

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

Dottorato in “Formazione della persona e mercato del lavoro”

XXXV Ciclo, Curriculum: Psicologia SSD: M-PSI-05/M-PSI-03

**Il cambiamento degli stili di vita in epoca Covid-19:
una ricerca sui fattori psicologici, sociali e contestuali
per un ripensamento della promozione della salute**

Tutor:

Chiar.mo Prof. Andrea GRECO

Dottorando

Francesca BRIVIO

Matricola: 1006744

ANNO ACCADEMICO 2021 / 2022

Indice

Riassunto	5
Abstract	7
Introduzione.....	9
1. Verso un ripensamento dello stile di vita	15
1.1. Il concetto stile di vita: le sue origini	15
1.2. Lo stile di vita: quali definizioni	17
1.3. Lo stile di vita come dimensione interna.....	20
1.3.1. Stile di vita e personalità	20
1.3.2. Stile di vita e sistema dei valori.....	22
1.4. Lo stile di vita come dimensione esterna	24
1.4.1. Stile di vita e posizionamento sociale: le concettualizzazioni di Weber e Bourdieu	25
1.4.2. Lo stile di vita come insieme di pratiche e comportamenti di consumo	27
1.5. La dimensione temporale dello stile di vita.....	29
1.6. Lo stile di vita nell'ambito della salute	30
1.6.1. Le concettualizzazioni sullo stile di vita salutare	31
1.6.2. Stile di vita e pratiche di salute: La prospettiva della Psicologia della Salute Critica.....	32
1.6.3. Stile di vita come espressione della tensione tra individuale e sociale	35
1.6.4. Verso una nuova definizione di stile di vita sano.....	36
1.7. Domande di ricerca e obiettivi	38
Bibliografia.....	40
2. Studio 1 - Gli stili di vita nel periodo covid: indagine esplorativa cross-sezionale sui fattori psico-sociali	49
2.1. Abstract	49
2.2. Introduzione.....	50
2.3. Metodo.....	55
2.4. Risultati	65
2.5. Discussione.....	78
Bibliografia.....	85
Appendice.....	94
3. Studio longitudinale sugli stili di vita nel periodo covid: il ruolo del senso di coerenza quale fattore predittivo dei comportamenti di salute	101
3.1. Abstract	101
3.2. Introduzione.....	102
3.3. Metodo.....	107
3.4. Risultati	110
3.5. Discussione.....	115
Bibliografia.....	119
Appendice.....	126
4. Modelli di lavoro e influenza sul benessere e comportamenti di salute nel periodo Covid-19: una revisione sistematica della letteratura.....	131
4.1. Abstract	131
4.2. Introduzione.....	131
4.3. Metodo.....	136
4.4. Risultati	138
4.5. Discussione.....	148
Bibliografia.....	152

5. Il cambiamento degli stili alimentari dei lavoratori: un'indagine qualitativa nel periodo post-emergenziale.....	159
5.1. Abstract	159
5.2. Introduzione	160
5.3. Metodo	167
5.4. Risultati	179
Fase 1: l'esperienza dei responsabili in Azienda	179
Fase 2: I focus group con i lavoratori.....	193
Fase 3: L'analisi quantitativa	205
5.5. Discussione	214
Bibliografia	224
Appendice.....	235
Appendice 1 – protocollo di intervista semi-strutturata	235
Appendice 2 – Traccia Focus Group.....	236
Appendice 3 – Batteria di questionari	237
6. Discussioni e conclusioni generali	247
6.1. Risultati principali.....	247
6.2. Limiti e prospettive future.....	253
6.3. Innovatività del contributo e implicazioni pratiche.....	256
Bibliografia introduzione e discussioni finali	259

Riassunto

Il presente contributo esplora il tema degli stili di vita nel periodo Covid-19 entro una prospettiva eco-sistemica, storica e del ciclo di vita, capace di coniugare l'attenzione verso i fattori individuali con quelli sociali e contestuali. Gli obiettivi erano: 1) indagare i fattori protettivi per il benessere e i comportamenti di salute a partire dalla costruzione di profili che vedono la combinazione di Senso di Coerenza (Antonovsky, 1979) e supporto sociale. Verificare, inoltre, quanto l'appartenenza ai profili individuali possa influenzare le rappresentazioni sociali sull'alimentazione (Studio 1). 2) Valutare il ruolo del Senso di Coerenza come predittore di benessere e attività fisica (Studio 2). 3) Approfondire l'influenza dei setting di lavoro sul benessere e comportamenti di salute, analizzando la letteratura esistente (Studio 3). 4) Esplorare il cambiamento delle pratiche connesse con l'alimentazione e la convivialità nel contesto lavorativo, indagare il significato attribuito a tali pratiche e i fattori psicologici, sociali e ambientali che influenzano il benessere e l'alimentazione dei lavoratori (Studio 4).

Lo studio 1 Mixed Method che ha coinvolto 1065 soggetti mostra, mediante Latent Profile, che profili con più alto Senso di Coerenza e supporto sociale si associano a maggior benessere e comportamenti di salute più salutari; l'appartenenza ai profili influenza anche i significati attribuiti all'alimentazione. Lo studio 2 longitudinale consente, mediante SEM, di concludere che il Senso di Coerenza predice il benessere emotivo e psicologico e, a distanza di tempo, anche quello sociale; inoltre, il Senso di Coerenza risulta essere un fattore predittivo per l'esercizio fisico. Lo svolgere attività fisica sembra predire un maggior benessere solo nel qui ed ora. I primi due studi forniscono una chiave di lettura sui fattori individuali e sociali alla base dei comportamenti di salute e benessere. Partendo dalla riflessione che la salute "ha luogo" e si esprime nei contesti del quotidiano il passaggio è stato quello di calare l'indagine sugli stili di vita entro un contesto specifico, ovvero quello lavorativo. La revisione sistematica della letteratura condotta nello studio 3 mostra risultati limitati e contrastanti. Lo studio di caso realizzato in collaborazione con ATS e un'azienda della bergamasca ha coinvolto 32 soggetti nelle prime due fasi e 91 nella terza. Attraverso il disegno Mixed Method è stato possibile coniugare e integrare il livello individuale con quello sociale e organizzativo, sia nella lettura dell'impatto del Covid-19 sul benessere dei lavoratori, sia nell'esplorazione delle pratiche alimentari in azienda. La

commensalità è stata profondamente intaccata, soprattutto per il cambiamento della mensa. Lo studio, inoltre, individua quattro diversi cluster che combinano stile alimentare e supporto sociale per l'alimentazione salutare da parte di colleghi e famiglia. Il cluster degli "autonomi" mostra un maggior adattamento e BMI inferiore. La prospettiva futura che emerge da questo contributo è quella di provare a costruire modelli di promozione della salute atti a promuovere le risorse di adattamento del soggetto all'interno del proprio ambiente di vita, migliorando le strategie di profilazione del target attraverso indicatori complessi. Questo al fine di costruire delle progettualità di cambiamento non calate dall'alto ma adattate e co-costruite, considerando il gruppo come motore di cambiamento.

Parole chiave: Lifestyle, Covid-19, Sense of Coherence, Social Support, Well-being, commensality

Abstract

This dissertation explores the lifestyles theme in the Covid-19 period considering an eco-systemic, historical, and life cycle perspective, capable of combining attention to individual factors with social and contextual ones. The objectives were: 1) To investigate the protective factors for well-being and health behaviors beginning from profiles construction that includes the combination of Sense of Coherence (Antonovsky, 1979) and social support. Moreover, it was verified whether belonging to individual profiles can influence social representations of nutrition (Study 1). 2) To evaluate the role of Sense of Coherence as a predictor of well-being and physical activity (Study 2). 3) To deepen the influence of work settings on well-being and health behaviors, analyzing the existing literature (Study 3). 4) Explore the change in practices related to nutrition and conviviality in the workplace, and investigate the meaning attributed to these practices, and explore the psychological, social, and environmental factors that influence the well-being and nutrition of workers (Study 4). The first Mixed Method study, which involved 1065 subjects, shows, through the Latent Profile Analysis, that profiles with higher Sense of Coherence and social support are associated with greater well-being and healthier behaviors; belonging to the profiles also influences the meanings attributed to nutrition. Longitudinal study 2 allows, using SEM, to conclude that Sense of Coherence predicts emotional and psychological well-being and, after some time, social one; moreover, Sense of Coherence appears to be a predictor of physical activity. Exercising seems to predict more well-being only in the short period. The first two studies are important to understand individual and social factors of well-being and health behaviors. Starting from the consideration that health "takes place" and is expressed in the everyday life contexts, the next step was to expand the lifestyle investigation into a specific context, namely the working one. The systematic review of literature, conducted in study 3, shows limited and conflicting results. The case study in collaboration with ATS and a specific company involved 32 subjects in the first two phases and 91 in the third. Through the Mixed Method design, it was possible to combine and integrate the individual level with the social and organizational level, to investigate the impact of Covid-19 on workers' well-being, and to explore food practices. The commensality was deeply affected, especially due to the canteen change. The study also identified

four clusters that combine eating style and social support by colleagues and family for healthy eating. The “autonomous” cluster showed greater adaptation and lower BMI. The future perspective that emerges from this contribution is to expand health promotion models designed to encourage the adaptation resources of the subject within their living environment, improving target profiling strategies through complex indicators. This is to create co-constructed change projects, considering the group as a source of change.

Key words: Lifestyle, Covid-19, Sense of Coherence, Social Support, Well-being, commensality

Introduzione

Lo stile di vita rappresenta un oggetto di ricerca storico nell'ambito della medicina, epidemiologia e della psicologia della salute. Questo giustificato dalla condizione moderna degli scenari epidemiologici, in cui i progressi della medicina hanno visto un progressivo passaggio da una prevalenza di malattie acute trasmissibili a malattie croniche non trasmissibili, come diabete e malattie cardiovascolari. Gli stili di vita finiscono per essere considerati come quell'unione di fattori e di disposizioni ad agire finalizzati ad evitare i rischi o come quell'insieme più o meno organizzato di prescrizioni normative con la stessa finalità. I modelli di ricerca e intervento, di conseguenza, appaiono dominati da approcci bio-medici e bio-comportamentale che studiano la popolazione generale in funzione degli scenari preventivi.

Lo stile di vita, quindi, appare connotarsi in termini di modelli di comportamento definiti dall'esterno a cui il soggetto deve tendere in termini di incorporazione e adesione. Numerosi studi mettono in evidenza i fattori individuali, prevalentemente di tipo cognitivo che ostacolano o favoriscono tale adesione. La tendenza nella ricerca e intervento in questo campo è il perseguimento di un'uniformità "di salute normativa" (Horrocks & Johnson, 2014). Tali approcci, per quanto importanti per comprendere i fattori individuali alla base dell'adozione di uno stile di vita sano, rischiano di essere riduttivi rispetto alla complessità dello studio della salute.

La salute oggi acquista nuovi e diversi significati quando intreccia la complessità dei luoghi del quotidiano in cui, appunto, la salute "ha luogo". I luoghi che "attraversiamo" ogni giorno si possono configurare come spazi di dialogo all'interno dei quali, grazie all'intreccio di relazioni inter-personali, inter-gruppi e inter-istituzionali, emergono valori, credenze, opinioni, simboli, culture, identità e storie di vita che possono sollecitare la comprensione di fenomeni psicologici, comportamentali e socio-culturali complessi che concorrono anche alla costruzione di molteplici visioni di salute o salutie (Bertini, 2012).

La centratura sulla prospettiva preventiva e di evitamento del rischio non sembra essere sufficiente per costruire strategie di azione e intervento di promozione della salute; soprattutto nel momento in cui intendiamo la salute come una questione complessa, intesa nella concezione storica dell'OMS (1946) come stato di completo benessere bio-psico-sociale ma anche e soprattutto interpretata dalle più recenti

rivisitazioni come capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive (Godlee, 2011; Huber et al. 2011). I comportamenti di salute sembrano quindi assumere significato solo nel momento in cui vengono considerati come pratiche sociali, all'interno di contesti storici-culturali-economici specifici (Mielewczyk & Willig, 2007).

Tale elaborato nasce e si sviluppa all'interno di un contesto storico profondamente in trasformazione. L'emergenza sanitaria legata al Coronavirus ha determinato un cambiamento significativo della quotidianità delle persone e dei loro stili di vita con forti implicazioni a carattere sociale, lavorativo, educativo che hanno portato all'emergere di nuove vulnerabilità e all'aggravarsi di disuguaglianze di salute (sindemia). Su più fronti è emerso un impatto sul benessere individuale e di comunità evidenziando da una parte fattori protettivi individuali e sociali ma anche fattori di vulnerabilità. L'apparente supremazia dell'approccio bio-medico di cura caratteristico delle prime fasi emergenziali ha portato all'evidenza il limite dei modelli di trattamento e presa in carico ospedale-centrici in favore di interventi territoriali e basati su una responsabilità individuale e collettiva. In questo scenario sono stati anche messi in discussione l'accesso alle cure e ai progetti di prevenzione.

A partire dalle sintetiche premesse, l'obiettivo di tale approfondimento è quello di costruire una concezione di stile di vita più profonda che coniughi gli aspetti epistemologici, fenomenologici e sociali dell'essere nel mondo. Attraverso una revisione delle concettualizzazioni multidisciplinari dello stile di vita, dal punto di vista psicologico e sociologico, si proverà a tratteggiare una nuova concettualizzazione e definizione. Recuperando le prospettive della psicologia sociale e della psicologia della salute critica, il concetto di stile di vita verrà ridisegnato all'interno di una visione di salute come «margine di tolleranza nei confronti delle infedeltà dell'ambiente» (Canguilhem, 1966). Entro tale prospettiva il soggetto sano è colui che porta avanti un'esperienza di esercizio di un proprio posizionamento, capace di distanziarsi dal dover aderire in maniera acritica a norme predefinite e prescritte a priori, perseguendo, invece, la possibilità di costruire personalmente la propria norma (Canguilhem, 1966), trovando, al contempo la propria autonoma capacità di riorganizzazione e di adattamento all'ambiente, entro il proprio progetto di vita (Braibanti, 2015).

Il fine ultimo è quello di promuovere un passaggio da una concezione di stile di vita in termini di normalità prescrittiva ad una concezione di promozione della salute come responsabilità e discernimento nella varietà individuale e collettiva.

Partendo dalla domanda sul ruolo della promozione della salute in questo momento storico caratterizzato da nuove vulnerabilità e da cambiamenti profondi all'interno del contesto sociale, culturale, economico si rifletterà attraverso i contributi empirici sulla prospettiva di costruzione di modelli e strategie di ricerca-intervento in grado di riconoscere l'originalità individuale entro una chiave di lettura eco-sistemica e del ciclo di vita, mobilitando interventi atti a sostenere e promuovere risorse personali e collettive, sociali e di comunità e life skills intese come competenze di azione.

