.C. (1992), *The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment*, «Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology», 21, (1), pp. 60-69.
- Abreva J., Tang H. (2011), *Body mass index in families: spousal correlation, endogeneity, and intergenerational transmission*, «Empirical Economics», 41, (3), pp. 841-864.
- Ackard D.M., Neumark-Sztainer D., Story M., Perry C. (2003), *Overeating among adolescents: Prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health*, «Pediatrics», 111, pp. 67-74.
- Ajslev T., Andersen C., Gamborg M., Sørensen T.I., Jess T. (2011), *Childhood overweight after establishment of the gut microbiota: the role of delivery mode, pre-pregnancy weight and early administration of antibiotics*, «International Journal of Obesity», 35, pp. 522-529.
- Amuna P., Zotor F.B. (2008), *Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development*, «Proceedings of the Nutrition Society», 67, (1), pp. 82-90.
- Anderson P.M., Butcher K.E. (2006), *Childhood obesity: Trends and potential causes*, «The Future of Children», 16, pp. 19-45.
- Arksey H. (1996), *Collecting data through joint interviews*, «Social Research Update», 15, pp. 1-8.
- Ashcroft J., Semmler C., Carnell S., Van Jaarsveld C.H.M., Wardle J. (2008), *Continuity and stability of eating behaviour traits in children*, «European Journal of Clinical Nutrition», 62, (8), pp. 985-990.
- Austin S.B., Haines J., Veugelers P.J. (2009), *Body satisfaction and body weight: Gender differences and sociodemographic determinants*, «BMC Public Health», 9, 313.

- Backett-Milburn K., Wills W., Roberts M., Lawton J. (2010), *Food, Eating and Taste: Parents Perspectives on the Making of the Middle-Class Teenager*, «Social Science and Medicine», 71, pp. 1316-1323.
- Bagnall A.M., Radley D., Jones R., Gately P., Nobles J., Van Dijk M., Blackshaw J., Montel S., Sahota P. (2019), *Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review*, «BMC Public Health», 19, (1), 8.
- Balia S., Jones A.M. (2008), *Mortality, lifestyle and socio-economic status*, «Journal of Health Economics», 27, (1), pp. 1-26.
- Ball K., Crawford D., Kenardy J. (2004), *Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women*, «Obesity Research», 12, (6), pp. 1019-1030.
- Ball K., Crawford D., Jeffery R.W., Brug J. (2010), “The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic”, in Crawford D., Jeffery R.W., Ball K., Brug J. (eds.), *Obesity epidemiology: from Aetiology to Public Health*, pp. 105-118, Oxford Scholarship Online, Oxford.
- Banks M. (2001), *Visual Methods in Social Research*, Sage, London.
- Barlow S.E., and the Expert Committee (2007), *Recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report*, «Pediatrics», 120 (Suppl 4), pp. 164-192.
- Barnett R.C., Gareis K.C., Brennan R.T. (2008), *Wives' shift work schedules and husbands' and wives' well-being in dual-earner couples with children a within-couple analysis*, «Journal of Family Issues», 29, (3), pp. 396-422.
- Bellah R., Masden R., Sullivan W.M., Swidler A., Tipton S.M. (1996), *Le abitudini del cuore. Individualismo e impegno nella società complessa*, Armando, Roma.
- Berge J.M., MacLehose R.F., Loth K.A., Eisenberg M.E., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D. (2012), *Family meals. Associations with weight and eating behaviors among mothers and fathers*, «Appetite», 58, pp. 1128-1135.
- Berge J.M., Miller J., Watts A., Larson N., Loth K.A., Neumark-Sztainer D. (2018), *Intergenerational transmission of family meal patterns from adolescence to parenthood: longitudinal associations with parents' dietary intake, weight-related behaviours and psychosocial wellbeing*, «Public Health Nutrition, 21, pp. 299-308.
- Berge J.M., Wall M., Bauer K.W., Neumark-Sztainer D. (2010), *Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: A latent class analysis*, «Obesity», 18, (4), pp. 818-825.
- Berge J.M., Wall M., Hsueh T.-F., Fulkerson J.A., Larson N., Neumark-Sztainer D. (2015), *The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations*, «The Journal of Pediatrics», 166, pp. 296-301.
- Bertaux D., Bertaux-Wiame, W. (1997), “Heritage and its lineage: a case history of transmission and social mobility over five generations”, in Bertaux D., Thompson P. (eds.), *Pathways to social class*, pp. 62-97, Oxford University Press, Oxford.
- Beshara M., Hutchinson A., Wilson C. (2010), *Preparing meals under time stress. The experience of working mothers*, «Appetite», 55, (3), pp. 695-700.
- Bhavs S., Bavdekar A., Otiv M., IAP National Task Force for Childhood, Prevention of Adult Diseases: Childhood Obesity (2004), *IAP National Task Force for*

- Childhood Prevention of Adult Diseases: Childhood Obesity*, «Indian Pediatrics», 41, pp. 559-575.
- Billon S., Lluch A., Gueguen R., Berthier A.M., Siest G., Herbeth B. (2002), *Family resemblance in breakfast energy intake: the Stanislas Family Study*, «European Journal of Clinical Nutrition», 56, (10), pp. 1011-1019.
- Birch L.L., Fisher J.O. (1998), *Development of eating behaviours among children and adolescents*, «Pediatrics», 101, pp. 539-49.
- Birch L., Savage J.S., Ventura A. (2007), *Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence*, «Canadian journal of dietetic practice and research: a publication of Dietitians of Canada= Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique: une publication des Diététistes du Canada», 68(1), s1.
- Biro F.M., Wien M. (2010), *Childhood obesity and adult morbidities*, «American Journal of Clinical Nutrition», 91, (1), pp. 1499-1505.
- Blaxter M. (2003), “Biology, Social Class and Inequalities in Health: Their Synthesis in ‘health capital’”, in Williams S., Birke L., Bendelow G. (eds.), *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Society*, pp. 69-83, Routledge, London.
- (1990), *Health and Lifestyles*, Routledge, London.
- Bourdieu P. (2015), *La miseria del mondo*, Mimesis, Milano-Udine.
- Bourdieu P. (2009a), *Ragioni pratiche*, il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (2009b), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano.
- Bourdieu P. (2005), *Il senso pratico*, Armando, Roma.
- Bourdieu P. (2003), *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bourdieu P. (1983), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (1993), *La famille comme catégorie réalisée*, «Actes de la recherche en sciences sociales», 100, pp. 32-36.
- Bourdieu P. (1987), *Choses dites*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- Bourdieu P. (1977), *Algérie 60. Structures économiques et structures temporelles*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- Bourdieu P. (1973), “Cultural Reproduction and Social Reproduction”, in Brown R. (ed.), *Knowledge, Education, and Cultural Change*, pp. 71-84, Tavistock Publications, London.
- Bourdieu P., Wacquant L. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Boutelle K.N., Cafri G., Crow S.J. (2011), *Parent-only treatment for childhood obesity: a randomized controlled trial*, «Obesity», 19, (3), pp. 574-580.
- Bowman S.A., Gortmaker S.L., Ebbeling C.B., Pereira M.A., Ludwig D.S. (2004). *Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey*, «Pediatrics», 113, (1), pp. 112-118.
- Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (eds.) (2007), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*, World Health Organization, Genève.
- Brannen J. (2015), *Fathers and sons: generations, families and migration*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Brannen J.M., O'connell R. (2017), *Food practices, intergenerational transmission and memory*, «The Journal of Psychosocial Studies», 10, (2), pp. 44-58.