Il presente lavoro si snoda lungo due sezioni:

la **prima sezione**, che si ritrova nel capitolo 1, intende fornire una cornice teorica di riferimento riguardo il tema dello stile di vita, attraverso una narrative review. Per giungere ad una rielaborazione critica del concetto di stile di vita sano e per individuare gli elementi salienti che connotano questo costrutto, verranno analizzate le diverse definizioni e concettualizzazioni di stile di vita dal punto di vista psicologico e sociologico, entro tre chiavi di lettura: la dimensione interna, la dimensione esterna e la dimensione temporale. Verrà inoltre elaborata e proposta una nuova definizione di stile di vita sano come *come sistema di significati, atteggiamenti e valori entro i quali il soggetto agisce, che definiscono modelli individuali e collettivi di pratiche di salute all'interno di contesti sociali, storici e culturali*.

La **seconda sezione** raccoglie invece i diversi contributi empirici. Sono stati condotti quattro studi per cercare di rispondere a differenti obiettivi e domande di ricerca.

Il *primo studio*, basato sul Mixed Method quantitativo-qualitativo si pone due principali obiettivi: indagare quali profili emergono dall'interazione tra Senso di Coerenza e supporto sociale e la relazione con altre variabili dello stile di vita e benessere. Molti studi si sono concentrati sul Senso di Coerenza (SOC) e sul supporto sociale come fattori isolati per promuovere uno stile di vita salutogenico. Tuttavia, non è chiaro come queste caratteristiche possano interagire e si possano combinare per creare nuovi profili. A partire dall'analisi della letteratura, si propongono tale ipotesi: H1: profili con più alto Senso di Coerenza e supporto sociale si associano a maggior benessere, minor distress, più alto capitale sociale e comportamenti di salute più salutari; H2: profili con basso Senso di Coerenza e supporto sociale sono associabili, invece, a maggior distress, minor benessere, un capitale sociale più basso e comportamenti di salute legati ad esercizio fisico alimentazione, fumo e assunzione di alcool meno salutari. Il secondo obiettivo riguarda l'indagine sul significato attribuito al cibo e la possibile associazione con l'appartenenza ai profili identificati, frutto

dell'integrazione tra Senso di Coerenza e supporto sociale. La domanda esplorativa alla base è se i profili nati dalla combinazione e integrazione di Senso di Coerenza e supporto sociale possano rappresentare una variabile discriminante per differenziare il significato che le persone attribuiscono al cibo.

Il *secondo studio*, che adotta un disegno longitudinale e un Modello di equazione strutturale (SEM) mira a chiarire la relazione tra Senso di Coerenza, attività fisica e benessere. In particolare, si intende valutare se il Senso di Coerenza possa predire il benessere psicologico, sociale ed emotivo e l'attività fisica anche a distanza di tempo. Un secondo obiettivo è quello di analizzare se l'esercizio fisico possa svolgere un ruolo di mediatore tra il Senso di Coerenza e il benessere. Nello specifico le ipotesi formulate sono le seguenti: H1: il Senso di Coerenza predice positivamente il benessere emotivo, psicologico e sociale, anche a distanza di tempo; H2: Il Senso di Coerenza è un fattore predittivo positivo per l'attività fisica, anche a distanza di tempo; H3: L'attività fisica svolge un ruolo di mediatore tra SOC e benessere, anche a distanza di tempo.

I primi due studi adottano un approccio universale alla promozione della salute, in quanto sono stati pensati e realizzati con la popolazione generale al fine di chiarire prospettive nuove di profilazione che coniughino aspetti individuali e sociali; come più volte sottolineato in precedenza, è importante, tuttavia, indagare lo stile di vita anche e soprattutto all'interno dei contesti quotidiani di azione, entro i quali i soggetti agiscono. Per tale ragione, al fine di costruire una comprensione complessa degli stili di vita i successivi due studi empirici si focalizzano su uno dei contesti quotidiani principali per le persone, ovvero quello lavorativo.

Il *terzo studio* è una revisione sistematica della letteratura che si pone come scopo principale quello di valutare le ricerche che, nel periodo Covid-19 hanno esplorato la relazione tra lavoro in remoto da casa, benessere psicologico, nella sua connotazione contesto specifica e multidimensionale e comportamenti di salute, in particolare attività fisica e alimentazione.

Infine, il *quarto e ultimo contributo di ricerca* è uno studio di caso, progettato insieme all'ATS di Bergamo, che ha visto il coinvolgimento dell'Azienda Volvo Trucks di Zingonia (BG). Attraverso l'adozione di una metodologia Mixed Method qualitativa-quantitativa si è perseguita la finalità generale di comprendere se e come sono cambiate le abitudini e le pratiche alimentari legate alla commensalità dei lavoratori nel periodo Covid-19. Un secondo obiettivo generale concerne l'indagare l'influenza di fattori psicologici, sociali e contestuali sull'adozione di comportamenti

alimentari salutari dei dipendenti e identificare una classificazione o tipizzazione integrata e combinata derivata empiricamente dai modelli di comportamento alimentare e supporto sociale.

Nelle discussioni generali (capitolo 6) verranno condivisi e riassunti i risultati principali dei diversi contributi empirici con le loro implicazioni teoriche e pratiche. Verranno inoltre sottolineati i limiti e le prospettive future di ricerca e intervento.

1. Verso un ripensamento dello stile di vita¹

1.1. Il concetto stile di vita: le sue origini

Lo stile di vita è un concetto complesso e spesso generico che è stato utilizzato e definito in modi diversi nella ricerca scientifica. Attualmente non esiste una definizione univoca di stile di vita e i vari campi del sapere hanno sviluppato teorie e variabili di ricerca anche distanti tra loro. Il termine apparve per la prima volta a metà del Settecento quando il naturalista e scrittore francese Georges Louis de Buffon (1707-1788) affermò: "*The style is the man himself*" (Buffon, 1872). Nella seconda metà dell'Ottocento lo scrittore inglese Robert Burton scrisse "*It is most true, stylus virum arguit-our style betrays us*" (Bartlett, 1951 p.122). Lo stile di vita è stato associato in questi primi riferimenti a "*manner of expression*" (Ansbacher, 1967).

Lo stile di vita è stato utilizzato ed esplorato come costruito all'interno delle correnti sociologiche, considerando ad esempio le teorie di Weber (1966), Bourdieu (1984) o, di recente, Giddens (1991), all'interno delle quali è visto come un'espressione della classe sociale. Mentre la prospettiva psicologica definisce e analizza lo stile di vita a livello di pensiero o di azione. In particolare, lo stile di vita è stato affrontato nel contesto della psicologia dei consumi (Stebbins, 1997), della psicologia dei valori (Mitchell, 1982, 1983; Rokeach, 1973; Schutz et al., 1979) e della psicologia individuale (Adler, 1933; Allport, 1961).

In psicologia della salute l'uso di questo concetto si è ampiamente diffuso, soprattutto nel settore della medicina preventiva, nonostante una definizione non sempre precisa e univoca. In effetti, è spesso confuso e assimilato ai comportamenti salutari che sono stati definiti come ". . . *overt behavioural patterns, actions and habits that relate to health maintenance, to health restoration and health improvement*" (Gochman, 1997 p.3). La differenza tra uno stile di vita sano e comportamenti salutari appare sottile e non sempre chiara. Tuttavia, ci sono differenze tra questi costrutti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) da decenni evidenzia come la lotta alle malattie croniche rappresenti la sfida del 21° secolo: le malattie non trasmissibili

¹ Brivio F., Viganò A., Paterna A., Greco A. (submitted to the *Health Psychology Review*). Narrative review and analysis of the use of 'lifestyle' in Health Psychology.

(NCD), come le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, rappresentano la principale causa di morte e sono responsabili del 70% dei decessi nel mondo (OMS, 2020). I fattori di rischio su cui punta l'OMS sono proprio gli stili di vita, riconducibili ai seguenti pattern di comportamenti: uso di tabacco, alimentazione scorretta, mancanza di attività fisica e consumo eccessivo di alcol, che a loro volta portano a sovrappeso e obesità, aumento della pressione sanguigna e aumento del colesterolo, tutti fattori di rischio per l'insorgenza di una malattia. La ricerca ha inoltre evidenziato correlazioni significative tra caratteristiche della personalità e comportamenti a rischio o stili di vita, che sono fattori predittivi di esiti avversi per la salute (Hubert et al., 2002; King et al., 2009; Siegler et al., 1999). Matarazzo (1983) ha coniato il concetto di comportamenti patogeni per incapsulare la nozione di stili di vita rischiosi. Dalle ricerche appena citate, è evidente come all'interno del discorso socio-medico, è frequente la tendenza ad utilizzare il concetto di stile di vita in riferimento ai modelli comportamentali individuali, che influenzano le condizioni di malattia (Frohlich et al., 2001) e possono essere modificati con campagne educative mirate (Lomas, 1998; Sudore e Denison, 1995). La ricerca in quest'area indaga lo stile di vita in termini di presenza o assenza e frequenza di comportamenti "malsani" (fumo, alcol, dieta, attività fisica) (Cockerham et al., 2020; Daw et al., 2017; Mize, 2017). L'attenzione esclusiva ai comportamenti a rischio riflette la tendenza tipica della società del rischio (Beck, 1992) ad identificare la salute in termini di evitamento dei fattori di rischio. In questo scenario il soggetto è raffigurato come responsabile e protagonista delle proprie scelte di salute (Horrocks & Johnson, 2014).

Tuttavia, riprendendo la definizione riconosciuta dell'OMS (1948), la salute si configura come uno stato di completo benessere bio-psico-sociale e non solo assenza di malattia; è chiaro che non basta limitare lo stile di vita sano all'insieme di comportamenti finalizzati all'evitamento dei fattori di rischio per la salute fisica. Pertanto, è essenziale indagare come lo stile di vita sia concettualizzato nel campo della salute come passaggio fondamentale per costruire modelli teorici ed esplicativi più efficaci, che possano essere alla base degli interventi di promozione della salute. Per giungere a una rielaborazione critica del concetto di stile di vita sano, si ritiene fondamentale cercare di fare un'analisi multidisciplinare sulle teorie e definizioni di stile di vita per individuare gli elementi salienti che connotano questo costrutto.

1.2. Lo stile di vita: quali definizioni

Nel tempo sono state realizzate diverse revisioni sul concetto di stile di vita, tra le principali si ricordano Ansbacher (1967), Veal (1993), Stebbins (1997), Jensen (2007), Sobel (2013), che ci hanno permesso di approfondire ulteriormente questo costrutto esplorando le diverse sfaccettature. La tabella 1 raccoglie le definizioni più riconosciute e citate in letteratura, dalle prime formulazioni a quelle più recenti, considerando i campi della ricerca psicologica e sociologica. Partendo dalla categorizzazione del contenuto delle definizioni, si propongono tre chiavi interpretative: interna, esterna, temporale [vedi Tabella 1]:

4. **Dimensione interna:** stile di vita come sinonimo di stile di personalità, espressione di stili cognitivi o insieme di atteggiamenti, interessi e valori: l'attenzione è posta sul soggetto e sui processi interni che guidano il comportamento e l'azione;
5. **Dimensione esterna:** stile di vita come espressione dello stato e della posizione sociale dell'individuo all'interno di un determinato contesto o come espressione di modelli comportamentali;
6. **Dimensione temporale:** lo stile di vita come dimensione stabile che si esprime nelle pratiche quotidiane; questa dimensione si ritrova trasversalmente in alcune prospettive sociologiche e psicologiche.

Autori	Definizioni	Area di ricerca	Dimensione dello stile di vita
Adler (1933, p. 189)	'Their ability to show the individual living, acting, and dying as an indivisible whole in closest context with the tasks of his sphere of life rouses our admiration for their work to the highest degree' [...] 'the wholeness of his individuality'	Psicologia	Interna, temporale
Allport (1961, p. 237).	'the complex appropriate organisation that determines the "total posture" of a mature life-system.' [...] [The lifestyle] 'evolves gradually in the course of life, and day by day guides and unifies all, or at least many, of a person's transactions with life'	Psicologia	Interna, temporale
Coleman (1964, p. 664)	'the general pattern of assumptions, motives, cognitive styles, and coping techniques that characterise the behavior of a given individual and give it consistency'	Psicologia	Interna
Schutz et al. (1979, p. 4)	'the orientation of self, others, and society that each individual develops and follow [...] [it] reflects the values and cognitive style of individual. This orientation is derived from personal beliefs based on cultural context and the psycho-social milieu related to the stages of the individual's life'.	Psicologia	Interna
Mitchell, (1983, p. 23)	'we started from the premise that an individual's array of inner values would create specific matching patterns of outer behavior –that is, of lifestyle'	Psicologia	Interna
WHO (1986)	'Lifestyles are patterns of (behavioural) choices from the alternatives that are available to people according to their socio-economic circumstances and the ease with which they are able to choose certain ones over others'		
Giddens (1991, p. 81)	'A lifestyle can be defined as a more or less integrated set of practices which an individual embraces, not only because such practices fulfil utilitarian needs, but because they give material form to a particular	Sociologia	Esterna, temporale

	narrative of self-identity.’ ‘Lifestyles are routine practices, the routines incorporated into habits of dress, eating, modes of acting and favoured milieus for encountering others; but the routines followed are reflexively open to change in the light of the mobile nature of self-identity’		
Veal (1993, p. 247)	‘Lifestyle is the distinctive pattern of personal and social behaviour characteristic of an individual or a group’	Sociologia	Esterna, temporale
Stebbins (1997, p. 350)	‘A lifestyle is a distinctive set of shared patterns of tangible behavior that is organised around a set of coherent interests or social condition or both, that is explained and justified by a set of values, attitudes, and orientations and that, under certain conditions, becomes the basis for a separate, common social identity for its participants’ and ‘lifestyle are not entirely individual [...] but are constructed through affiliation and negotiation, by the active integration of the individual and society, which are constantly [...] reproduced through each other’	Sociologia	Interna
Cockerham et al. (1997, p. 338)	‘collective patterns of health-related behaviour based on choices from options available to people according to their life chances’	Sociologia	Esterna
Jensen (2009, p. 225)	‘A lifestyle is a pattern of repeated acts that are both dynamic and to some degree hidden to the individual, and they involve the use of artefacts. This lifestyle is founded on beliefs about the world, and its constancy over time is led by intentions to attain goals or sub-goals that are desired. In other words, a lifestyle is a set of habits that are directed by the same main goal.’	Psicologia	Esterna, temporale

Table 1. Principali definizioni di stile di vita nella letteratura psicologica e sociologica

1.3. Lo stile di vita come dimensione interna

Le teorie che enfatizzano la dimensione interna dello stile di vita si concentrano principalmente sull'individuo piuttosto che sulla comunità e sono rappresentate da due prospettive. La prima definisce lo stile di vita come uno stile della personalità (Adler, 1933; Allport, 1961; Coleman, 1960), espressione dell'unicità e della creatività umana. Le concettualizzazioni di questo primo filone di studi richiamano più direttamente l'origine della parola stile in campo artistico per evidenziare l'impronta umana (Ansbacher, 1967). La seconda prospettiva, al contrario, associa lo stile di vita all'insieme dei valori, atteggiamenti, interessi ed opinioni (Mitchell, 1983; Schutz, et al., 1979; Stebbins, et al., 1997) limitando tuttavia i suoi campi di ricerca e indagine ai comportamenti di consumo.