- Britz B., Siegfried W., Ziegler A., Lamertz C., Herpertz-Dahlmann B.M., Remschmidt H., Wittchen H.U., Hebebrand J. (2002), *Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population-based study*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 24, pp. 1707-1714.
- Bronner Y. L. (1996), *Nutritional status outcomes for children: ethnic, cultural, and environmental contexts*, «Journal of the American Dietetic Association», 96, (9), pp. 891-903.
- Brown H., Hole A.R., Roberts J. (2013), *Going the same "weigh": spousal correlations in Obesity in the UK*, «Applied Economics», 46, (2), pp. 153-166.
- Brown H., Roberts J. (2013), *Born to be wide? Exploring correlations in mother and adolescent body mass index*, «Economics Letters», 120, (3), pp. 413-415.
- Broyles S., Denstel K. Church, T. Chaput J.P., Fogelholm M., Hu G., Kuriyan R., Kurpad A., Lambert E.V., Maher C., Maia J., Matsudo V., Olds T., Onywera V., Sarmiento O.L., Standage M., Tremblay M.S., Tudor-Locke C., Zhao P., Katzmarzyk P.T., ISCOLE Research Group (2015), *The epidemiological transition and the global childhood obesity epidemic*, «International Journal of Obesity Supplements», dec., 5, pp. 3-8.
- Bruss M.B., Morris J., Dannison L. (2003), *Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors*, «Journal of the American Dietetic Association», 103, (8), pp. 1042-1045.
- Budd G.M., Hayman L.L. (2008), *Addressing the childhood obesity crisis*, «MCN. The American Journal of Maternal/Child Nursing», 33, pp. 113-117.
- Burdette A.M., Needham B.L., Harper M.G., Hill T.D. (2017), *Health lifestyles in adolescence and self-rated health into adulthood*, «Journal of Health and Social Behavior», 58, pp. 520-536.
- Burke V., Beilin L.J., Dunbar D. (2001), *Family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study*, «International Journal of Obesity», 25, (2), pp. 147-157.
- Caballero B. (2007), *The Global Epidemic of Obesity: An Overview*, «Epidemiologic Reviews», 29, 1, pp. 1- 5.
- Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Spada E., Bona G., Cavallo L., Cerutti F., Gargantini L., Greggio N., Tonini G., Cicognani A. (2006), *Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr)*, «Journal of Endocrinological Investigation», 29, pp. 581-593.
- Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Dammacco F., De Luca F., Chiarelli F., Pasquino A.M., Tonini G., Vanelli (2002), *Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20 y)*, «European Journal of Clinical Nutrition», 56, pp. 171-180.
- Campbell K.J., Hesketh K.D., McNaughton S.A., Ball K., McCallum Z., Lynch J., Crawford D.A. (2016), *The extended Infant Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT Extend) Program: a cluster-randomized controlled trial of an early intervention to prevent childhood obesity*, «BMC Public Health», 16, (1), 166.
- Casazza K., Brown A., Astrup A., Bertz F., Baum C., Bohan Brown M., Dawson J., Allison D.B. (2015), *Weighing the Evidence of Common Beliefs in Obesity Research*, «Critical Reviews in Food Science and Nutrition», 55, 14, pp. 2014-2053.

- Castells M. (1997), *The Power of Identity*, Blackwell, Oxford-New York.
- Center for Disease Control and Prevention (2010), *Contributing factors*, in http://www.cdc.gov/obesity/childhood/contributing_factors.html.
- Chapman G., Maclean H. (1993), “*Junk food*” and “*healthy food*”: Meanings of food in adolescent women’s culture, «*Journal of Nutrition Education and Behavior*», 25, pp. 108-113.
- Chen A.Y., Escarce J.J. (2010), *Family structure and childhood obesity, early childhood longitudinal study - kindergarten cohort*, «*Preventing Chronic Disease (PCD)*», 7, (3), A50.
- Chhatwal J., Verma M., Riar S.K. (2004), *Obesity among pre-adolescent and adolescents of a developing country (India)*, «*Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*», 13, pp. 231-235.
- Chou S.-Y., Grossman M., Saffer H. (2004), *An economic analysis of adult obesity: results from the behavioral risk factor surveillance system*, «*Journal of Health Economics*», 23, (3), pp. 565-587.
- Cockerham W. (2013a), *Sociological Theory in Medical Sociology in the Early Twentieth Century*, «*Social Theory and Health*», 11, (3) pp. 241-255.
- Cockerham W. (2013b), “*Bourdieu and an Update of Healthy Lifestyle Theory*”, in Cockerham W. (ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, pp. 127-154, Springer, Dordrecht.
- Cockerham W. (2010), “*Health Lifestyles: Bringing Structure Back*”, in Cockerham W.C. (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, pp. 159-183, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Cockerham W. (2005), *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*, «*Journal of Health and Social Behavior*», 46, (1), pp. 51-67.
- Cockerham W.C., Bauldry S., Hamby B.W., Shikany J.M., Bae S. (2017), *A comparison of black and white racial differences in health lifestyles and cardiovascular disease*, «*American Journal of Preventive Medicine*», 52, pp. 56-62.
- Cockerham W.C., Rütten A., Abel T. (1997), *Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber*, «*Sociological Quarterly*», 38, pp. 321-342.
- Cole T.J. (2010), *Extreme percentiles of the 2000 Centers for Disease Control and Prevention BMI chart and the LMS method*, «*The American Journal of Clinical Nutrition*», 91, 814.
- Collier J. (1967), *Visual Anthropology: Photography as a Research Method*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Consensus nazionale SIP-SIEDP su *Diagnosi, trattamento e prevenzione dell’obesità del bambino e dell’adolescente* (2017).
- Contoyannis P., Jones A.M. (2004), *Socio-economic status, health and lifestyle*, «*Journal of Health Economics*», 23, (5), pp. 965-995.
- Cook D. (2008), *Semantic provisioning of children’s food: commerce, care and maternal practice*, «*Childhood*», 16, (3), pp. 317-334.
- Cornette R. (2008), *The emotional impact of obesity on children*, «*Worldviews Evidence-Based Nursing (EBN)*», 5, pp. 136-141.
- Danielzik S., Czerwinski-Mast M., Langnäse K., Dilba B., Müller M.J. (2004), *Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of*