1.3.1. Stile di vita e personalità

La prima corrente di pensiero e di ricerca interna alla psicologia, risalente agli anni Trenta nel Novecento, identifica lo stile di vita come stile di personalità del soggetto, come espressione della creatività umana. In questa singolare impronta psichica che caratterizza ciascun individuo convergono i tratti del comportamento, dei pensieri, delle opinioni, delle emozioni e dei sentimenti, che sono risultati dal compromesso tra i bisogni individuali e le esigenze sociali (Adler, 1933; Ansbacher, 1967).

Adler (1933) è stato uno dei primi ricercatori a utilizzare il costrutto di stile di vita. In *"Psychological means and ways for the investigation of the life style"*, Adler (1933) sottolinea che i poeti hanno sempre descritto gli stili di vita, anche senza dichiararlo esplicitamente.

"Our knowledge of the individual is very old. To name only a few instances, the historical and personality descriptions of the ancient peoples, the Bible, Homer, Plutarch, all the Greek and Roman poets, sagas, fairy tales, and myths, show a brilliant understanding of personality. Until recent times it was chiefly the poets who best succeeded in getting the clue to a person's life style. Their ability to show the individual living, acting, and dying as an indivisible whole in closest context with the tasks of his sphere of life rouses our admiration for their work to the highest degree" (Adler, 1933 pp 32-33; Ansbacher, 1967).

Secondo l'autore, gli individui adottano uno stile di vita particolare per superare il loro senso di inferiorità e i loro problemi di interazione sociale. Lo stile di vita sarebbe associato al carattere personale che si forma nell'infanzia e governa reazioni e comportamenti (Adler, 1929). Ogni individuo costruisce la propria visione del mondo nei primi 4 o 5 anni di vita. Adler considera quindi lo stile di vita come la persona nel suo complesso e l'insieme dei suoi valori e principi guida. In questa prima teoria, benchè si accenni al fatto che lo stile di vita emerga durante l'infanzia, non viene approfondito il processo che porta alla sua costituzione. Non è inoltre chiaro l'insieme dei valori e dei principi sottostanti e in che modo si differenzino tra i diversi gruppi sociali. Anche la questione della misurazione e di come i valori interagiscono e influenzano il comportamento dell'individuo è rimasta irrisolta (Veal, 1993).

Agli inizi degli anni Sessanta la prospettiva della psicologia individuale riprende il concetto di stile di vita e lo definisce come l'organizzazione più matura ed evoluta della personalità individuale, che si configura nell'età adulta. Nel corso del tempo, dall'infanzia all'adulthood, l'individuo accresce il proprio modo di pensare, agire e percepire, all'interno di un proprio specifico *modus vivendi* o stile di vita (Allport, 1961; Coleman, 1960).

Allport (1961) descrive lo stile di vita individuale come funzionalmente autonomo e come il più alto livello di organizzazione della personalità, "*the complex appropriate organisation that determines the 'total posture' of a mature life-system*". Lo stile di vita "*evolves gradually in the course of life, and day by day guides and unifies all, or at least many, of a person's transactions with life*" (Allport, 1961 p. 237).

Coleman afferma: "*the individual's pattern of assumptions leads to consistent ways of perceiving, thinking, and acting-to a characteristic modus operandi or life style*" (Coleman, 1964 p. 63). "*Each individual tends to establish a unique relatively consistent life style. He has a characteristic way of going, thinking, reacting, and growing that tends to distinguish him from everyone else. He puts his personal stamp on every role he plays and every situation he encounters ... consistent with his self-concept*" (Ansbacher, 1967; Coleman, 1960, p. 69).

Dalle concettualizzazioni sopra riportate emergono alcuni assunti chiave connessi con il costrutto di stile di vita: unicità, coerenza, impronta personale, in connessione con il rapporto col mondo.

1.3.2. Stile di vita e sistema dei valori

La seconda linea di ricerca psicologica identifica lo stile di vita considerando valori, atteggiamenti e interessi. Negli anni Sessanta Rokeach collega il concetto di stile di vita con il sistema di valori; secondo l'autore, ogni persona possiede alcuni valori ordinati gerarchicamente. Essi vengono differenziati in valori terminali quando si riferiscono a un'esistenza individuale o collettiva e valori strumentali, cioè modelli di comportamento, modi di agire e di essere. Valori e atteggiamenti convergono in un sistema gerarchico tendenzialmente stabile nel tempo (Rokeach, 1968).

Diversa è la prospettiva VALS (Values and Lifestyle) proposta da Mitchell (1973; 1978; 1982; 1983), a partire dagli studi e dalle teorie di Maslow (Maslow, 1943; 1954; 1962). Non lontano dalla definizione di Adler, Mitchell definisce lo stile di vita come segue: "*we started from the premise that an individual's array of inner values would create specific matching patterns of outer behavior - that is, of lifestyle*" (Mitchell, 1983, p. 23).

Secondo questa prospettiva, la popolazione sarebbe suddivisa in base ad una gerarchia di bisogni: bisogni fisiologici, sicurezza, amore, appartenenza, stima, conoscenza, soddisfazione estetica e autorealizzazione. I bisogni sono organizzati gerarchicamente, da quelli fisiologici in basso a quelli che di autorealizzazione in alto. Essi risultano essere alla base delle motivazioni che muovono le azioni del soggetto; quando i bisogni primari vengono soddisfatti, emergono gli altri livelli. Una volta soddisfatte le esigenze fisiologiche e di sicurezza, il soggetto potrebbe intraprendere due strade, quella autodiretta o quella eterodiretta; l'ultimo punto di arrivo è comune, cioè l'autorealizzazione. Il percorso scelto e il livello di soddisfazione riflettono stili di vita diversi, influenzati da tratti, atteggiamenti, comportamenti, valori e caratteristiche sociodemografiche. Nella seconda teorizzazione dello stesso autore, VALS2, le variabili sociologiche hanno assunto maggiore importanza. I vari gruppi individuati, corrispondono a stili di vita differenti; questi gruppi differiscono per una serie di variabili: fattori sociodemografici, atteggiamenti, stato economico, modelli di consumo e pratiche. La popolazione viene quindi segmentata nel punto di incontro tra le risorse (istruzione, intelligenza, salute, reddito, fiducia in sé stessi), i principi e lo stato sociale che guidano le azioni dell'individuo (Mitchell, 1978; 1982; 1983).

Vari ricercatori hanno sviluppato e analizzato l'approccio di studio sperimentato da Mitchell, tra cui Shultz e colleghi (1979), che hanno definito lo stile di vita come "*the*

orientation of self, others, and society that each individual develops and follow [...] [it] reflects the values and cognitive style of individual. This orientation is derived from personal beliefs based on cultural context and the psycho-social milieu related to the stages of the individual's life” (Schutz et al., 1979, p. 4).

Questi studi hanno indagato le implicazioni sull'agire quotidiano e sulle scelte del soggetto a partire da: investimento emotivo ed energie nei diversi ambiti della vita, modalità di gestione dei ruoli assunti e tempo investito nei diversi ruoli, che riguardano i vari campi della vita. Il modo in cui il concetto di stile di vita è stato operazionalizzato riflette l'area di ricerca in cui si è sviluppato. Ad esempio, negli anni Sessanta e Settanta, all'interno della psicologia del marketing, viene trattato e studiato dal punto di vista delle attività, degli interessi e delle opinioni (Anderson & Golden, 1984; Pessemier & Tigert, 1966; Wells, 1968, 1975; Wilson, 1966). L'approccio AIO (Atteggiamenti, Interessi, Opinioni) ha inaugurato un modo di considerare lo stile di vita in cui le variabili socio-culturali sono diventate centrali; uno degli oggetti di ricerca di questa corrente era capire come il contesto socio-culturale influisse su opinioni e atteggiamenti e sui comportamenti di consumo che si sono evoluti. Questa linea di ricerca cerca di comprendere il legame tra tratti della personalità e comportamenti di acquisto e vede lo stile di vita come un modo generale di vivere e di utilizzare tempo e denaro (Wells, 1974). Nonostante importanti contributi empirici, sembrava tuttavia mancare una solida concettualizzazione teorica (Valette-Florence, 1994). In questa linea di ricerca si inseriscono anche gli studi di Cathelat (1977; 1985; 1990), in cui si cerca di tenere insieme la dimensione individuale, tipica della prima corrente di ricerca sullo stile di vita, con quella sociale. Per Cathelat, lo stile di vita è *“a system of organisation of people and things, which takes into account their relations of strength, their dialectic, their reciprocal positioning; a system of understanding individuals in the socio-cultural context”* (Cathelat, 1990 p. 41).

L'autore considera le seguenti variabili: variabili sociodemografiche, stili sociali (comportamenti) e flussi culturali (attitudini e opinioni). Gli stili di vita sono stati definiti come un processo dinamico attraverso il quale i soggetti socializzano e si sottomettono a stereotipi e valori sociali. Rappresentano inoltre un'espressione di motivazioni e comportamenti individuali. Il cambiamento socio-culturale viene osservato attraverso la trasformazione ed evoluzione degli atteggiamenti della popolazione verso un insieme di valori, che sono stati segmentati in un piccolo numero di categorie socio-culturali e comportamentali, identificate come mentalità. Questi

ultimi si configurano all'interno di una mappa disegnata da due assi: rigore-piacere, stabilità e cambiamento. Ogni segmento della mappa viene indicato come socio - stile. Lo stile di vita rappresentava il modo in cui gli individui socializzano e come la cultura e la società sono cambiate e hanno assunto nuove forme attraverso la socializzazione. Questo modello sottolinea come i comportamenti individuali siano il risultato di forze sia statiche che dinamiche a livello socio-culturale.

Una direzione simile è stata presa da Stebbins, che ha definito lo stile di vita come “*A lifestyle is a distinctive set of shared patterns of tangible behavior that is organised around a set of coherent interests or social condition or both, that is explained and justified by a set of values, attitudes, and orientations and that, under certain conditions, becomes the basis for a separate, common social identity for its participants*” (Stebbins, 1997, p. 350).

La definizione di Stebbins appare più complessa e introduce il tema dei modelli di comportamento influenzati da interessi personali, condizioni sociali e il costrutto di identità sociale. Lo stile di vita avrebbe origine nella vita quotidiana e si esprimerebbe al suo interno (Stebbins, 1997). Gli stili di vita non sono del tutto individuali, ma sono costruiti attraverso l'affiliazione, la negoziazione e l'integrazione attiva del soggetto e della società, che vengono costantemente riprodotti attraverso ogni individuo (Stebbins, 1997).

Queste concettualizzazioni hanno avuto maggiore importanza per le dimensioni interne del pensiero rispetto a quelle esterne, che sono legate all'azione e al comportamento. Le critiche a queste correnti di ricerca riguardano l'uso dei tratti della personalità come variabili troppo distanti per giustificare l'impatto diretto sul comportamento. Inoltre, il riferimento privilegiato al contesto di consumo non esaurisce il campo dello stile di vita (Berzano & Genova, 2011).

1.4. Lo stile di vita come dimensione esterna

Le concettualizzazioni che enfatizzano maggiormente la dimensione esterna dello stile di vita vedono quest'ultimo come espressione del posizionamento sociale o dell'insieme dei modelli comportamentali individuali e collettivi. I ricercatori, in quest'ambito si concentrano su azioni, comportamenti e sulla struttura sociale all'interno della quale il soggetto vive, che determina le possibilità di azione.

Nelle teorizzazioni che si concentrano sulla dimensione esterna, lo stile di vita si esprime attraverso comportamenti che risultano essere il prodotto della posizione sociale dell'individuo all'interno di un contesto socio-culturale-economico. Le teorie sono principalmente di origine sociologica e possono essere differenziate in base al focus principale: il posizionamento sociale per i modelli di Weber e Bourdieu (Bourdieu, 1984; Weber, 1922) e l'enfasi sulla pratica e sui comportamenti dei consumatori (Giddens, 1991; Jensen, 2009; Vitello, 1993). Le critiche generali presentate da Berzano e Genova (2011) a questo tipo di modello riguardano l'idea che alla base dello stile di vita debba esserci una stratificazione sociale, non più sostenibile nella postmodernità. Inoltre, viene posta un'enfasi eccessiva sui fattori strutturali come elementi che generano pensieri e azioni alla base dello stile di vita. Un'ultima criticità delineata per alcune proposte riguarda l'eccessiva importanza attribuita al piano dei consumi a scapito di altri elementi.

1.4.1. Stile di vita e posizionamento sociale: le concettualizzazioni di Weber e Bourdieu

Weber (1922), nonostante non abbia mai definito esplicitamente il costrutto di stile di vita, rappresenta uno dei teorici a cui si riferiscono diverse concettualizzazioni. Egli fu infatti uno dei primi a riferirsi direttamente al concetto; in *Economia e Società* (1922), il termine *Lebensstil*, che è stato tradotto in stile di vita, identificava le forme sociali attraverso le quali si esprimeva il prestigio della propria classe sociale. I tipi di alloggio, abbigliamento, consumi, tempo libero, cura del corpo e modi di parlare simboleggiavano il diverso stile di vita. Secondo Weber, la società era divisa in classi e gruppi di status: le classi venivano individuate e costituite a partire dai sistemi di produzione e di acquisto dei beni; invece, i gruppi di status venivano identificati a partire dalle forme di consumo e dai comportamenti (o stili di vita) della vita quotidiana. Il gruppo di status, quindi, risiedeva nella sfera dell'onore, del prestigio e dell'ordine sociale, mentre le classi erano all'interno del sistema economico.

Ansbacher (1967) sottolinea come Weber utilizzi il concetto di stile di vita in termini collettivi per esprimere la cultura di un determinato gruppo sociale, che identifica e differenzia gli individui che ne fanno parte. Le differenze nell'istruzione determinerebbero le diversità. Altre letture evidenziano come gli stili di vita siano

identificati come modelli di comportamenti individuali risultanti da scelte personali, influenzati dall'appartenenza a particolari gruppi di status, distinti da confini del contesto e delle strutture sociali (Horley, 1992; Jones et al., 2009).

Weber (1922) associa gli stili di vita non alle persone ma allo status group, dimostrando così che sono principalmente un fenomeno sociale collettivo. I gruppi di status sono aggregati di persone con status e background scolastico simili e derivavano dalla condivisione di stili di vita simili. Pertanto, le persone che desiderano far parte di un particolare gruppo dovrebbero adottare uno stile di vita appropriato. Questi gruppi sono stratificati in base ai loro modelli di consumo. Questi modelli stabiliscono differenze tra i gruppi ed esprimono differenze già esistenti (Bourdieu, 1984).

La critica che Veal (1993) ha rivolto a Weber è quella di non aver definito lo stile di vita in quanto tale, infatti, un elenco di pratiche e stili comportamentali non costituisce per lo studioso una definizione.

Bourdieu (1984), che ha riconsiderato e ampliato le teorie di Weber, ha introdotto il concetto di stile di vita in quello che ha definito "*Habitus*", il principio generatore di pratiche oggettivamente classificabili e il sistema di classificazione di queste pratiche. *"It is precisely in the relationship between these two capacities that define the habitus, the ability to produce classifiable practices and works and the ability to distinguish and evaluate these practices and products (taste) that constitutes the image of the social world, that is space of lifestyles"* (Bourdieu, 1984 p. 174).