- the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 28, (11), pp. 1494-1502.
- Datar A., Nicosia N. (2012), *Junk food in schools and childhood obesity*, «Journal of Policy Analysis and Management», 31, (2), pp. 312-337.
- Davillas A., Pudney S. (2017), *Concordance of health states in couples: analysis of self-reported, nurse administered and blood-based biomarker data in the UK understanding society panel*, «Journal of Health Economics», 56, pp. 87-102.
- Davis M.M., Gance-Cleveland B., Hassink S., Johnson R., Paradis G., Resnicow K. (2007), *Recommendations for prevention of childhood obesity*, «Pediatrics», 120, (Suppl. 4), pp. 229-253.
- Davison K.K., Birch L.L. (2001), *Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research*, «Obesity Reviews», 2, pp. 159-171.
- de Bourdeaudhuij I., Verbestel V., de Henauw S., Maes L., Huybrechts I., Mårild S., Eiben G., Moreno L.A., Barba G., Kovács É., Konstabel K., Tornaritis M., Gallois K., Hebestreit A., Pigeot I., IDEFICS consortium (2015), *Behavioural effects of a community-oriented setting-based intervention for prevention of childhood obesity in eight European countries. Main results from the IDEFICS study*, «Obesity Reviews», 16, (s2), pp. 30-40.
- de Onis M., Onyango A.W., Borghi E., Siyam A., Nishida C., Siekmann J. (2007), *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents*, «Bulletin of the World Health Organization», 85, pp. 660-667.
- De Sousa A. (2009), *Maternal, child and family factors in childhood obesity*, «International Journal of Diabetes and Metabolism», 17, pp. 111-112.
- Decaluwxe V., Breat C. (2003), *Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 27, pp. 404-409.
- Decaluwxe V., Breat C., Fairburn C.G. (2003), *Binge eating in obese children and adolescents*, «International Journal of Eating Disorders», 33, pp. 78-84.
- DeVault M.L. (1991), *Feeding the Family: The Social Organization of Caring as Gendered*, University of Chicago Press, Chicago.
- Devine F., Savage M., Crompton R., Scott J. (2004), *Rethinking Class, Identities, Cultures and Lifestyles*, Palgrave, Basingstoke.
- Dietz W.H., Gortmaker S.L. (2001), *Preventing Obesity in children and adolescents*. «Annual Review of Public Health», 22, pp. 337-353.
- Donatiello E., Dello Russo M., Formisano A., Lauria F., Nappo A., Reineke A., Sparano S., Barba G., Russo P., Siani A. (2013), *Physical activity, adiposity and urbanization level in children: results for the Italian cohort of the IDEFICS study*, «Public Health», 127, (8), pp. 761-765.
- Douglas M. (1993), *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna.
- Drewnowski A., Buszkiewicz J., Aggarwal A., Rose C., Gupta S., Bradshaw A. (2020), *Obesity and the Built Environment: A Reappraisal*, «Obesity (Silver Spring)», 28, (1), pp. 22-30.
- Dublin – Department of Health and Children (2005), *Department of Health and Children. Obesity: The policy challenges. The report of the national taskforce on obesity*, Dublin.
- Dumazedier J. (1974), *Sociologie empirique du loisir. Critique et contre-critique de la civilisation du loisir*, Seuil, Paris.

- Dumazedier J. (1972), *Vers une civilisation du loisir*, Seuil, Paris.
- Dunn R.A., Sharkey J.R., Horel S. (2012), *The effect of fast-food availability on fast-food consumption and obesity among rural residents: an analysis by race/ethnicity*, «Economics & Human Biology», 10, (1), pp. 1-13.
- Ebbelling C.B., Sinclair K.B., Pereira M.A., Garcia-Lago E., Feldman H.A., Ludwig D.S. (2004), *Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents*, «JAMA», 291, pp. 2828-2833.
- Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., Fulkerson J.A., Story M. (2008), *Family meals and substance use: is there a long-term protective association?*, «Journal of Adolescent Health», 43, pp. 151-156.
- Eisikovits Z., Koren C. (2010), *Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis*, «Qualitative Health Research», 20, pp. 1642-1655.
- Elias N. (2005), *The Civilizing Process*, Blackwell, Oxford.
- Epstein L.H., Klein K.R., Wisniewski L. (1994), *Child and parent factors that influence psychological problems in obese children*, «International Journal of Eating Disorders», 15, pp. 151-158.
- Epstein L.H., Myers M.D., Anderson K. (1996), *The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children*, «Obesity Research», 4, (1), pp. 65-74.
- Evans G. (2017), *Social class and the cultural turn: Anthropology, sociology and the post-industrial politics of 21st century Britain*, «The Sociological Review», 65, (1 suppl.), pp. 88-104.
- Favaro A., Santonastaso P. (1995), *Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance*, «Journal of Psychosomatic Research», 39, (2), pp. 145-151.
- Featherstone B. (2004), *Family Life and Family Support: A Feminist Analysis*, Palgrave Macmillan, London.
- Feldman S., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., Story M. (2007), *Associations between watching TV during family meals and dietary intake among adolescents*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 39, (5), pp. 257-263.
- Finkelstein E.A., Fiebelkorn I.C., Wang G. (2003), *National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying?*, «Health Affairs (Millwood)», Suppl., Web Exclusives, W3-226.
- Fischler C. (1988), *Food, self and identity*, «Information (International Social Science Council)», 27, (2), pp. 275-292.
- Fischler C. (1986), *Learned versus 'spontaneous' dietetics: French mothers' views of what children should eat*, «Social Science Information», 25, (4), pp. 945-65.
- Flattum C., Draxten M., Horning M., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D., Garwick A., Kubik M.Y., Story M. (2015), *HOME Plus: program design and implementation of a family-focused, community-based intervention to promote the frequency and healthfulness of family meals, reduce children's sedentary behavior, and prevent obesity*, «International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity», 12, (1), pp. 1-9.
- Flegal K.M., Wei R., Ogden C.L. (2002), *Weight-for-stature compared with body mass index-for-age growth charts for the United States from the Centers for Disease Control and Prevention*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 75, pp. 761-766.

- Flegal K.M., Wei R., Ogden C.L., Freedman D.S., Johnson C.L., Curtin L.R. (2009), *Characterizing extreme values of body mass index-for-age by using the 2000 Centers for Disease Control and Prevention growth charts*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 90, pp. 1314-1320.
- Flodmark C.E., Lissau I., Moreno L.A., Pietrobelli A., Widhalm K. (2004), *New insights into the field of children and adolescents' obesity: The European perspective*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 28, pp. 1189-1196.
- Flood S.M., Moen P. (2015), *Healthy time use in the encore years: Do work, resources, relations, and gender matter?*, «Journal of Health and Social Behavior», 56, pp. 74-97.
- Forero O., Smith G. (2010), *The reproduction of 'cultural taste' amongst the Ukrainian Diaspora in Bradford, England*, «The Sociological Review», 58, (2), pp. 78-96.
- Francis L.A., Lee Y., Birch L.L. (2003), *Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass indexes*, «Obesity Research», 11, (1), pp. 143-151.
- Frangese A., Valerio G., Argenziano A., Esposito-Del Puente A., Iannucci M.P., Caputo G., Alfonsi L., Contaldo F., Rubino A. (1998), *Onset of obesity in children through the recall of parents: relationship to parental obesity and life events*, «Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism», 11, pp. 63-67.
- Friend S., Fulkerson J. A., Neumark-Sztainer D., Garwick A., Flattum C.F., Draxten M. (2015), *Comparing childhood meal frequency to current meal frequency, routines, and expectations among parents*, «Journal of Family Psychology», 29, pp. 136-140.
- Frye J., Bruner M. (eds.) (2012), *The rhetoric of food: Discourse, materiality, and power*, Routledge, New York (NY).
- Fulkerson J. A., Larson N., Horning M., Neumark-Sztainer D. (2014), *A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 46, pp. 2-19.
- Fulkerson J.A., Story M., Mellin A., Leffert N., Neumark-Sztainer D., French S.A. (2006), *Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors*, «Journal of Adolescent Health», 39, pp. 337-345.
- Fulkerson J.A., Strauss J., Neumark-Sztainer D., Story M., Boutelle K. (2007), *Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 75, pp. 181-186.
- Garasky S., Stewart S.D., Gundersen C., Lohman, B.J., Eisenmann J.C. (2009), *Family stressors and child obesity*, «Social Science Research», 38, (4), pp. 755-766.
- Ghosh A. (2014), *Explaining overweight and obesity in children and adolescents of Asian Indian origin: The Calcutta childhood obesity study*, «Indian Journal of Public Health», 58, pp. 125-128.
- Gibson L.Y., Byrne S.M., Davis E.A., Blair E., Jacoby P., Zubrick S.R. (2007), *The role of family and maternal factors in childhood obesity*, «The Medical Journal of Australia», 186, (11), pp. 591-595.