Gli stili di vita sono, quindi, il prodotto sistematico di abitudini che, percepite nelle relazioni reciproche, diventavano sistemi di segni dotati di una qualificazione sociale. La formula all'origine dello stile di vita è composta dal gusto, dalla propensione e dall'attitudine all'appropriazione materiale e simbolica di una specifica classe di pratiche o oggetti. Secondo l'autore, l'azione degli individui dipende sia da cause esterne (la struttura sociale che definisce i rapporti di potere), che è il "campo", sia da cause interne (credenze, emozioni, aspettative, interessi), che costituiscono l'"*habitus*". Pertanto, le pratiche sociali sono il risultato dell'incontro tra l'interiorizzazione di strutture sociali esterne alla mente dell'individuo (convenzioni sociali e culturali) e le inclinazioni, le preferenze e le interpretazioni dell'individuo. Pertanto, gli stili di vita sono socialmente riconoscibili come gruppi sociali differenzianti (Bourdieu, 1984). Bourdieu ha infine sottolineato il contrasto tra uno stile di vita di "*necessità*" delle classi lavoratrici, che "*non sapevano vivere*", e uno stile di vita come "*legittima arte di vivere*", tipico delle classi abbienti.

In testi successivi, Dean et al. (1995) hanno descritto lo stile di vita come un fenomeno socioculturale, sostenendo che i modelli di comportamento interagiscono con il contesto situazionale per creare uno stile di vita. I valori e le credenze culturali plasmano le pratiche comportamentali che sono vincolate o incoraggiate da specifiche condizioni socioeconomiche.

1.4.2. Lo stile di vita come insieme di pratiche e comportamenti di consumo

Dagli anni Sessanta si è sviluppato un percorso di studi sugli stili di vita, incentrato sull'agire in termini di consumi, attività quotidiane o comportamenti.

Il primo filone ha preso in considerazione i consumi come punto di partenza per definire gli stili di vita. Berkman e Gilson (1978) hanno concettualizzato lo stile di vita come un insieme unitario di modelli di comportamento che determinano il consumo.

In questo quadro, lo stile di vita viene declinato in un'espressione non verbale che si manifesta in atteggiamenti e comportamenti di consumo. Pertanto, lo stile di vita avrebbe una funzione essenziale nell'identificazione individuale e con il contesto sociale di appartenenza, attraverso la comunicazione del proprio status-ruolo nella vita quotidiana. Tramite lo stile di vita, la persona attribuisce significato alla propria vita quotidiana (Chaney, 1996; Dumazedier, 1972; Horley, 1992).

L'incontro tra individuo e sociale nel processo di significazione delle pratiche quotidiane appare centrale nelle teorie di Giddens (1991), che ha proposto questa definizione di stile di vita: *“A lifestyle can be defined as a more or less integrated set of practices which an individual embraces, not only because such practices fulfil utilitarian needs, but because they give material form to a particular narrative of self-identity”* (Giddens, 1991 p.81). *“Lifestyles are routine practices, the routines incorporated into habits of dress, eating, modes of acting and favoured milieus for encountering others; but the routines followed are reflexively open to change in the light of the mobile nature of self-identity”* (Giddens, 1991 p. 106). In questa definizione lo stile di vita si esprime nelle pratiche quotidiane, ma è l'espressione e la sintesi di processi di autorealizzazione, in cui i soggetti sono riflessivamente impegnati ad organizzare la propria quotidianità all'interno di un determinato contesto socio-culturale. Pertanto, gli stili di vita sarebbero il risultato dell'espressione di azioni,

trasformazioni delle condizioni di vita e il prodotto delle stesse condizioni (Giddens, 1991; Kroeber, 1957). Per Giddens lo stile di vita non è unitario ma espressione e conseguenza di luoghi e ambienti diversi; attraverso un processo di “disembedding”, le relazioni sociali sono state sradicate dal contesto sociale locale per ristrutturare dimensioni spazio-temporali indefinite. Ciò ha portato alla frammentazione e alla diversificazione da un lato e alla ricerca della coerenza dall'altro.

Veal (1993) offre una posizione diversa; attraverso una ricca rassegna sullo stile di vita, individua gli elementi caratterizzanti del costrutto presente in letteratura e giunge ad una nuova definizione. Veal scrive: *“It seems then that lifestyles consist of sets of activities and practices which: either (a) “fit together” as a result of some guiding set of coherent moral or aesthetic principles; (b) “fit together” but only from force of circumstance (such as age, income, household/family situation, geography); (c) do not “fit together”. We may conclude therefore that, although coherence is likely to be a key variable in analysing, it is not a necessary component of the definition of lifestyle, since some lifestyles may lack coherence”* (Veal, 1993, p. 244). Per Veal le caratteristiche necessarie per definire cosa sia uno stile di vita sono: un insieme di attività quotidiane, i livelli di analisi individuale e di gruppo e il tema della scelta, sebbene il grado di libertà di scelta vari da individuo a individuo, di gruppo in gruppo e di volta in volta nelle società occidentali. Nella definizione di Veal, lo stile di vita, formato attraverso un processo di scelta ampia o limitata, viene identificato come un modello di comportamento che coinvolge l'individuo e il gruppo, che è legato a valori e caratteristiche socio-demografiche e può comportare diversi gradi di interazione sociale, coerenza e riconoscimento (Veal, 1993). L'autore evidenzia che il contatto diretto tra gli individui non è un prerequisito necessario per la condivisione degli stili di vita; inoltre, quando l'interazione di gruppo assume importanza nella definizione di uno stile di vita distintivo, si può parlare di sottoculture. Un passo importante nell'analisi proposta da Veal riguarda l'invito a non soffermarsi solo sull'identificazione di gruppi di stili di vita ma ad approfondire la formazione e l'adozione degli stili di vita stessi. Questa riflessione appare molto attuale nel campo della salute, dove gli studi appaiono limitati. L'approccio di Veal agli stili di vita è stato poi ripreso da ulteriori elaborazioni come quella di Jensen per il quale *“A lifestyle is a pattern of repeated acts that are both dynamic and to some degree hidden to the individual, and they involve the use of artefacts. This lifestyle is founded on beliefs about the world, and its constancy over time is led by intentions to attain goals or sub-*

goals that are desired. In other words, a lifestyle is a set of habits that are directed by the same main goal" (Jensen, 2009, p 225) o da Starr "*the basic complementary set of the material dimensions of how people live"* (Starr, 2009, p. 30).

Nella definizione di Jensen, sviluppata nell'ambito delle scienze cognitive, è stato possibile identificare alcune parole chiave: gli artefatti utilizzati negli atti quotidiani, differenziati in artefatti mentali, cioè simboli come parole o numeri che potrebbero essere utilizzati nei processi cognitivi, e artefatti fisici come tecnologie, credo, intenzione e desiderio. Secondo Jensen (2009), alla base dello stile di vita vi è il modo in cui pensiamo di conoscere il mondo. Inoltre, la coerenza nel tempo viene guidata dalle intenzioni, ovvero da un obiettivo desiderato e dalla convinzione che potrebbe essere raggiunto con mezzi ragionevoli (Baldwin & Baird, 2001; Jonker et al., 2003; Tomasello, 2003; Tomasello et al., 2005).

1.5. La dimensione temporale dello stile di vita

La caratteristica della temporalità negli stili di vita è presentata nelle diverse concettualizzazioni all'interno di due quadri: lo stile di vita come caratteristica stabile dell'individuo o del gruppo sociale, si vedano le teorie di Adler (1929), Rokeach (1968), Weber (1922) e Bourdieu (1984), o stile di vita come insieme di pratiche e modelli di comportamento che si verificano nella vita quotidiana e possono cambiare o evolvere in particolari fasi della vita o per l'influenza di condizioni socio-culturali (Giddens, 1991; Veal, 1993).

La dimensione temporale appare trasversale ai diversi modelli. Le questioni aperte ancora oggi sono: come si formano gli stili di vita? Come si evolvono nel tempo e attraverso i diversi momenti della vita? Vi è invece accordo sul considerare la quotidianità come il contesto privilegiato entro il quale si manifesta lo stile di vita (Giddens, 1991; Stebbins, 1997; Veal, 1993).

Ad esempio, in Giddens lo stile di vita si esprime nelle pratiche quotidiane e nelle abitudini, ma mantiene la sua coerenza interna e la sua stabilità come base per la sicurezza individuale (Giddens, 1991). La funzione identitaria degli stili di vita si manifesterebbe in fasi particolarmente delicate della propria biografia personale, ad esempio l'adolescenza o la prima età adulta. La scelta di uno stile di vita diventa

espressione e possibilità di identificare il proprio gruppo distinto di appartenenza, in contrasto con l'outgroup.

Nella ricerca sulle cause del cambiamento dello stile di vita, gli psicologi esaminano la personalità, i modelli di pensiero, i comportamenti, i tratti e le risposte che riflettono obiettivi, compiti, emotività, motivazioni, temperamento (Hooker & McAdams, 2003; Pulkkinen & Caspi, 2002). Alcuni studiosi sostengono che la personalità si stabilizzi all'età di 30 anni (Costa & McCrae, 1994); altri affermano che è soggetta a continui cambiamenti, anche durante le fasi più avanzate dell'età adulta (Wrzus & Roberts, 2017). In una metaanalisi, Roberts e Delvecchio (2000) concludono che la personalità rimane stabile nel tempo, anche se si possono vedere cambiamenti negli anni centrali e successivi. Pertanto, il cambiamento negli attributi della personalità influenzerebbe gli stili di vita per tutta la vita.

In termini di temporalità, l'origine degli stili di vita e il modo in cui si formano ed evolvono non è chiara. Essi cambiano in modo lineare o non lineare (ad esempio, sono il risultato di crisi e cambiamenti individuali e/o collettivi)? Considerando la dimensione della temporalità, quindi, nelle teorie presentate appare evidente come non sia chiaro se e come cambino gli stili di vita nelle diverse fasi della vita.

1.6. Lo stile di vita nell'ambito della salute

Gli stili di vita rappresentano un oggetto di ricerca storico nell'ambito della medicina, epidemiologia e della Psicologia della salute. Tale interesse rispecchia la condizione moderna caratterizzata da cambiamenti epidemiologici importanti; il miglioramento del tenore di vita, i progressi nel campo della medicina hanno promosso il passaggio da una prevalenza di malattie acute trasmissibili (ad esempio colera, vaiolo, morbillo) a malattie croniche non trasmissibili (cancro, malattie cardiovascolari, asma, artrite). Tali patologie vengono sempre più studiate nell'ottica di prevenzione dei fattori di rischio individuali, ossia i comportamenti di salute, il cui sinonimo spesso utilizzato è proprio lo stile di vita.

L'interesse della presente trattazione riguarda l'area della psicologia della salute che viene inquadrata dall'APA (American Psychological Association) come *“l'insieme dei contributi specifici scientifici, professionali, formativi della disciplina psicologica mirati alla promozione e mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento*

della malattia e infine all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate” (Bertini, 2012).

1.6.1. Le concettualizzazioni sullo stile di vita salutare

Attualmente, nel campo della salute, esistono due definizioni principali di stili di vita. La prima è stata formulata dall'OMS, per la quale si definisce stile di vita “*patterns of (behavioural) choices from the alternatives that are available to people according to their socio-economic circumstances and the ease with which they are able to choose certain ones over others*” (WHO, 1986). Questa definizione mette in evidenza che gli stili di vita sono modelli comportamentali di scelta individuale, influenzati dal contesto socio-economico in cui la persona vive. Da un lato si sottolinea la responsabilità delle proprie scelte, con l'agire individuale come fonte primaria di salute e prevenzione delle patologie; ma dall'altro, il focus è sui determinanti di salute come fattori che si combinano per definire le possibilità di scelta.

La seconda grande definizione di stile di vita formulata da Cockerham è “*collective patterns of health-related behaviour based on choices from options available to people according to their life chances*” (Cockerham, 2005, p. 55). Questa definizione, che si sviluppa sotto l'influenza del pensiero di Weber (1978) e Bourdieu (1984), a cui lo studioso si riferisce direttamente nel modello, postula che lo stile di vita sia assimilabile a un insieme di routine personali, che riflettono l'appartenenza a determinate classi o gruppi sociali in cui la persona è inclusa. L'insieme dei comportamenti salutari è stato quindi raggruppato negli stili di vita. La persona ha scelto coerentemente il proprio stile di vita in base alle proprie scelte e possibilità, strutturalmente determinate da: status socioeconomico (SES), età, sesso, razza, collettività (reti sociali legate al matrimonio, religione, politica, ideologia, luogo di lavoro, ecc.) e le condizioni di vita. Scelte e possibilità interagiscono e influenzano la formazione di disposizioni ad agire (habitus), portando a pratiche specifiche relative alla salute (azione) (Bourdieu, 1984). Entrambe le definizioni hanno il vantaggio di sottolineare l'influenza dell'ambiente sociale sui comportamenti e sulle scelte legate alla salute, evidenziando come l'individuo non sia una monade ma sia inserito in un contesto socio-economico che limita le opportunità e le possibilità personali. Pertanto,

queste definizioni si allineano con la linea di ricerca che sottolinea l'importanza di considerare i determinanti della salute come fattori che influenzano le possibilità individuali (CSDH, 2008); inoltre si riferiscono all'ampia gamma di fattori sociali, economici, politici, psicosociali e comportamentali che influenzano direttamente o indirettamente i risultati sanitari, che a loro volta contribuiscono alle disuguaglianze sanitarie (Alcántara et al., 2020; Braveman, 2006; Braveman et al., 2011; Marmotta, 2005; Solare & Irwin, 2010). Sebbene le due definizioni si concentrino sull'influenza dei fattori contestuali nella determinazione delle possibilità di scelta dell'individuo, la letteratura in quest'area si concentra sul comportamento individuale a scapito del contesto (Korp, 2010).

Inoltre, il principale limite di queste definizioni è ridurre lo stile di vita sano a modelli comportamentali o modelli di scelta comportamentale che sono definiti normativamente e legati solo alla salute fisica; scarsa attenzione viene data alle dimensioni culturali, contestuali, storiche che definiscono sistemi di significato entro le quali il soggetto agisce nel corso della vita (Elder, 1994).

1.6.2. Stile di vita e pratiche di salute: La prospettiva della Psicologia della Salute Critica

Come afferma Frohlich e colleghi (2001, p. 783-784) “...behaviours are studied independently of the social context, in isolation from other individuals, and as practices devoid of social meaning”.

I modelli teorici utilizzati nella ricerca in psicologia della salute si basano principalmente sulla psicologia individuale.

Stili di vita sani sono rappresentati principalmente come insiemi di comportamenti costruiti individualmente. Gli elementi di uno stile di vita sano sono descritti come indipendenti l'uno dall'altro; l'unica caratteristica in comune è il perseguire un modello di salute (Mirowsky & Ross, 2003).

Lo stile di vita, quindi, appare caratterizzato in termini di ideali comportamentali a cui il soggetto deve aderire. Il soggetto è rappresentato come uno scienziato ingenuo, che verifica semplicisticamente ipotesi, o un contabile, che valuta costi e benefici nelle teorie del cambiamento comportamentale (Stainton-Rogers, 2012).

La ricerca-intervento sugli stili di vita in psicologia della salute sembra essere stata dominata nella storia da un approccio prevalentemente cognitivo, per il quale si presume che una scelta di stile di vita sana dipenda principalmente dal soggetto ed è influenzata da una serie di fattori prevalentemente individuali, come l'autoefficacia, la motivazione, la percezione di controllo e le convinzioni personali (Crawford, 2006; Davies, 2005; Horrocks & Johnson, 2014). Crawford (1980) ha coniato il termine *Healthism*, una forma di consapevolezza e responsabilità per la propria salute e una maggiore attenzione individuale alle pratiche di prevenzione (Glassner, 1989; Hodgetts et al., 2005). In questo scenario viene promossa una moralità della salute contenente norme e valori specifici che sottolineano l'obbligo dell'individuo di preoccuparsi della propria salute (Pakhlok, 2013) — essere in buona salute significa vivere un'esistenza equilibrata e controllata, valorizzando la vigilanza, l'autocontrollo e la prevenzione dei rischi.

Sebbene importante per comprendere i fattori individuali alla base dell'adozione di uno stile di vita sano, questo approccio rischia di essere riduttivo rispetto alla complessità dello studio sulla salute. Mielewczyk e Willig (2007) sostengono che i comportamenti salutari assumono significato solo quando vengono considerati pratiche sociali all'interno di un contesto specifico “*wider social practices of which such actions form a part*” (Mielewczyk & Willig, 2007, p. 829).

I comportamenti salutari sono profondamente impregnati di significati sociali più ampi. Le pratiche sono intrecciate con le relazioni sociali (Dodds & Chamberlain, 2017). Come affermato in precedenza, salute e malattia sono intrecciate in contesti sociali, culturali, politici e storici più ampi (Crossley, 2007; Murray & Poland, 2006). Gli stili di vita sono strettamente legati alle abitudini che influenzano la vita quotidiana delle persone. Come ha dimostrato la ricerca contemporanea sull'intersezionalità e la salute, gli individui occupano identità sociali multiple, o posizioni sociali, che riflettono sistemi interconnessi di potere e privilegio; questi sistemi configurano l'accesso a rischi e risorse, che alla fine modellano le disparità di salute (Bowleg, 2012; Cole, 2009; Evans et al., 2018). Al riguardo, Alcántara e colleghi (2020) sottolineano la necessità di adottare un approccio evolutivo allo studio delle disparità sanitarie ed evidenziano come l'esposizione ai determinanti della salute, come l'emarginazione e la povertà, si dispieghi nel tempo nelle fasi di sviluppo.

Lo sviluppo di stili di vita sani sembra essere il prodotto di una combinazione di coerenza e incoerenza. Stili di vita sani non sono uniformemente positivi o negativi

nelle diverse fasi della vita e variano tra persone socio-demograficamente simili (Cockerham, 2005; Mistry et al., 2009; Mollborn et al., 2014; Mollborn & Lawrence, 2018; Saint Onge & Krueger, 2017). Considerando la salute all'interno di un continuum malessere-benessere, è probabile che si identifichino comportamenti sani e malsani all'interno della stessa persona. Questi comportamenti a volte riflettono stati sociali, oppure differenze di genere e suggeriscono interazioni complesse di influenze sociali e azioni umane.

Quanto all'intervento, le campagne di promozione della salute sono spesso lontane dall'ambiente socio-culturale della vita delle persone; strategie universali come le campagne di marketing sociale tendono a funzionare meglio con le persone che hanno accesso a una serie di risorse sociali ed economiche. Tuttavia, gli studi sottolineano che queste campagne tendono a generare miglioramenti meno significativi nelle fasce di popolazione con uno status socioeconomico basso (SES) o in altri gruppi svantaggiati (Alvaro et al., 2011; Baum & Fisher, 2014; Layte & Whelan, 2009). Pertanto, l'effetto complessivo potrebbe essere quello di rafforzare o esacerbare le disuguaglianze nel comportamento di salute e, quindi, nei risultati sulla salute, come è stato riscontrato con diverse campagne di controllo del tabacco (Baum, 2007; Baum & Fisher, 2014; Layte & Whelan, 2009; Slama, 2010). Implicitamente, in queste campagne c'è l'idea che le persone scelgano lo stile di vita che adottano e possano impegnarsi in comportamenti di salute positivi e astenersi dall'impegnarsi in comportamenti di salute negativi (Lyons & Chamberlain, 2006). Questo uso del positivo e del negativo deriva da norme definite dalle conoscenze biomediche; la medicina, infatti, ha assunto un ruolo fondamentale nella normalizzazione della vita sociale, definendo comportamenti o condizioni salutari o non salutari che cadono da una parte o dall'altra dei confini della norma costruita. Al contrario, è stata data poca attenzione alle prospettive della comunità che considerano come i fattori sociali, culturali ed economici possono influenzare l'accesso delle persone a stili di vita più sani (Kwasnicka et al., 2016).

1.6.3. Stile di vita come espressione della tensione tra individuale e sociale

La psicologia della salute critica enfatizza una visione dello stile di vita sano non come insieme di comportamenti individuali ma come pratiche di salute contestualmente situate e dotate di senso, esito di un rapporto di interazione complesso tra individuo e ambiente. Occorre a questo proposito fare una riflessione rispetto al contesto storico in cui ci trova e a come questo possa influenzare la costruzione ed espressione dell'identità individuale e dello stile di vita.

Lo stile di vita oggi passa e si esprime sempre di più attraverso il corpo, la cura e l'esposizione del corpo. Oliverio Ferraris ormai vent'anni fa sottolineava come il corpo fosse utilizzato come progetto identitario (Oliverio Ferraris, 2001; 2002). Mancini (2010), riprendendo il pensiero di Infrasca (2009), evidenzia come oggi siamo di fronte ad un modello identitario basato sulla cultura dell'esteriorità, sulla ricerca della perfezione edonistica a scapito della cultura dell'interiorità. In termini psicodinamici si fa riferimento ad un ritorno al principio di piacere che prevarica sul principio di realtà.

Tale pensiero di ritrova provocatoriamente in Zizek, filosofo e pensatore contemporaneo, il quale afferma che siamo di fronte ad una trasformazione del Super-io da punitivo, imperativo morale di Freud ad un Super-io il cui divieto è relativo al non godimento e alla non ricerca del piacere (Zizek, 2009). Dall'altra parte, assistiamo ad un continuo richiamo alla moderazione e al controllo individuale rispetto ai propri comportamenti, anche di salute, nell'ottica di evitamento del rischio. Il soggetto deve costruire la propria vita e assumerne il controllo facendo tuttavia i conti con le richieste e i vincoli della società. Da notare come le crisi sociali, come quella a cui stiamo assistendo con il Covid-19 vengano spesso scaricate sugli individui che le percepiscono come rischi personali (Beck, 1997).

L'incontro tra individuo e società si declina quindi come continua tensione tra necessità di individuarsi, esprimere i propri bisogni, i propri desideri e il bisogno di accettazione e riconoscimento all'interno delle dinamiche sociali di relazione. Ciò si esprime anche nel contesto della salute e dello stile di vita.

Interessante in questo senso il pensiero di Lacan sul concetto di stile. Nel 1966, riprendendo l'affermazione di Buffon "*lo stile è l'uomo*" fa un passo ulteriore dichiarando "*lo stile è l'uomo a cui ci si rivolge*" (Lacan, 1966). L'attenzione viene

posta sull'interlocutore, sull'oggetto anziché sul soggetto come condizione di possibilità. L'affermazione di sé è anche assoggettamento all'altro da sé, come espressione del desiderio. Il desiderio dell'uomo per Lacan è sempre desiderio dell'altro, si desidera ciò che l'altro desidera e si desidera essere desiderato dall'altro. Per Lacan il desiderio ha a che fare con una continua mancanza, mentre per Deleuze e Guattari è prodotto. Il desiderio muove, crea, agisce il reale come molteplicità ed è strettamente legato al contesto. Il desiderio in questo senso è co-determinato da istanze individuali e sociali (Deleuze & Guattari, 1975).

Tali riflessioni ci consentono di inquadrare meglio il concetto di stile di vita nell'ambito della salute come teatro della tensione continua tra espressione e affermazione di sé e della propria identità e le istanze sociali.

1.6.4. Verso una nuova definizione di stile di vita sano

Le tre dimensioni dello stile di vita (interna, esterna, temporale) sono considerate elementi fondamentali e principali per delineare una nuova definizione di stile di vita sano. A partire dalla narrative review sopra proposta si suggerisce una possibile definizione di stile di vita: *stile di vita come sistema di significati, atteggiamenti e valori entro i quali il soggetto agisce, che definiscono modelli individuali e collettivi di pratiche di salute all'interno di contesti sociali, storici e culturali.*

Analizziamo di seguito le diverse componenti della definizione proposta.

Sistema di significati, atteggiamenti e valori entro i quali il soggetto agisce

Le dimensioni interne ed esterne si uniscono. L'insieme di significati, atteggiamenti e valori rappresentano la cornice entro la quale il soggetto agisce. I significati definiscono il contenuto espressivo della pratica e il modo in cui il soggetto interpreta la pratica (Wittgenstein, 1953), che può avere un significato diverso all'interno di contesti di significato diversi (Reimer, 1995). Per atteggiamenti si intende invece *“summary evaluation of psychological object captured in such attribute dimension as good, bad, harmful-beneficial, pleasant-unpleasant and likable-dislikable”* (Ajzen, 2001, p. 28).

Atteggiamenti, significati e valori precedono e costituiscono il fondamento delle pratiche di salute. I valori rimandano alle rappresentazioni sociali interiorizzate o alle

convinzioni morali che sono alla base delle azioni dell'individuo a livello soggettivo. D'altra parte, a livello di gruppo, i valori sono copioni o ideali culturali condivisi dai membri del gruppo (Rokeach, 1973). Pertanto, i valori sono convinzioni relativamente stabili sull'agire o l'essere desiderabili, sugli obiettivi e le motivazioni che guidano il pensiero e il comportamento nelle pratiche quotidiane (Schwartz, 1992; 1994).

Definiscono modelli individuali e collettivi di pratiche salutari all'interno di contesti sociali, storici e culturali

Si presume che i comportamenti di salute siano parti costitutive di pratiche comportamentali più ampie e complesse, che variano a seconda dei contesti. Ad esempio, il comportamento del fumo implica accendere la sigaretta, portarla alla bocca e inalare il fumo, ma questo comportamento è incorporato in pratiche più ampie, come la socializzazione, l'emancipazione o la trasgressione (Marks, 2006; Mielewczyk & Willig, 2007). La pratica, quindi, è strettamente legata al contesto sociale in cui si sviluppa. Ma è anche espressione della singolarità del soggetto. Considerando l'origine del termine *stile* in ambito artistico (Ansbacher, 1967), esso definisce l'impronta individuale, l'originalità e la creatività nel perseguire le proprie pratiche di salute. Ansbacher (1967) offre un'interessante riflessione su come un bambino impara a scrivere all'interno di un determinato contesto sociale e culturale. Il contesto definisce artefatti e possibilità di scrittura, ma il bambino svilupperà il proprio stile, un modo originale di scrittura che lo differenzierà dagli altri. Possiamo quindi ipotizzare che ciò avvenga anche per pratiche di salute individuali e collettive che si sviluppano all'interno di un contesto sociale, culturale e storico, ma riflettono un'impronta personale originale.

Il concetto di stile di vita viene qui ridisegnato in un'ottica di salute come *marginale di tolleranza verso le infedeltà dell'ambiente* (Canguilhem, 1966). In questa prospettiva, la persona sana porta avanti l'esperienza soggettiva di esercitare il proprio posizionamento e può prendere le distanze dal dover aderire acriticamente a regole predefinite e a priori (Canguilhem, 1966). Allo stesso tempo, questo soggetto trova la propria capacità autonoma di riorganizzazione e adattamento all'ambiente, all'interno dell'esercizio e del conseguimento del proprio progetto di vita (Braibanti, 2015). Canguilhem chiarisce quindi come l'adeguatezza del soggetto sperimentata come buona salute implichi una relazione di tensione e conflitto con l'ambiente esterno. Questa definizione vuole rappresentare una proposta preliminare per lo sviluppo di un modello di stile di vita che integri i fattori individuali con i fattori sociali.

1.7. Domande di ricerca e obiettivi

Partendo dall'analisi della letteratura sulla concettualizzazione di stile di vita in generale e nell'ambito della psicologia della salute, la presente tesi intende affrontare le seguenti principali domande di ricerca:

1. Se e come sono cambiati gli stili di vita nel periodo Covid-19? Quali sono i fattori protettivi individuali, sociali e contestuali rispetto al benessere e ai comportamenti di salute nelle diverse fasi del ciclo di vita? (studio 1, studio 2)
2. I cambiamenti nei modelli di lavoro (mantenimento del lavoro in presenza vs. passaggio al lavoro da casa) hanno avuto un'influenza sul benessere e i comportamenti di salute nel contesto lavorativo? (studio 3, studio 4)
3. Qual è il significato attribuito alle pratiche di salute connesse con l'alimentazione e la convivialità in Azienda nel periodo pandemico? Quali sono i fattori sociali (influenza sociale), psicologici (emotional eating, strategie di coping) e ambientali (modelli di lavoro) che influenzano le pratiche alimentari a lavoro? (studio 4)

Date queste principali domande di ricerca, gli obiettivi della seguente dissertazione sono:

1. Indagare la relazione che intercorre tra alcune variabili psicologiche, sociali e ambientali, lo stile di vita e il benessere soggettivo. In particolare, valutare i fattori protettivi rispetto al benessere e comportamenti di salute a partire dalla costruzione di profili (latent profile analysis) che vedono la combinazione di Senso di Coerenza e supporto sociale. Esplorare, inoltre, quanto l'appartenenza a profili individuali possa influenzare i significati attribuiti all'alimentazione.
2. Valutare, attraverso uno studio longitudinale, il ruolo del Senso di Coerenza come predittore di benessere e comportamenti di salute.
3. Approfondire l'influenza del setting di lavoro (lavoro da casa, lavoro in presenza) sul benessere e comportamenti di salute, analizzando la letteratura esistente.
4. Esplorare il cambiamento delle pratiche di salute connesse con l'alimentazione e la convivialità nel contesto lavorativo nel periodo post-emergenziale legato alla pandemia Covid-19. Indagare il significato attribuito a tali pratiche e i fattori psicologici, sociali e ambientali che influenzano il benessere e l'alimentazione dei lavoratori.

Nelle discussioni verranno integrati i risultati dei diversi studi con le prospettive teoriche presentate.