- Gibson L.A., Hernández Alava M., Kelly M.P., Campbell M.J. (2017), *The effects of breastfeeding on childhood BMI: a propensity score matching approach*, «Journal of Public Health (Oxf.)», 39, (4), pp. 152-160.
- Giddens A. (1999), *Identità e società moderna*, Ipermedium, Napoli.
- Gill T. (2017), “Epidemiology and Causes of Obesity in Children and Young Adults”, in Kelly D., Brownell B., Walsh T. (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, pp. 393-398, The Guildford Press, New York.
- Gillis L.J., Bar-Or O. (2003), *Food away from home, sugar-sweetened drink consumption and juvenile obesity*, «Journal of the American College of Nutrition», 22, (6), pp. 539-545.
- Golan M., Kaufman V., Shahar D.R. (2006), *Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children*, «British Journal of Nutrition», 95, (5), pp. 1008-1015.
- Golan M., Weizman A. (2001), *Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual model*, «Journal of Nutrition Education», 33, (2), pp. 102-107.
- Goldfield G.S., Moore C., Henderson K., Buchholz A., Obeid N., Flament M.F. (2010), *Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents*, «Journal of School Health», 80, pp. 186-92.
- Gonzalez-Suarez C., Worley A., Grimmer-Somers K., Dones V. (2009), *School-based interventions on childhood obesity. A meta-analysis*, «American Journal of Preventive Medicine», 37, (5), pp. 418-427.
- Goody J. (2012), *Cibo e amore. Storia culturale dell'Oriente e dell'Occidente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gray L.A., Hernandez Alava M., Kelly M.P., Campbell M.J. (2018), *Family lifestyle dynamics and childhood obesity: evidence from the millennium cohort study*, «BMC Public Health», 18, (1), 500.
- Gray V.B., Byrd S.H., Cossman J.S., Chromiak J., Cheek W.K., Jackson G.B. (2007), *Family characteristics have limited ability to predict weight status of young children*, «Journal of the American Dietetic Association», 107, (7), pp. 1204-1209.
- Grieshaber S. (1997), *Mealtime rules: power and resistance in the construction of mealtime rules*, «British Journal of Sociology», 48 (4), pp. 649-666.
- Grossman M., Chou S-Y., Inas R. (2006), *The super-size of America: an economic estimation of body mass index and obesity in adults*, «Eastern Economic Journal», 32, (1), pp. 133-148.
- Gulati A.K., Kaplan D.W., Daniels S.R. (2012), *Clinical tracking of severely obese children: a new growth chart*, «Pediatrics», 130, pp. 1136-1140.
- Gundersen C., Garasky S., Lohman B.J. (2009), *Food insecurity is not associated with childhood obesity as assessed using multiple measures of obesity*, «The Journal of Nutrition», 139, (6), pp. 1173-1178.
- Gupta N., Goel K., Shah P., Misra A. (2012), *Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention*, «Endocrine reviews», 33, (1), pp. 48-70.
- Gupta R.K. (2009), “Nutrition and the Diseases of Lifestyle”, in Bhalwar R.J. (ed.), *Textbook of Public health and Community Medicine*, Pune, Department of

- community medicine AFMC, New Delhi, Pune in Collaboration with WHO India Office.
- Guthman J., DuPuis M. (2006), *Embodying neoliberalism: economy, culture, and the politics of fat*, «Environment and Planning D: Society and Space», 24, pp. 427-48.
- Halbwachs M. (1997), *I quadri sociali della memoria*, Ipermedium, Napoli.
- Halliday J., Palma C., Mellor D., Green J., Renzaho A.M. (2014), *The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review*, «International Journal of Obesity», 38, pp. 480-493.
- Han J.C., Lawlor D.A., Kimm S.Y.S. (2010), *Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges*, «Lancet», 375, (9727), pp. 1737-1748.
- Hancox R.J., Poulton R. (2006), *Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important?*, «International Journal of Obesity», 30, (1), pp. 171-175.
- Hanson M.D., Chen E. (2007), *Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature*, «Journal of Behavioral Medicine», 30, (3), pp. 263-285.
- Harper D. (2002), *Talking about picture: a case for photo elicitation*, «Visual Studies», 17, 1, pp. 13-26.
- Harrison, K., Bost, K.K., McBride, B.A., Donovan, S.M., Grigsby-Toussaint, D.S., Kim, J., Liechty J.M., Wiley A., Teran-Garcia M., Jacobsohn G.C. (2011), *Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The Six-Cs model*, «Child Development Perspectives», 5, (1), pp. 50-58.
- Hemerijck A. (eds.) (2017), *The Uses of Social Investment*, OUP, Oxford.
- Hesketh K., Crawford D., Salmon J., Jackson M., Campbell K. (2007), *Associations between family circumstance and weight status of Australian children*, «International Journal of Pediatric Obesity», 2, (2), pp. 86-96.
- Hill T.D., Ellison C.G., Burdette A.M., Musick M.A. (2007), *Religious involvement and healthy lifestyles: Evidence from the survey of Texas adults*, «Annals of Behavioral Medicine», 34, pp. 217-222.
- Hilpert M., Brockmeier K., Dordel S., Koch B., Weiß V., Ferrari N., Tokarski W., Graf C. (2017), *Sociocultural Influence on Obesity and Lifestyle in Children: A Study of Daily Activities, Leisure Time Behavior, Motor Skills, and Weight Status*, «Obesity facts», 10, (3), pp. 168-178.
- Himes J.H., Dietz W.H. (1994), *Guidelines for overweight in adolescent preventive services - Recommendations from an Expert Committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 59, pp. 307-316.
- Hollows J., Jones S. (2010), *“At Least he’s doing Something”: Moral Entrepreneurship and Individual Responsibility in Jamie’s Ministry of Food*, «European Journal of Cultural Studies», 13, (3), pp. 307-322.
- Holsten J. E., Deatrick J. A., Kumanyika S., Pinto-Martin J., Compher C.W. (2012), *Children’s food choice process in the home environment. A qualitative descriptive study*, «Appetite», 58, pp. 64-73.
- Hubbs-Tait L., Kennedy T.S., Page M.C., Topham G.L., Harrist A.W. (2008), *Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive*