Bibliografia

- Aartsen, M. J., Van Tilburg, T. G., Smits, C. H. M., Knipscheer, K. C. P. M. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social & Personal Relationships*, 21, 249–266. <https://doi.org/10.1177/0265407504041386>
- Adler, A. (1929). *Problems of Neurosis; a Book of Case Histories*. Harper & Row.
- Adler, A. (1933). *Social interest*. Capricorn Books.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27–58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>
- Alcántara, C., Diaz, S. V., Cosenzo, L. G., Loucks, E. B., Penedo, F. J., & Williams, N. J. (2020). Social determinants as moderators of the effectiveness of health behavior change interventions: Scientific gaps and opportunities. *Health Psychology Review*, 14(1), 132–144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718527>
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Reinhart & Winston.
- Alvaro, C., Jackson, L. A., Kirk, S., McHugh, T. L., Hughes, J., Chircop, A., & Lyons, R. F. (2011). Moving Canadian governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: Some insights from complexity and critical theories. *Health Promotion International*, 26(1), 91–99. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq052>
- Anderson, W. T., & Golden, L. L. (1984). Lifestyle and Psychographics: A Critical Review and Recommendation. In T. C. Kinnear (Ed.), *Advances in Consumer Research* (Vol. 11, pp. 405–411). Association for Consumer Research.
- Ansbacher, H. L. (1967). Life style: A historical and systematic review. *Journal of Individual Psychology*, 23(2), 191–212.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion I. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Baldwin, D. A., & Baird, J. A. (2001). Discerning intentions in dynamic human action. *Trends in Cognitive Sciences*, 5(4), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01615-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01615-6)
- Bartlett, J. (1951). *Familiar Quotations: A Collection of Passages, Phrases and Proverbs, Traced to Their Sources in Ancient and Modern Literature* (C. Morley & L. D. Everett, Eds.; Twelfth Edition). Little, Brown.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: Top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 14(2), 90–95. <https://doi.org/10.1177/10253823070140022002>
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213–225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage Publications.

- Beck, U. (1997), *Eigenes Leben. Ausfuge in die unbekannte Gesellschaft, in der wir leben*, Munchen, Beck; trad. it. *Costruire la propria vita. Quanto costa la realizzazione di sé nella società del rischio*, Bologna, Il Mulino, 2008.
- Berkman, H. W., & Gilson, C. C. (1978). *Consumer behavior: Concepts and strategies*. Dickenson.
- Berzano, L., & Genova, C. (2011). *Sociologia dei lifestyles* (1a ed). Carocci.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste* (11. print). Harvard Univ. Press.
- Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Braibanti, P. (2015). *Ripensare la salute: Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*. Franco Angeli.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Buffon, L. G. L. (1872). *Discours Prononcé a l'Académie Française par M. De Buffon Le Jour de sa Réception Le 25 Août 1753*. J. Lecoffre.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Cathelat, B. (1977). *Les Styles de vie des Français: 1978-1998*. Stanké [diffusion Hachette].
- Cathelat, B. (1985). *Styles de vie*. Éd. d'Organisation.
- Cathelat, B. (1990). *Socio-styles-système: Les styles de vie, théorie, méthodes, applications*. Ed. d'Organisation.
- Chaney, D. C. (1996). *Lifestyles*. Routledge.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cockerham, W. C., D Wolfe, J., & Bauldry, S. (2020). Health Lifestyles in Late Middle Age. *Research on Aging*, 42(1), 34–46. <https://doi.org/10.1177/0164027519884760>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Coleman, J. C. (1960). *Personality dynamics and effective behavior*. Scott, Foresman.
- Coleman, J. C. (1964). *Abnormal psychology and modern life*. Scott, Foresman.

- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10143-002>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10(3), 365–388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Crossley, M. (2007). Critical Health Psychology: Developing and Refining the Approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 21–33. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00041.x>
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO.
- Davies, B. (2005). The (Im)Possibility of Intellectual Work in Neoliberal Regimes. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 26(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/01596300500039310>
- Daw, J., Margolis, R., & Wright, L. (2017). Emerging Adulthood, Emergent Health Lifestyles: Sociodemographic Determinants of Trajectories of Smoking, Binge Drinking, Obesity, and Sedentary Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(2), 181–197. <https://doi.org/10.1177/0022146517702421>
- Dean, K., Colomer, C., & Pérez-Hoyos, S. (1995). Research on lifestyles and health: Searching for meaning. *Social Science & Medicine* (1982), 41(6), 845–855. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00410-u](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00410-u)
- Deleuze, G. e Guattari, F. (1975) *L'Anti-Edipo*, trad. di Alessandro Fontana, Torino, Einaudi.
- Dodds, A., & Chamberlain, K. (2017). The problematic messages of nutritional discourse: A case-based critical media analysis. *Appetite*, 108, 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.021>
- Dumazedier, J. (1972). *Vers une civilisation du loisir?*. Ed. du Seuil.
- Elder, G. H. (1994). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15. <https://doi.org/10.2307/2786971>
- Evans, C. R., Williams, D. R., Onnela, J.-P., & Subramanian, S. V. (2018). A multilevel approach to modeling health inequalities at the intersection of multiple social identities. *Social Science & Medicine*, 203, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.011>
- Frohlich, K., Corin, E., & Potvin, L. (2001). A Theoretical Proposal for the Relationship Between Context and Disease. *Sociology of Health & Illness*, 23, 776–797. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.

- Glassner, B. (1989). Fitness and the postmodern self. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(2), 180–191. <https://doi.org/10.2307/2137012>
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research II: Provider Determinants*. Springer Science & Business Media.
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Hodgetts, D., Bolam, B., & Stephens, C. (2005). Mediation and the construction of contemporary understandings of health and lifestyle. *Journal of Health Psychology*, 10(1), 123–136. <https://doi.org/10.1177/1359105305048559>
- Hooker, K., & McAdams, D. P. (2003). Personality Reconsidered: A New Agenda for Aging Research. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), P296–P304. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.P296>
- Horley, J. (1992). A longitudinal examination of lifestyles. *Social Indicators Research*, 26(3), 205–219. <https://doi.org/10.1007/BF00286559>
- Horrocks, C., & Johnson, S. (2014). A socially situated approach to inform ways to improve health and wellbeing. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 175–186. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12114>
- Hubert, H. B., Bloch, D. A., Oehlert, J. W., & Fries, J. F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6), M347–351. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.6.m347>
- Infrasca, R. (2009). *La cultura dell'impersonalità*, Roma, Magi.
- Jensen, M. (2007). Defining lifestyle. *Environmental Sciences*, 4(2), 63–73. <https://doi.org/10.1080/15693430701472747>
- Jensen, M. (2009). Lifestyle: Suggesting mechanisms and a definition from a cognitive science perspective. *Environment, Development and Sustainability*, 11, 215–228. <https://doi.org/10.1007/s10668-007-9105-4>
- Jones, I. R., Higgs, P., & Ekerdt, D. J. (2009). Consumption and generational change: The rise of consumer lifestyles. In *Consumption and generational change: The rise of consumer lifestyles* (pp. 1–20). Transaction Publishers.
- Jonker, C. M., Treur, J., & Wijngaards, W. C. A. (2003). A temporal modelling environment for internally grounded beliefs, desires and intentions. *Cognitive Systems Research*, 4(3), 191–210. [https://doi.org/10.1016/S1389-0417\(03\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S1389-0417(03)00004-4)
- King, D. E., Mainous, A. G., Carnemolla, M., & Everett, C. J. (2009). Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988–2006. *The American Journal of Medicine*, 122(6), 528–534. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.11.013>
- Korp, P. (2010). Problems of the Healthy Lifestyle Discourse. *Sociology Compass*, 4(9), 800–810. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00313.x>
- Kroeber, A. L. (1957). *Style and Civilisation*. Cornell University Press.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review*, 10(3), 277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>

- Lacan, J. (1966), *Scritti*, trad. it. Torino, Einaudi.
- Layte, R., & Whelan, C. T. (2009). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *European Sociological Review*, 25(4), 399–410. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn022>
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine* (1982), 47(9), 1181–1188. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00190-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00190-7)
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511807985>
- Mancini, T. (2010). *Psicologia dell'identità*. Il mulino.
- Marks, D. F. (2006). The Case for a Pluralist Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 11(3), 367–372. <https://doi.org/10.1177/1359105306063306>
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. M. (Eds.). (2005). *Health psychology: Theory, research and practice* (2nd ed). SAGE.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper and Row
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. D Van Nostrand
- Matarazzo, J. D. (1983). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, & J. A. Herd (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley.
- Mielewczyk, F., & Willig, C. (2007). Old Clothes and an Older Look: The Case for a Radical Makeover in Health Behaviour Research. *Theory & Psychology*, 17(6), 811–837. <https://doi.org/10.1177/0959354307083496>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, social status, and health*. A. de Gruyter.
- Mistry, R., McCarthy, W. J., Yancey, A. K., Lu, Y., & Patel, M. (2009). Resilience and patterns of health risk behaviors in California adolescents. *Preventive Medicine*, 48(3), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.12.013>
- Mitchell, A. (1973). *Life Way and Life Styles, Business Intelligence Program*. SRI international.
- Mitchell, A. (1978). *Consumer Values. A Tipology, Value and Lifestyle Program*. SRI International.
- Mitchell, A. (1982). *Way of Life*. SRI International.
- Mitchell, A. (1983). *The Nine American Lifestyles. Who We Are and Where We're Going*. Macmillan.
- Mize, T. D. (2017). Profiles in health: Multiple roles and health lifestyles in early adulthood. *Social Science & Medicine*, 178, 196–205. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.017>

- Mollborn, S., James-Hawkins, L., Lawrence, E., & Fomby, P. (2014). Health lifestyles in early childhood. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(4), 386–402. <https://doi.org/10.1177/0022146514555981>
- Mollborn, S., & Lawrence, E. (2018). Family, Peer, and School Influences on Children's Developing Health Lifestyles. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 133–150. <https://doi.org/10.1177/0022146517750637>
- Murray, M. (Ed.). (2004). *Critical health psychology*. Palgrave Macmillan.
- Murray, M., & Poland, B. (2006). Health Psychology and Social Action. *Journal of Health Psychology*, 11, 379–384. <https://doi.org/10.1177/1359105306063308>
- Oliverio Ferraris, A. (2001), Il carnevale dell'identità, *Psicologia contemporanea*, 3, pp. 18-25.
- Oliverio Ferraris, A. (2002), *La ricerca dell'identità*, Firenze, Giunti.
- Pakhlok, O. (2013). The Idea of Healthy Lifestyle and Its Transformation Into Health-Oriented Lifestyle in Contemporary Society. *SAGE Open*, 3(3), 2158244013500281. <https://doi.org/10.1177/2158244013500281>
- Pessemier, E. A., & Tigert, D. J. (1966). Personality, activity and attitude predictors of consumer behavior. In J. S. Whright & J. L. Goldstucker (Eds.), *New Ideas for Successful Marketing, American Marketing* (pp. 332–347). American Marketing Association.
- Pulkkinen, L., & Caspi, A. (2002). *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. x, 422). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489761>
- Reimer, B. (1995). Youth and Modern Lifestyle. In J. Fornas & G. Bolin (Eds.), *Youth Culture in Late Modernity*. SAGE.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change*. Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values* (Free Press).
- Saint Onge, J. M., & Krueger, P. M. (2017). Health Lifestyle Behaviors among U.S. Adults. *SSM - Population Health*, 3, 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.009>
- Schutz, H. G., Baird, P. C., & Hawkes, G. R. (1979). *Lifestyles and consumer behavior of older Americans*. Praeger.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 25, pp. 1–65). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6)
- Schwartz, S. H. (1994). Are There Universal Aspects in the Structure and Contents of Human Values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19–45. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x>

- Siegler, I., Kaplan, B., Von Dras, D., & Mark, D. (1999). Cardiovascular health: A challenge for midlife. In S. Willis & J. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 147–157). Academic Press.
- Slama, K. (2010). Tobacco control and health equality. *Global Health Promotion*, 17(1_suppl), 03–06. <https://doi.org/10.1177/1757975909358242>
- Sobel, M. E. (2013). *Lifestyle and social structure: Concepts, definitions, analyses*. Academic Press.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO.
- Stainton Rogers, W. (2012). Changing behaviour: Can critical psychology influence policy and practice? In C. Horrocks & S. Johnson (Eds.), *Advances in health psychology: Critical approaches*. Palgrave Macmillan.
- Starr, M. (2009). *Lifestyle Conformity and Lifecycle Saving: A Veblenian Perspective* (SSRN Scholarly Paper ID 1327624). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.1093/cje/ben020>
- Stebbins, R. A. (1997). Lifestyle as a generic concept in ethnographic research. *Quality and Quantity*, 31(4), 347–360. <https://doi.org/10.1023/A:1004285831689>
- Sweat, M. D., & Denison, J. A. (1995). Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS (London, England)*, 9 Suppl A, S251-257.
- Tomasello, M. (2003). *The cultural origins of human cognition* (4. print). Harvard Univ. Press.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *The Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), 675–691; discussion 691-735. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129>
- Valette-Florence, P. (1994). *Les styles de vie: Bilan critique et perspectives; du mythe à la réalité*. Nathan.
- Veal, A. J. (1993). The concept of lifestyle: A review. *Leisure Studies*, 12(4), 233–252. <https://doi.org/10.1080/02614369300390231>
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und gesellschaft*, Mohr, Tübingen (as: *Economy and Society*, Vol. 2 (G. Roth & C. Wittich, Eds.). University of California.
- Weber, M. (1966). Class, Status and Party. In R. Bendix & S. Lipset (Eds.), *Class, Status, and Power* (The Free Press, pp. 21–28).
- Weber, M. (1978). *Economy and Society*, Vol. 2 (G. Roth & C. Wittich, Eds.). University of California.
- Wells, W. D. (1968). Backward Segmentation. In J. Arndt (Ed.), *Insights into Consumer Behavior* (pp. 85–100). Allyn and Bacon.
- Wells, W. D. (1974). *Life style and psychographics*. American Marketing Association.
- Wells, W. D. (1975). Comment on the Meaning of LifeStyle. In B. B. Anderson (Ed.), *Advances in Consumer Research* (p. 498). Association for Consumer Research.

- Wilson, C. C. (1966). Homemaker Living Patterns and Marketplace Behavior—A Psychometric Approach. In J. S. Wright & J. L. Goldstucker (Eds.), *New Ideas for Successful Marketing* (pp. 305–347). American Marketing Association.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Suhrkamp.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *Noncommunicable diseases: Progress monitor 2020*. WHO.
- Wrzus, C., & Roberts, B. W. (2017). Processes of personality development in adulthood: The TESSERA framework. *Personality and Social Psychology Review*, 21(3), 253–277. <https://doi.org/10.1177/1088868316652279>
- Zizek, S. (2009). *Leggere Lacan. Guida perversa al vivere quotidiano*, Bollati Boringhieri.