- parenting styles*, «Journal of the American Dietetic Association», 108, (7), pp. 1154-1161.
- Hui L.L., Nelson E.A., Yu L.M., Li A.M., Fok T.F. (2003), *Risk factors for childhood overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong children*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder», 27, (11), pp. 1411-1418.
- Huppatz K. (2015), “Pierre Bourdieu: Health Lifestyles, the Family and Social Class”, in Collyer F. (eds.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, pp. 370-385, Palgrave Macmillan, London.
- Istat (2019a), *Rapporto annuale 2019. La situazione del Paese*, Roma, testo disponibile al seguente link: <https://www.istat.it/it/archivio/230897>.
- Istat (2019b), *Stili di vita di bambini e ragazzi – anni 2017-2018*, Roma, 29 ottobre, in <https://www.istat.it/it/archivio/234930>.
- Istat (2016), *I tempi della vita quotidiana*, in <http://www.istat.it/it/archivio/193098>.
- Jaacks L.M., Vandevijvere S., Pan A., McGowan C.J., Wallace C., Imamura F., Mozaffarian D., Swinburn B., Ezzati M. (2019), *The obesity transition: stages of the global epidemic*, «Lancet. Diabetes & endocrinology», mar., 7, (3), pp. 231-240.
- Jackson P. (ed.) (2009), *Changing families, changing food*, Palgrave Macmillan, New York and London.
- James A., Curtis P., Ellis K. (2009), “Negotiating family, negotiating food: children as family participants?”, in Kjørholt A., Tingstad A. T., James V. (eds.), *Children, food and identity in everyday life*, pp 35-51, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Jansen W., van de Looij-Jansen P.M., de Wilde E.J., Brug J. (2008), *Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young Dutch adolescents*, «Journal of Adolescent Health», 42, pp. 128-136.
- Jelalian E., Steele R. (2008), *Childhood and Adolescent Obesity* Springer Science, Business Media, USA.
- Johnson R. (1993), “Editors Introduction”, in Bourdieu P., *The Field of Cultural Production*, Columbia University Press, New York.
- Jones D.Y., Nesheim M.C., Habicht J.P. (1985), *Influences in child growth associated with poverty in the 1970's: an examination of HANESI and HANESII, cross-sectional US national surveys*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 42, (4), pp. 714-724.
- Jones I.R., Papacosta O., Whincup P.H., Wannamethee S.G., Morris R.W. (2011), *Class and lifestyle ‘lock-in’ among middleaged and older men: A multiple correspondence analysis of the british regional heart study*, «Sociology of Health & Illness», 33, pp. 399-419.
- Kaplan J.P., Dietz W.H. (1999), *Caloric imbalance and public health policy*, «JAMA. The Journal of the American Medical Association», 282, (16), pp. 1579-1581.
- Karnik S., Kanekar A. (2012), *Childhood obesity: a global public health crisis*, «International Journal of Preventive Medicine», 3, (1), 1-7.
- Kaufman L., Karpati A. (2007), *Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn*, «Social Science & Medicine», 64, (11), pp. 2177-2188.

- Keller A., Bucher Della Torre S. (2015), *Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews*, «Childhood Obesity», 11, (4), pp. 338-346.
- Killoran A., Swann C., Kelly M.P. (2006), "Mapping the life world: a future research priority for public health", in Killoran A., Swann C., Kelly M.P. (eds.), *Public health evidence: tackling health inequalities*, pp. 553-574, Oxford University Press, Oxford.
- Kittay E.F. (2010), *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita&Pensiero, Milano.
- Kitzmann K.M., Dalton W.T. III, Buscemi J. (2008), *Beyond parenting practices: Family context and the treatment of pediatric obesity*, «Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies», 57, (1), pp. 13-23.
- Knight A., O'Connell R., Brannen J. (2014), *The temporality of food practices: Intergenerational relations, childhood memories and the family food practices of working families with young children*, «Families, Relationships and Society», 3, (2), pp. 303-318.
- Kokkonen R. (2009), *The fat child – a sign of 'bad' motherhood? An analysis of explanations for children's fatness on a Finnish website*, «Journal of Community & Applied Social Psychology», 19, pp. 336-347.
- Kostanski M., Fisher A., Gullone E. (2004), *Current conceptualisation of body image dissatisfaction: Have we got it wrong?*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 45, pp. 1317-1325.
- Kumanyika S.K. (2008), *Environmental influences on childhood obesity: ethnic and cultural influences in context*, «Physiology & behavior», 94, (1), pp. 61-70.
- Kumar S., Kelly A.S. (2017), *Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment*, «Mayo Clinic Proceedings», 92, (2), pp. 251-265.
- Lake A., Townshend T. (2006), *Obesogenic environments: exploring the built and food environments*, «The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health», 126, (6), pp. 262-267.
- Lamerz A., Kuepper-Nybelen J., Wehle C., Bruning N., Trost-Brinkhues G. (2005), *Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany*, «International Journal of Obesity», 29, (4), pp. 373-380.
- Langnäse K., Mast M., Müller M.J. (2002), *Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany*, «International Journal of Obesity», 26, (4), pp. 566-572.
- Larson N.I., Neumark-Sztainer D, Hannan P.J., Story M. (2007), *Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood*, «Journal of American Dietetic Association», 107, pp. 1502-1510.
- Larson N.I., Story M. (2013), *A review of snacking patterns among children and adolescents: what are the implications of snacking for weight status?*, «Childhood Obesity», 9, (2), pp. 104-115.
- Lawrence E.M. (2017), *Why do college graduates behave more healthfully than those who are less educated?*, «Journal of Health and Social Behavior», 58, pp. 291-306.

- Lawrence E.M., Mollborn S., Hummer R.A. (2017), *Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health*, «Social Science and Medicine», 193, pp. 23-32.
- Lazarus R., Baur L., Webb K., Blyth F. (1996), *Body mass index in screening for adiposity in children and adolescents: Systematic evaluation using receiver operating characteristic curves*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 63, pp. 500-506.
- Leccardi C., Ruspini E. (a cura di) (2006), *A New Youth? Young People, Generations and Family Life*, Routledge, London and New York.
- Lindquist C.H., Reynolds K.D., Goran M.I. (1999), *Sociocultural determinants of physical activity among children*, «Preventive medicine», 29, (4), pp. 305-312.
- Lioret S., Volatier J.L., Lafay L., Touvier M., Maire B. (2009), *Is food portion size a risk factor of childhood overweight?*, «European Journal of Clinical Nutrition», 63, (3), pp. 382-391.
- Lissner L., Lanfer A., Gwozdz W., Olafsdottir S., Eiben G., Moreno L.A., Santaliestra-Pasías A.M., Kovács E., Barba G., Loit H.M., Kourides Y., Pala V., Pohlmann H., De Henauw S., Buchecker K., Ahrens W., Reisch L. (2012), *Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study*, «European Journal of Epidemiology», 27, pp. 705-715.
- Liu J.-H., Sonya J.J., Sun H., Probst J.C., Merchant A.T., Cavicchia P. (2012), *Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for childhood obesity: an urban and rural comparison*, «Journal of Childhood Obesity», 8, (5), pp. 440-448.
- Llewellyn A., Simmonds M., Owen C.G., Woolacott N. (2016), *Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis*, «Obesity Reviews», 17, (1), pp. 56-67.
- Logue J., Sattar N. (2011), *Childhood obesity: A ticking time bomb for cardiovascular disease?*, «Clinical Pharmacology & Therapeutics», 90, (1), pp. 174-178.
- Loth K., Uy M., Winkler M., Neumark-Sztainer D., Fisher J., Berge J. (2019), *The intergenerational transmission of family meal practices: A mixed-methods study of parents of young children*, «Public Health Nutrition», 22, (7), pp. 1269-1280
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001), *Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis*, «Lancet», 357, (9255), pp. 505-508.
- Lundstedt G., Edlund B., Engström I., Thurffjell B., Marcus C. (2006), *Eating disorder traits in obese children and adolescents*, «Eating and Weight Disorders», 11, pp. 45-50.
- Lupton D. (1994), *Food, memory and meaning: the symbolic and social nature of food events*, «The Sociological Review», 42, pp. 664-685.
- Macdonald D., Roger S., Ziviani J., Jenkins D., Batch J., Jones J. (2004), *Physical Activity as a Dimension of Family Life for Lower Primary School Children*, «Sport, Education and Society», 9, (3), pp. 307-325.
- Maes H.H.M., Neale M.C., Eaves L.J. (1997), *Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity*, «Behavior Genetics», 27, (4), pp. 325-351.