2. Studio 1 - Gli stili di vita nel periodo covid: indagine esplorativa cross-sezionale sui fattori psico-sociali²

2.1. Abstract

Molti studi sullo stile di vita si sono concentrati sul Senso di Coerenza (SOC) e sul supporto sociale come variabili distinte. Tuttavia, non è chiaro come queste caratteristiche possano interagire e combinarsi per creare nuovi profili. Il presente studio ha lo scopo di valutare quali cluster emergono dall'interazione tra questi fattori e la relazione con altre variabili dello stile di vita. Esplorerà, inoltre, se l'appartenza ai profili costituisca un fattore di differenziazione per il significato attribuito al cibo. L'approccio Mixed Method consentirà di comprendere meglio i fattori alla base del benessere e di uno stile di vita sano durante il periodo di stress, come la pandemia Covid-19. Lo studio ha coinvolto 1065 soggetti (età media = 44,9 anni; SD = 19,6 anni; 62,5% donne). È stata applicata la Latent Profile Analysis per il SOC e il supporto sociale. Sono stati identificati cinque profili, ciascuno con i propri punteggi combinati di Senso di Coerenza e supporto sociale: Low SOC (n=335), Low Social Support-High SOC (n=246), Low SOC e Social Support (n =112), High SOC e Social Support (n=294), High Social Support (n=74). Sono state poi valutate le differenze per caratteristiche sociodemografiche, benessere, disagio psicologico, capitale sociale e stile di vita. High SOC e Social Support risulta essere il profilo più "salutogenico": presenta infatti maggior benessere, capitale sociale familiare più alto e comportamenti di salute più salutari. L'analisi delle corrispondenze con T-Lab conferma qualitativamente il profilo salutogenico, in merito al significato attribuito all'alimentazione. Identificare profili combinati di SOC e supporto sociale in relazione al benessere psicologico, emotivo e sociale e allo stile di vita è importante per

²**Brivio F.**, Palena N., Viganò A., Paterna, A., Aiolfi I., Rigamonti, M., Fagnani, L., Todaro, M., Greco, A. (2022). Sense of coherence and social support profiles: Associations with Demographic, wellbeing and Lifestyle Indicators, Poster presentato al XXXVI annual conference of the European Health Psychology Society (EHPS), 23-27 Agosto 2022, EHPS

Brivio F., Palena N., Viganò, L., Greco, A. (*in scrittura*). Sense of coherence and social support profiles and associations with wellbeing and lifestyle: a mixed method study, *Appetite*

identificare e chiarire meglio i fattori protettivi sui quali intervenire attraverso programmi su misura.

2.2. Introduzione

Numerosi sono gli studi che mettono in evidenza quanto la pandemia Covid-19 sia stata un fattore di grande impatto sulla salute fisica, psicologica, sociale, economica delle persone e della comunità facendo emergere nuove vulnerabilità o esacerbando quelle esistenti. Innegabile è il cambiamento della quotidianità delle persone e delle loro abitudini, dei modelli di lavoro, la forzatura dell'isolamento domestico, ma anche la percezione dell'altro, anche vicino a sé, come possibile veicolatore di virus. La mancanza di conoscenza rispetto all'andamento del fenomeno, la paura di contrarre il virus, l'isolamento sociale e la costante attenzione mediatica sul numero di contagi hanno creato una condizione potenzialmente stressante e ha favorito condizioni di distress psicologico (Arslan et al., 2020; Capone et al., 2020; Di Renzo et al., 2020; Wang et al., 2020). Quelli documentati riguardano una rilevante presenza di sintomatologia legata a depressione e ansia, disturbi del sonno e insonnia, ma anche sintomi di stress post-traumatico (Cellini et al., 2020; Fiorillo et al., 2020; Gualano et al., 2020; Rossi et al., 2020). Dal punto di vista dei comportamenti di salute emerge in letteratura un'ambivalenza, da una parte infatti, il periodo della pandemia ha portato ad un peggioramento dell'alimentazione e del consumo di fumo e alcool, oltre che una riduzione dell'esercizio fisico (Coulthard et al., 2021; Elmacioğlu et al., 2020; Ingram et al., 2020; Zaccagni et al., 2021; Znazen et al., 2020); dall'altra si è evidenziato un miglioramento e cura nei confronti delle proprie abitudini salutari, spesso giustificate dal rallentamento dei ritmi frenetici, dall'attivazione di strategie di coping adattive e dalla possibilità di avere maggior tempo da dedicare a sé, alla preparazione dei pasti o all'attività fisica (Coulthard et al., 2021; Di Renzo et al., 2020).

Rimane tuttavia aperta e alquanto dibattuta la questione su quali siano i fattori protettivi che abbiano favorito un maggior adattamento della persona in termini di benessere e salute bio-psico-sociale connessa con il proprio stile di vita, considerando il periodo post-lockdown, caratterizzato da un'assenza di confinamento domestico per lungo periodo ma da una serie di restrizioni comportamentali e sociali.

Adottando la prospettiva salutogenica di Antonovsky, l'attenzione del presente studio viene posta sull'esplorazione di quei fattori che contribuiscono a un orientamento di vita sano nonostante le situazioni difficili e potenzialmente stressanti (Antonovsky, 1987). In particolare, ormai una vasta letteratura ha messo in evidenza come il Senso di Coerenza (SOC) rappresenti un fattore di salute importante. Il SOC è stato definito da Antonovsky come " *a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected*" (Antonovsky, 1979, p. 123). Il SOC è una capacità di coping e come tale è un fattore che supporta le persone nell'affrontare situazioni difficili e nel mantenere un sano orientamento alla vita. Il SOC è composto da tre diversi tratti: *significatività* (motivazione ad affrontare lo stress); *comprensibilità* (capacità di comprendere la sfida davanti a sé); e *gestibilità* (convinzione di avere risorse per affrontare la situazione) (Lindström & Eriksson, 2006).

Una revisione sistematica della letteratura ha mostrato che un forte SOC protegga da ansia, depressione, burnout ed è fortemente e positivamente correlato alle risorse di salute come l'ottimismo, la resilienza, la percezione di controllo e il coping in tutte le fasce d'età (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Un numero crescente di studi nazionali e internazionali si sono concentrati sul SOC come risorsa nel contesto specifico della pandemia di Covid-19. In uno studio condotto su un ampio campione di adulti italiani, Barni e colleghi (2020) hanno evidenziato un'associazione positiva e diretta tra SOC e benessere psicologico. Schäfer e colleghi (2020) hanno scoperto che il SOC ha contribuito a predire i cambiamenti nei sintomi psicopatologici dal pre-epidemia di Covid-19 (alla fine di febbraio 2020) al post-epidemia (un mese dopo). I risultati hanno mostrato che i livelli di SOC prima dell'epidemia erano correlati a cambiamenti clinicamente rilevanti nella psicopatologia (cioè, aumenti o diminuzioni).

La letteratura mostra, inoltre, un'associazione tra Senso di Coerenza e comportamenti di salute, chi ha un SOC più forte pare abbia avere meno probabilità di essere fumatore, fisicamente inattivo e presenta un'alimentazione più salutare. Queste associazioni risultano essere indipendenti dall'età, dal sesso, dalla classe sociale e dall'istruzione (Wainwright et al., 2007). Lindmark e colleghi hanno portato avanti uno studio su adulti svedesi, ciò che si evince è che uomini e donne con un punteggio SOC più alto

riportino una maggiore assunzione di scelte alimentari più sane come verdure e cereali integrali (Lindmark et al., 2005). Studi recenti suggeriscono che una serie di fattori relativi ad un alto SOC, l'essere donna, convivere con il proprio partner, avere una maggiore autoefficacia situazionale per un'alimentazione sana e una maggiore flessibilità nei comportamenti alimentari si associno a comportamenti alimentari salutari (Swan et al., 2015).

Accanto alle risorse personali, la ricerca suggerisce che le risorse sociali, come il supporto sociale da parte della famiglia, della comunità e del posto di lavoro, fungono da cuscinetto contro gli eventi avversi della vita e supportano un maggior adattamento e benessere psicologico (Srensen et al., 2011). In una revisione sistematica della letteratura emerge come il supporto sociale sia associato positivamente con l'attività fisica (Scarapicchia et al., 2017). Inoltre, il supporto sociale, in quanto GRR (Risorse di Resistenza Generalizzate) e il Senso di Coerenza sembrano avere una relazione reciproca, il che significa che il supporto sociale migliora i livelli di Senso di Coerenza (Pijpker et al., 2018) e che il Senso di Coerenza si associa a più alti livelli di supporto sociale (Volanen et al., 2004).

Rispetto alle GRR, esse sono descritte da Antonovsky come un'ampia gamma di fattori che facilitano e supportano il coping. Esse sono caratteristiche fisiche, biochimiche, materiali, cognitive, emotive, attitudinali, interpersonali o socioculturali di un individuo o di un gruppo (Antonovsky, 1979). Gli esempi possono includere, tra gli altri, fattori a livello individuale come condizione economica, livello di istruzione, autoefficacia, locus on control e fattori sociali e ambientali come supporto sociale, reti sociali e capitale sociale (Lindström & Eriksson, 2006). Più forte è il SOC di una persona, maggiore è la sua capacità di identificare e utilizzare questi fattori sopra descritti in modo favorevole per perseguire la propria salute (Lindström & Eriksson, 2010).

Oltre al supporto sociale, un'altra GRR che negli ultimi due decenni ha ricevuto grande attenzione (Hawe et al., 2000) in relazione alla salute è il capitale sociale. Attualmente vi è una mancanza di consenso sulla definizione e misurazione di questa variabile (Kawachi et al., 2008). L'origine del concetto risale alle teorie di Bourdieu (1985), Coleman (Forrest & Kearns, 2001) e Putnam (1993). Le definizioni hanno incluso aspetti cognitivi e psicologici, accesso a reti ed esperienze di relazioni definite dalla fiducia reciproca, nonché questioni di capitale e ricchezza (Elgar et al., 2011; Eriksson, 2011).

Nel momento in cui si considera il capitale sociale, è importante fare una distinzione tra le sue due dimensioni: quella di *bonding* e quella di *bridging* (Szreter & Woolcock, 2004). Il capitale sociale bonding si riferisce alle relazioni di fiducia e cooperazione tra membri di un gruppo che appaiono simili in termini di identità sociale; mentre il capitale sociale bridging si riferisce alle connessioni tra individui che sono dissimili rispetto alla loro identità sociale.

Ricerche suggeriscono che il capitale sociale sia associato ad una miglior salute mentale (Lindström, 2004), maggior benessere (Almedom, 2005; Kawachi, 2010) e a comportamenti più salutari dei cittadini (Mohnen et al., 2012). Le persone con reti sociali più forti tendono ad essere più sane e più felici (Marmot et al., 2010); il contatto sociale e il supporto sociale sembrano infatti promuovere una maggiore fiducia in sé stessi e una riduzione dell'isolamento nelle comunità (Friedli & Parsonage, 2009), oltre che un maggior sviluppo di capacità resilienti nei confronti delle avversità (Marmot et al., 2010).

I fattori fin qui descritti, in particolare Senso di Coerenza e supporto sociale sembrano avere una stretta connessione reciproca e con variabili quali il benessere e lo stile di vita della persona. Attualmente, mancano tuttavia studi che abbiano approfondito e indagato se e come il Senso di Coerenza e il supporto sociale possano integrarsi ed interagire tra loro, identificando diversi profili. Inoltre, ci si chiede se questi profili possano influenzare non solo il benessere e i comportamenti di salute ma più in generale il significato attribuito a questi.

Lo stile di vita, infatti, in quanto costituito da pratiche di salute contestualmente situate non può ridursi alla misurazione della quantità di cibo assunto o di esercizio fisico messo in atto; necessita di metodologie di indagine qualitative in grado di cogliere i significati, atteggiamenti e valori che ruotano intorno alle abitudini individuali e sociali (Mielewczyk & Willig, 2007). In particolare, il cibo e le pratiche alimentari sono profondamente intrisi di significati sociali più ampi (Dodds & Chamberlain, 2017). Il modo in cui il cibo viene rappresentato ha il potere di influenzare le esperienze emotive degli individui. Il cibo e il nutrirsi sono evocativi e possono suscitare un'ampia gamma di emozioni (Hormes & Rozin, 2011; Macht, Meiningner, & Roth, 2005; Steenhuis, 2009). Ad esempio, il cibo può essere associato ai ricordi piacevoli del passato e ciò può essere di conforto quando le persone si sentono sole o angosciate (Locher et al., 2005). Oppure può anche essere una fonte significativa di preoccupazione, ansia, senso di colpa e vergogna (Locher et al., 2005; Madden & Chamberlain, 2010; Rodgers et

al., 2011; Rozin et al., 2003; Steenhuis, 2009). Inoltre, le pratiche alimentari sono profondamente intrecciate con le relazioni sociali. Fin dall'infanzia, essere nutriti è sinonimo di ricevere cure, affetto e ricompense dagli altri (Locher et al., 2005; Lupton, 1996; Moisio et al., 2004). La preparazione (Mohd Zahari et al., 2011) e il consumo di cibo insieme (Lawton et al., 2008) possono svolgere un ruolo significativo nel rafforzare i legami sociali e comunitari e possono essere parte integrante di molti eventi, rituali religiosi e celebrazioni tra culture (ad es. Mohd Zahari et al., 2011; Schram, 2007). Come precedentemente evidenziato, diffusi sono gli studi che indagano la relazione tra Senso di Coerenza, supporto sociale e comportamenti di salute; questi stessi studi, tuttavia, considerano i comportamenti di salute prevalentemente in termini numerici come frequenza di azione. Sono invece scarse quelle ricerche che mettono in connessione SOC e supporto sociale con i significati e rappresentazioni attribuiti alle pratiche di salute. Da tale mancanza, prendono vita gli obiettivi della presente ricerca.

Il presente studio

Molti studi si sono concentrati sul Senso di Coerenza (SOC) e sul supporto sociale come fattori isolati per promuovere uno stile di vita salutogenico. Tuttavia, non risulta chiaro come queste caratteristiche possano interagire e si possano combinare per creare nuovi profili. Il presente studio si pone come primo scopo quello di valutare quali profili emergono dall'interazione tra questi fattori e la relazione con altre variabili dello stile di vita e benessere. A partire dall'analisi della letteratura, si propongono tale ipotesi:

H1: profili con più alto Senso di Coerenza e supporto sociale si associano a maggior benessere, minor distress, più alto capitale sociale e comportamenti di salute più salutari.

H2: profili con basso Senso di Coerenza e supporto sociale sono associabili a maggior distress, minor benessere, maggior distress, un capitale sociale più basso e comportamenti di salute legati ad esercizio fisico, alimentazione, fumo e assunzione di alcool meno salutari.

Un secondo obiettivo sarà quello di indagare il significato attribuito al cibo e la possibile associazione con l'appartenenza ai profili identificati, frutto dell'integrazione tra Senso di Coerenza e supporto sociale. La domanda esplorativa alla base è "i profili nati dalla combinazione e integrazione di Senso di Coerenza e supporto sociale

rappresentano una variabile discriminante per differenziare il significato che le persone attribuiscono al cibo?”.

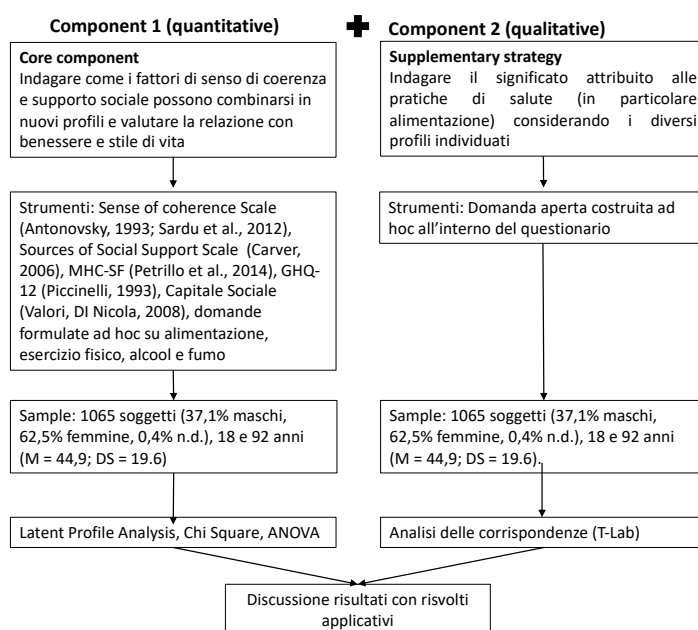
2.3. Metodo

Design dello studio

Lo studio è basato sul mixed method, ovvero secondo un disegno quantitativo-qualitativo, in cui la componente principale è di tipo quantitativo, mentre la strategia supplementare è di tipo qualitativo. Di seguito nella Figura 1 si illustra il diagramma di flusso dello studio (Morse & Cheek, 2014; Morse & Niehaus, 2009).