- Maher J., Fraser S.M., Wright J. (2010), *Framing the mother: Childhood obesity, maternal responsibility and care*, «Journal of Gender Studies», 19, (3), pp. 233-247.
- Maller C.J. (2015), *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*, «Sociology of Health & Illness», 37, pp. 52-66.
- Mannheim K. (2008), *Le generazioni*, il Mulino, Bologna.
- Mauss M. (2017), *Le tecniche del corpo*, Edizioni ETS, Pisa.
- Maziak W., Ward K.D., Stockton M.B. (2008), *Childhood obesity: Are we missing the big picture?*, «Obesity Reviews», 9, (1), pp. 35-42.
- McConahy K.L., Smiciklas-Wright H., Birch L.L., Mitchell D.C., Picciano M.F. (2002), *Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood*, «The Journal of pediatrics», 140, (3), pp. 340-347.
- McIntosh W.A., Kubena K.S., Tolle G., Dean W.R., Jan J.S., Anding J. (2010), *Mothers and meals. The effects of mothers' meal planning and shopping motivations on children's participation in family meals*, «Appetite», 55, (3), pp. 623-628.
- Meinert L. (2004), *Resources for Health in Uganda: Bourdieu's Concepts of Capital and Habitus*, «Anthropology and Medicine», 11, (1), pp. 11-26.
- Miles S. (2000), *Youth Lifestyles in a Changing World*, Open University Press, Buckingham.
- Mirowsky J., Ross C.E. (1998), *Education, personal control, lifestyle and health: a human capital hypothesis*, «Research on Aging», 20, (4), pp. 415-449.
- Mize T.D. (2017), *Profiles in health: Multiple roles and health lifestyles in early childhood*, «Social Science and Medicine», 178, pp. 196-205.
- Mizutani T., Suzuki K., Kondo N., Yamagata Z. (2007), *Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity*, «Obesity», 15, (12), pp. 3133-3139.
- Moens E., Braet C., Bosmans G., Rosseel Y. (2009), *Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: A cross-sectional study*, «European Eating Disorders Review», 17, pp. 315-323.
- Molinari E., Compare A. (2006), «Psicologia clinica dell'obesità in età pediatrica», in Giovannini M., Maffei C., Molinari E., Scaglioni S. (eds.), *Salute & equilibrio nutrizionale*, Springer, Milano.
- Mollborn S., James-Hawkins L., Lawrence E., Fomby P. (2014), *Health lifestyles in early childhood*, «Journal of Health and Social Behavior», 55, pp. 386-402.
- Mollborn S., Lawrence E. (2018), *Family, peer, and school influences in children's developing health lifestyles*, «Journal of Health and Social Behavior», 59, pp. 133-150.
- Monaghan L.F., Colls R., Evans B. (2013), *Obesity discourse and fat politics: research, critique and interventions*, «Critical Public Health», 23, 3, pp. 249-262.
- Moreno L.A., Rodriguez G. (2007), *Dietary risk factors for development of childhood obesity*, «Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care», 10, (3), pp. 336-341.
- Morgan D.L., Ataie J., Carder P., Hoffman K. (2013), *Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data*, «Qualitative Health Research», 23, (9), pp. 1276-1284.

- Morris S.M. (2001), *Joint and individual interviewing in the context of cancer*, «Qualitative Health Research», 11, (4), pp. 553-567.
- Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Cortina, Milano.
- Muir S., Mason J. (2012) *Capturing Christmas: the sensory potential of data from Participant Produced Video*, «Sociological Research Online», 17, (1), 5.
- Murcott A. (1997), "Family meals - A thing of the past?", in Caplan P. (ed.), *Food, Identity and Health*, pp. 32-49, Routledge, London.
- Murphy E. (2003), *Expertise and forms of knowledge in the government of families*, «The Sociological Review», 51, (4), pp. 433-462.
- Murphy E. (2000), *Risk, responsibility, and rhetoric in infant feeding*, «Journal of Contemporary Ethnography», 29, (3), pp. 291-325.
- Must A., Parisi S. (2009), *Sedentary behavior and sleep: paradoxical effects in association with childhood obesity*, «International Journal of Obesity», 33, (1), pp. 82-86.
- Must A., Strauss R. (1999), *Risks and consequences of childhood and adolescent obesity*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 23, (suppl. 2), pp. 2-11.
- Narvaez R. (2006), *Embodiment, collective memory and time*, «Body and Society», 12, (3), pp. 51-73.
- Neumark-Sztainer D., Hannan P. J., Story M., Croll J., Perry C. (2003), *Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents*, «Journal of the American Dietetic Association», 103, pp. 317-322.
- Neumark-Sztainer D., Larson N. I., Fulkerson J.A., Eisenberg M.E., Story M. (2010), *Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)?* «Public Health Nutrition» 13, pp. 1113-1121.
- Neumark-Sztainer D., Wall M., Fulkerson J.A., Larson N. (2013), *Changes in the frequency of family meals from 1999–2010 in the homes of adolescents: trends by sociodemographic characteristics*, «Journal of Adolescent Health», 52, pp. 201-206.
- Niehoff V. (2009), *Childhood obesity: A call to action*, «Bariatric Nursing and Surgical Patient Care», 4, 1, pp. 17-23.
- O'Brien M., Nader P.R., Houts R.M., Bradley R., Friedman S.L., Belsky J., Susman E. (2007), *The ecology of childhood overweight: a 12-year longitudinal analysis*, «International Journal of Obesity», 31, (9), pp. 1469-1478.
- O'Connell R., Brannen J. (2014), *Children's food, power and control: Negotiations in families with younger children in England*, «Childhood», 21, (1), pp. 87-102.
- O'Dea J.A. (2008), *Gender, ethnicity, culture and social class influences on childhood obesity among Australian schoolchildren: implications for treatment, prevention and community education*, «Health & Social Care in the Community», 16, (3), pp. 282-290.
- O'Dea J.A. (2005), *School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions*, «Health Education», 105, pp. 11-33.
- OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, in https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

- Parsons T.J., Power C., Logan S., Summerbell C.D. (1999), *Childhood predictors of adult obesity: a systematic review*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 23, suppl. 8, 1-107.
- Patrick H., Nicklas T. (2005), *A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality*, «Journal of the American College of Nutrition», 24, pp. 83-92.
- Piernas C., Popkin B.M. (2010), *Trends in snacking among US children*, «Health Affairs», 29, (3), pp. 398-404.
- Pirie I. (2016), *Disordered eating and the contradictions of neoliberal governance*, «Sociology of Health & Illness», 38, (6), pp. 839-853.
- Popkin B.M., Corvalan C., Grummer-Strawn L.M. (2020), *Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality*, «Lancet», 395, (10217), pp. 65-74.
- Popkin B.M., Doak C.M. (1998), *The obesity epidemic is a worldwide phenomenon*, «Nutrition Reviews», 56, pp. 106-114.
- Power C., Manor O., Matthews S. (2003), *Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder», 27, (9), pp. 1081-1086.
- Prandini R. (2003), "Capitale Sociale familiare e socialità: un'indagine sulla popolazione italiana", in Donati P. (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana. Ottavo Rapporto Cisf sulla Famiglia in Italia*, pp. 102-155, San Paolo, Cinisello Balsamo.
- Puhl R.M., Himmelstein M.S., Pearl R.L. (2020), *Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity*, «American Psychologist», 75, (2), pp. 274-289.
- Pulgaron E.R. (2013), *Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities*, «Clinical therapeutics», 35, (1), pp. 18-32.
- Quarmby T., Dagkas S. (2013), *Informal Mealtime Pedagogies: Exploring the Influence of Family Structure on Young People's Healthy Eating Dispositions' Sport*, «Education and Society», 20, (3), 323-339.
- Raj M., Sundaram K.R., Paul M., Deepa A.S., Kumar R.K. (2007), *Obesity in Indian children: Time trends and relationship with hypertension*, «The National Medical Journal of India», 20, pp. 288-293.
- Rashad I. (2006), *Structural estimation of caloric intake, exercise, smoking, and obesity*, «The Quarterly Review of Economics and Finance», 46, (2), pp. 268-283.
- Rawana J.S., Morgan A.S., Nguyen H., Craig S.G. (2010), *The relation between eating- and weight-related disturbances and depression in adolescence: A review*, «Clinical Child and Family Psychology Review», 13, pp. 213-230.
- Reilly J.J., Armstrong J., Dorosty A.R., Emmett P.M., Ness A. (2005), *Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study*, «British Medical Journal», 330, pp. 1357-1363.
- Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C.J. (2003), *Health consequences of obesity*, «Archives of Disease in Childhood», 88, (9), pp. 748-752.
- Renman C., Engstr I., Silfverdal S.A., Aman J. (1999), *Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: A population-based case-control study*, «Acta Paediatrica», 88, pp. 998-1003.

- Rhee K. (2008), *Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning*, «The Annals of the American Academy of Political and Social Science», 615, (1), pp. 11-37.
- Rhee K.E., Lumeng J.C., Appugliese D.P., Kaciroti N., Bradley R.H. (2006), *Parenting styles and overweight status in first grade*, «Pediatrics», 117, (6), pp. 2047-2054.
- Ritzer G. (1997), *Il mondo alla Mcdonald's*, il Mulino, Bologna.
- Ritzer G. (2020), *La McDonaldizzazione del mondo nella società digitale*, FrancoAngeli, Milano.
- Robson K. (2005), *"Canada's most notorious bad mother": The newspaper coverage of the Jordan Heikamp inquest*, «Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie», 42, (2), pp. 217-232.
- Rosenheck R. (2008), *Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk*, «Obesity Reviews», 9, (6), pp. 535-547.
- Rosenkranz R.R., Dziewaltowski D.A. (2008), *Model of the home food environment pertaining to childhood obesity*, «Nutrition Reviews», 66, (3), pp. 123-140.
- Ross C.E., Hill T., Mirowsky J. (2016), *Reconceptualizing health lifestyles in the case of marriage*, «Research in the Sociology of Health Care», 34, pp. 243-260.
- Ruxton C.H.S., Kirk T.R. (1996), *Relationships between social class, nutrient intake and dietary patterns in Edinburgh schoolchildren*, «International Journal of Food Sciences and Nutrition», 47, (4), pp. 341-349.
- Sakellariou D., Boniface G., Brown P. (2013), *Using joint interviews in a narrative-based study on illness experiences*, «Qualitative Health Research», 23, pp. 1563-1570.
- Schaffer H.R. (1996), *Social Development*, Blackwell, Oxford.
- Scharf R.J., DeBoer M.D. (2016), *Sugar-sweetened beverages and children's health*, «Annual Review of Public Health», 37, pp. 273-293.
- Schröder H., Fito M., Covas M.I. (2007), *Association of fast food consumption with energy intake, diet quality, body mass index and the risk of obesity in a representative Mediterranean population*, «British Journal of Nutrition», 98, (6), pp. 1274-1280.
- Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varni J.W. (2003), *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents*, «JAMA: The Journal of the American Medical Association», 289, pp. 1813-1819.
- Segal N.L., Allison D.B. (2002), *Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 26, (4), pp. 437-441.
- Shilling C. (1993), *The Body and Society Theory*, Sage, London.
- Shrewsbury V., Wardle J. (2008), *Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005*, «Obesity», 16, (2), pp. 275-284.
- Sigmund E., Sigmundová D., Badura P., Madarasová Gecková A. (2018), *Health-related parental indicators and their association with healthy weight and overweight/obese children's physical activity*, «BMC Public Health», 18, 676.

- Silventoinen K., Kaprio J. (2009), *Genetics of tracking of body mass index from birth to late middle age: evidence from twin and family studies*, «Obesity Facts», 2, (3), pp. 196-202.
- Silventoinen K., Rokholm B., Kaprio J., Sørensen T.I. (2010), *The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies*, «International Journal of Obesity», 34, (1), pp. 29-40.
- Simmonds M., Llewellyn A., Owen C.G., Woolacott N. (2016), *Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis*, «Obesity Reviews», 17, (2), pp. 95-107.
- Sobal J., Stunkard A.J. (1989), *Socioeconomic status and obesity: A review of the literature*, «Psychological Bulletin», 105, pp. 260-275.
- Sobel M.E. (1983), *Lifestyle Expenditure in Contemporary America. Relations between Stratifications and Culture*, «American Behavioural Scientist», 26, 4, pp. 521-533.
- Sobel M.E. (1981), *Lifestyle and Social Structure. Concepts, Definitions and Analyses*, Academic Press, New York.
- Sorensen T., Holst C., Stunkard A. (1992), *Childhood body mass index-genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 16, (9), pp. 705-714.
- Steele R.G., Nelson T.D., Jelalian E. (2008), “Pediatric Obesity: Trends and Epidemiology”, in Jelalian E., Steele R.G. (eds.), *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity. Issues in Clinical Child Psychology*, pp. 3-11, Boston, MA, Springer.
- Story M., Neumark-stainzer D., French S. (2002), *Individual and environmental influences on adolescent eating behaviours*, «Journal of the American Dietetic Association», 102, pp. 40-51.
- Strauss R.S., Knight J. (1999), *Influence of the home environment on the development of obesity in children*, «Pediatrics», 103, (6), e85.
- Stunkard A.J. (1996), *Current views on obesity*, «The American Journal of Medicine», 100, (2), pp. 230-236.
- Summerbell C., Waters E., Edmunds L., Kelly S., Brown T., Campbell K. (2005), *Interventions for preventing obesity in children*, «Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)», 20, (3), CD001871.
- Sutton D. (2001), *Remembrances of repasts*, Bloomsbury, London.
- Tanofsky-Kraff M., Yanovski S.Z., Wilfley D.E., Marmarosh C., Morgan C.M., Yanovski J.A. (2004), *Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 72, pp. 53-61.
- Tanumihardjo S.A., Anderson C., Kaufer-Horwitz M., Bode L., Emenaker N.J., Haqq A. M., ... & Stadler D.D. (2007), *Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox*, «Journal of the American Dietetic Association», 107, (11), pp. 1966-1972.
- Taylor M.J., Arriscado D., Vlaev I., Taylor D., Gately P., Darzi A. (2016), *Measuring perceived exercise capability and investigating its relationship with childhood obesity: a feasibility study*, «International Journal of Obesity», 40, (1), pp. 34-38.

- Teixeira P.J., Carraça E.V., Marques M.M., Rutter H., Oppert J.M., De Bourdeaudhuij I., Lakerveld J., Brug J. (2015), *Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators*, «BMC Med», apr., 13, 84.
- Thangaratinam S., Rogozinska E., Jolly K., Glinkowski S., Roseboom T., Tomlinson J.W., Kunz R., Mol B.W., Coomarasamy A., Khan K.S. (2012), *Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence*, «BMJ», 344, (may16, 4), e2088.
- Thompson P. (1993), “Family myth, models and denials in the shaping of individual transmission and social mobility over five generations”, in Bertaux D., Thompson P. (eds.), *Pathways to social class*, pp. 62-97, Oxford University Press, Oxford.
- Toschke A.M., Koletzko B., Slikker W., Hermann M., von Kries R. (2002), *Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy*, «European Journal of Pediatrics», 161, (8), pp. 445-448.
- Townshend T., Lake A.A. (2009), *Obesogenic urban form: theory, policy and practice*, «Health Place», 15, (4), pp. 909-916.
- Troffholz A.C., Thao M.S., Donley M., Smith M., Isaac H., Berge J.M. (2018), *Family meals then and now: a qualitative investigation of intergenerational transmission of family meal practices in a racially/ethnically diverse and immigrant population*, «Appetite», 121, pp. 163-172.
- Utter J., Scragg R., Schaaf D., Mhurchu C.N. (2008), *Relationships between frequency of family meals, BMI and nutritional aspects of the home food environment among New Zealand adolescents*, «International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity», 5, 50.
- Valentine G. (1999), *Eating in: Home, Consumption and Identity*, «The Sociological Review», 47, (3), pp. 491-524.
- Valerio G., Balsamo A., Baroni M.G., Brufani C., Forziato C., Grugni G., Licenziati M.R., Maffei C., Miraglia Del Giudice E., Morandi A., Pacifico L., Sartorio A., Manco M, on the behalf of the Childhood Obesity Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology (2017), *Childhood obesity classification systems and cardiometabolic risk factors: a comparison of the Italian, World Health Organization and International Obesity Task Force references*, «Italian Journal of Pediatrics», 4, 43, (Suppl. 1), 19.
- Vander Schee C. (2009), *Fruit, vegetables, fatness, and Foucault: governing students and their families through school health policy*, «Journal of Education Policy», 24, (5), pp. 557-574.
- Vidhu V., Thaker M.D. (2017), *Genetics and epigenetic causes of obesity*, «Adolescent Medicine: State of the Art Reviews», 28, (2), pp. 379-405.
- Vieweg V., Johnston C., Lanier J., Fernandez A., Pandurangi A. (2007), *Correlation between High-Risk Obesity Groups and Low Socioeconomic Status in School Children*, «Southern Medical Journal», 100, (1), pp. 8-13.
- Wabitsch M., Moss A., Kromeyer-Hauschild K. (2014), *Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries*, «BMC Medicine», 12(1), 17.
- Wacquant L. (1995), *Pugs at Work: Bodily Capital and Bodily Labour Amongst Professional Boxers*, «Body and Society», 1, (1), pp. 65-95.

- Walton K., Kleinman K.P., Rifas-Shiman S. L., Horton N.J., Gillman M.W., Field A.E., Austin S.B., Neumark-Sztainer D., Haines J. (2016), *Secular trends in family dinner frequency among adolescents*, «BMC Research Notes», 22, 9, 35.
- Wang Y., Lim H. (2012), *The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity*, «International Review of Psychiatry», 24, (3), pp. 176-188.
- Warde A. (2016), *The practice of eating*, Polity Press, Malden, MA.
- Warde A., Cheng S., Olsen W., Southerton D. (2007), *Changes in the Practice of Eating: A Comparative Analysis of Time-Use*, «Acta Sociologica», 50, (4), pp. 363-385.
- Wardle J., Guthrie C., Sanderson S., Birch L., Plomin R. (2001), *Food and activity preferences in children of lean and obese parents*, «International Journal of Obesity», 25, (7), pp. 971-977.
- Watts A., Berge J.M., Loth K., Larson N., Neumark-Sztainer D. (2017), *The transmission of family food and mealtime practices from adolescence to adulthood: longitudinal findings from Project EAT-IV*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 50, pp. 141-147.
- West F., Sanders M.R., Cleghorn G.J., Davies P.S. (2010), *Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change*, «Behaviour Research and Therapy», 48, (12), pp. 1170-1179.
- World Health Organization – WHO (2019), *Commission on Ending Childhood Obesity. Facts and figures on childhood obesity. Key facts*, in <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>.
- World Health Organization – WHO (2018a), *Obesity and overweight, Fact sheet*. 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- (2018b), *The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe*, in https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/374359/life-course-iceland-malta-eng.pdf.
- World Health Organization – WHO (2016), *Report on Ending Childhood Obesity*. WHO, Genève.
- World Health Organization – WHO (2014), *e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Limiting portion sizes to reduce the risk of childhood overweight and obesity. Biological, behavioural and contextual rationale*, WHO technical staff. Sept. in https://www.who.int/elena/bbc/portion_childhood_obesity/en/.
- World Health Organization – WHO (2006), Multicentre Growth Reference Study Group, WHO child growth standards based on length/height, weight and age, «Acta Paediatrica», Suppl. 450, pp. 76-85.
- Wilk R. (2010), *Power at the table: Food fights and happy meals*, «Cultural Studies», 10, (6), pp. 428-436.
- Williams D.P., Going S.B., Lohman T.G., Harsha D.W., Srinivasan S.R., Webber L. S., Berenson G.S. (1992), *Body fatness and risk for elevated blood-pressure, total cholesterol, and serum-lipoprotein ratios in children and adolescents*, «American Journal of Public Health», vol. 82, (3), pp. 358-363.
- Williams S. (1995), *Theorising Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?*, «Sociology of Health and Illness», 17, (5), pp. 577-604.

- Wills W., Backett-Milburn K., Roberts M.-I., Lawton J. (2011), *The framing of social class distinctions through family food and eating practices*, «The Sociological Review», 59, (4), pp. 725-740.
- Wijnhoven T.M., van Raaij J.M., Spinelli A., Starc G., Hassapidou M., Spiroski I., Rutter H., Martos É., Rito A.I., Hovengen R., Pérez-Farinós N., Petrauskiene A., Eldin N., Braeckvelt L., Pudule I., Kunešová M., Breda J. (2014), *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010*, «BMC Public Health» 14, (1), 806.
- Wojcicki J.M., Heyman M.B. (2012), *Reducing childhood obesity by eliminating 100% fruit juice*, «American Journal of Public Health», 102, (9), pp. 1630-1633.
- Wolfenden L., Ezzati M., Larijani B., Dietz W. (2019), *The challenge for global health systems in preventing and managing obesity*, «Obesity Reviews», 20, pp. 185-193.
- Woodruff S.J., Hanning R.M., Lambraki I., Storey K.E., McCargar L. (2008), *Healthy Eating Index-C is compromised among adolescents with body weight concerns, weight loss dieting, and meal skipping*, «Body Image», 5, pp. 404-408.
- Zametkin A.Z., Zoon C.K., Klein H.W., Munson S. (2004), *Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 43, pp. 134-150.
- Zeller M.H., Boles R.E., Reiter-Purtill J. (2008), *The additive and interactive effects of parenting style and temperament in obese youth seeking treatment*, «International Journal of Obesity», 32, (10), pp. 1474-1480.
- Zipper E., Vila G., Dabbas M., Mouren-Siméoni M.C., Robert J.J., Ricour C. (2001), *Obésité de l'enfant et de l'adolescent, troubles mentaux et psychopathologie familiale*, «La Presse Médicale», 30, (30), pp. 1489-1495.