È stato scelto un approccio mixed method per due principali ragioni: la prima perché esso consente di espandere maggiormente e su più livelli la comprensione del fenomeno considerato, in secondo luogo consente una triangolazione, ovvero una valutazione della misura in cui i risultati qualitativi e quantitativi si corroborano a vicenda (Martial et al., 2021; Morse, 2018; Shorten & Smith, 2017). I dati quantitativi e qualitativi sono stati raccolti contemporaneamente, analizzati in modo indipendente e successivamente integrati nella discussione della ricerca (Morse & Niehaus, 2009). I dati quantitativi sono stati utilizzati per rispondere a domande sulla costruzione dei profili, sui fattori psico-sociali e sui comportamenti di salute misurabili, mentre i dati qualitativi sono stati utilizzati per ampliare la comprensione sui significati che le persone attribuiscono all'alimentazione.

FIGURA 1 | Diagramma Mixed Method



Procedura

I dati sono stati raccolti mediante questionario somministrato online, attraverso Google Moduli nel periodo tra Novembre e Dicembre 2021. La condivisione è avvenuta tramite studenti universitari e social. Dopo aver fornito e sottoscritto il consenso informato, i partecipanti hanno potuto compilare il questionario seguendo le istruzioni fornite. La partecipazione è stata su base volontaria, non è stata infatti corrisposta alcuna ricompensa per la partecipazione allo studio. La ricerca è stata condotta in conformità con l'art. Dichiarazione di Helsinki (Associazione medica mondiale (WMA), 2004) e con le linee guida etiche per la ricerca fornite dall'Associazione Italiana di Psicologia (Associazione Italiana di Psicologia, 2015). Tutti i dati erano anonimi.

Strumenti

Sense of Coherence Scale

Il Senso di Coerenza (SOC) rappresenta un concetto chiave all'interno del quadro salutogenico di Antonovsky, per lo sviluppo della salute ed è definito come *orientamento nei confronti della vita* e comprende le capacità e motivazioni del soggetto nel far fronte a situazioni stressanti (Antonovsky, 1987).

La Sense of Coherence Scale (SOC) (Antonovsky, 1993; Sardu et al., 2012) è una misura self-report di 13 item. Essa è composta da tre sottoscale, ovvero comprensibilità (cinque item, es. *le succede di provare sentimenti che preferirebbe non provare?*), gestibilità (quattro item, es. *è capitato che persone su cui contava l'abbiano delusa?*) e significatività (quattro item, es. *ha la sensazione che non le importi quello che accade intorno a lei?*); è inoltre possibile calcolare un punteggio totale. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di comprensibilità, gestibilità e significatività. Tutte le risposte sono state date su una scala Likert a 7 passi, in cui le alternative si presentavano semanticamente diverse, la maggior parte variavano da 1 "molto raramente o mai" a 7 "molto spesso".

La Scala breve sul Senso di Coerenza è stata validata in italiano da diversi autori (Barni & Tagliabue, 2005; Sardu et al., 2012), ma risulta tutt'ora in discussione la struttura fattoriale interna. Validazioni di altri paesi hanno confermato il modello a tre fattori, conservando i 13 item (ad esempio Mafla et al., 2021); perciò in un'ottica conservativa e di maggior rispecchiamento rispetto alla teoria di riferimento delle tre componenti (comprensibilità, gestibilità, significatività) si è proceduto con l'analisi fattoriale confermativa per testare l'adattamento della dimensionalità teorica delle tre scale ai dati empirici. In generale, un χ^2 non significativo, CFI pari o superiori a .90 e RMSEA e SRMR pari o inferiori a .08 indicavano un adattamento accettabile. Tuttavia, il χ^2 risulta molto sensibile alla dimensionalità del campione, per cui in caso di significatività dello stesso, si procede alla valutazione degli altri indici (Hu & Bentler, 1999). La scala ha mostrato una buona consistenza interna nel campione attuale ($\chi^2 = 519$ $p < .001$, CFI=.90, SRMR=.05, RMSEA=.085). Tuttavia, si è reso necessario correlare tra loro gli errori di alcuni item, in particolare, l'item 12 con l'item 13 e l'item 11 con l'item 9. Tale soluzione è già stata adottata da altri autori che hanno utilizzato questa scala (Gana & Garnier, 2001; Rasku, 1998). Inoltre, il coefficiente alfa di Cronbach per le tre sottoscale è risultato accettabile (comprensibilità alfa=.71; gestibilità alfa=.67; significatività alfa=.63).

Sources of Social Support Scale (SSSS)

La versione della Sources of Social Support Scale (SSSS) utilizzata nella presente indagine empirica è la rivisitazione della scala sviluppata da Carver (Carver, 2006).

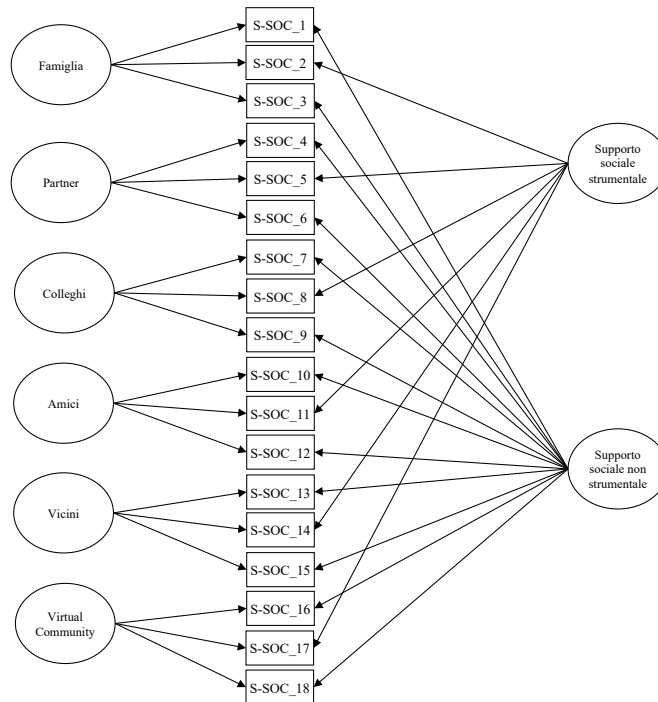
Il questionario originale, costituito da dieci item indaga la fonte di supporto sociale da parte del coniuge su quattro domini: il supporto informativo, il supporto strumentale,

ciascuno valutato da un item, il supporto emotivo, valutato da sei item, e il supporto negativo, indagato tramite due item. L'autore prevede anche la possibilità di utilizzare un modello a due fattori: supporto strumentale e non strumentale (Carver, 2006).

Il questionario è stato utilizzato in letteratura per indagare altre fonti di supporto, ad esempio Brunsting e colleghi (2021) oppure Greco e colleghi (2013). Ai fini del presente lavoro la scala è stata adattata e il supporto sociale percepito è stato valutato con 18 item, per ciascuno di queste relazioni – familiari, coniuge, colleghi, amici, vicini e virtual community. Le risposte sono state codificate su una scala da 1 (per nulla) a 5 (completamente). Quindi, all'interno di questo studio, non abbiamo limitato il supporto sociale al coniuge, come avvenuto per Carver (2006) ma, adottando un'ottica il più possibile eco-sistemica abbiamo valutato diverse fonti di supporto sociale, considerato appunto in termini strumentali e non strumentali ovvero rispettivamente quanto la persona percepisce il supporto dal punto di vista dell'affidamento e aiuto in caso di problematiche rilevanti (es. *“Quanto può fare affidamento su di loro se ha un problema serio?”*) oppure quanto la persona percepisce supporto dal punto di vista emotivo (es. *“Quanto riescono a comprendere come si sente riguardo alle cose?”*; *“Quanto può aprirsi con loro se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?”*). Dal momento che il questionario è stato utilizzato per indagare sia le fonti di supporto sociale che la tipologia di supporto ricevuto, per poter valutare la consistenza interna della scala adattata e le proprietà psicometriche di questa misura complessa, si è considerata la possibilità di adottare una Bifactor CFA, come suggerito da Reise (2012). Una delle principali virtù del modello bifattoriale è che consente ai ricercatori di mantenere l'obiettivo di misurare uno o due fattori latenti comuni, ma anche modellare e quindi controllare la varianza che si verifica a causa di ulteriori fattori specifici. In questa tipologia di analisi i pesi degli item sul fattore generale e su uno dei fattori specifici sono stimati liberamente mentre i loro pesi incrociati sugli altri fattori specifici sono vincolati a zero. Il modello è di tipo ortogonale, quindi le correlazioni tra i fattori specifici e il/i fattori generali sono tutte vincolate a zero (Rajabi et al., 2020; Jiménez et al., 2022).

Il modello che è stato testato, come si evince dalla Figura 2, prevedeva come fattori generali la tipologia di supporto sociale, ovvero strumentale e non strumentale e come fattori specifici le fonti di supporto ovvero familiare, del coniuge, dei colleghi, amici, vicini e virtual community.

FIGURA 2 | Bifactor Model CFA per *Sources of Social Support Scale (SSSS)*



La Bifactor CFA è stata condotta mediante software MPLUS 7, impostando robust maximum likelihood estimator (Muthén & Muthén, 2008).

Non essendo scopo specifico dello studio quello di indagare la struttura fattoriale della scala, si riportano di seguito solo gli indici di fit ottenuti, che risultano essere adeguati per poter accettare il bifactor model con due fattori generali e sei specifici, infatti $\chi^2 = 174$ $p < .001$; CFI e TLI sono pari a .99; RMSEA e SRMR ottenuti sono .03 e .02.

L'attendibilità della scala per il campione della ricerca è adeguata. L'alfa di Cronbach, infatti, va da .94 a .82 per i sei fattori specifici (famiglia $\alpha = .82$; coniuge $\alpha = .91$; colleghi $\alpha = .91$; amici $\alpha = .90$, vicini $\alpha = .93$; virtual community $\alpha = .94$) e .59 e .78 per i fattori generali supporto sociale strumentale e non strumentale.

Mental Health Continuum – Short Form (MHC – SF)

Il MHC-SF è una scala che valuta il benessere psicologico, sociale ed emotivo sviluppata da Keyes (2008, 2009). La versione italiana è stata validata da Petrillo e colleghi (2014). Il questionario è composto da 14 item suddiviso in tre sottoscale: benessere emotivo (EWB; item 1-3, es. *Ti sei sentito felice*) definito in termini di affetto/soddisfazione positiva per la vita; benessere sociale (SWB; item 4-8, es. *hai*

sentito di poter fare qualcosa di importante per la società) che si riferisce a quanto le persone percepiscono di stare bene nel proprio contesto sociale (Keyes et al. 2008); e (c) benessere psicologico (PWB; item 9-14, es. *ti sei sentito bene nel gestire le responsabilità della tua vita quotidiana*). Le risposte della MHC-SF si distribuiscono su una scala Likert a 5 massi da 1 (mai) a 5 (ogni giorno). Mediante CFA abbiamo verificato la consistenza interna, che risulta adeguata a tre fattori ($\chi^2 = 581$ $p < .001$, CFI=.91; TLI=.90, SRMR=.06; RMSEA=.08, alfa di Cronbach = .87); per le sottoscale SWB e EWB l'alfa di Cronbach è pari a .75 e .81 per la sottoscala PWB .85.

General Health Questionnaire (GHQ-12)

Il General Health Questionnaire è stato proposto da Goldberg nel 1992 per valutare la comune sintomatologia associabile ai disturbi mentali. La scala è composta da 12 item e la versione italiana è stata validata da Piccinelli e colleghi (1993). Le risposte si distribuiscono su una scala Likert a 4 passi da 1 (meno del solito) a 4 (più del solito). Il questionario è composto da 2 sottoscale: disforia generale (6 item, es. *nelle ultime due settimane si è sentito costantemente sotto pressione?*) e funzionamento sociale (6 item, es. *nelle ultime due settimane si è sentito in grado di ritagliarsi del tempo libero e goderne?*). Mediante CFA è stata valutata la validità interna che risulta adeguata per i due fattori previsti ($\chi^2 = 348$ $p < .001$; CFI=.93; TLI=.92; SRMR=.05; RMSEA=.07); per la sottoscala disforia generale l'alpha di Cronbach è pari a .83, per la sottoscala funzionamento sociale alpha di Cronbach è a .71.

Capitale Sociale

Per indagare il capitale sociale è stata utilizzata una rivisitazione dell'intervista strutturata formulata da Di Nicola e colleghi (2008). Il capitale sociale viene indagato attraverso 5 sottoscale:

1. Capitale sociale familiare: percezione di fiducia e reciprocità, per le funzioni bonding e bridging, delle relazioni tra i membri conviventi della famiglia (2 item: *Quanta fiducia ha nei familiari con i quali convive? In caso di bisogno, negli ultimi tempi, con quale frequenza lei è stato aiutato da familiari con i quali convive?*)
2. Capitale sociale di parentela: indicatori della quantità di fiducia e di sostegno reciproco all'interno delle reti costituite da parenti non conviventi (2 item: *Quanta fiducia ha nei suoi parenti non conviventi? In caso di bisogno, negli ultimi tempi, con quale frequenza lei è stato aiutato da parenti non conviventi?*);

3. Capitale sociale comunitario allargato: misurato a partire dalla quantità di aiuto reciproco presente all'interno delle reti amicali, di vicinato, colleghi di lavoro. È indagato con 3 item (es. *In caso di bisogno, negli ultimi tempi, con quale frequenza lei è stato aiutato da amici?*);
4. Capitale sociale associativo: rilevato attraverso indicatori di aiuto reciproco e di fiducia, sia bonding che bridging, presenti all'interno della rete associativa (2 item: *Pensi all'associazione che frequenta maggiormente. Quanta fiducia ha nei membri dell'associazione? In caso di bisogno, negli ultimi tempi, con quale frequenza lei è stato aiutato da membri dell'associazione che frequenta maggiormente?*);
5. Capitale sociale generalizzato: misurato dal grado di fiducia interpersonale generalizzata e di fiducia nella capacità di mediazione tra gli individui svolta dalle istituzioni (2 item: *Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione: gran parte della gente è degna di fiducia? Secondo lei, le istituzioni pubbliche aiutano la gente ad avere fiducia reciproca?*).

La scala di risposta è distribuita su 5 passi, per le domande sulla fiducia le opzioni andavano da 1= Non ha mai fiducia a 5= Ha sempre fiducia; per i quesiti sulla frequenza di aiuto e su quanto le Istituzioni aiutano ad avere fiducia le opzioni andavano da 1= mai a 5=sempre; infine, per il secondo quesito relativo al capitale sociale generalizzato il partecipante poteva esprimere il suo grado di accordo da 1= per niente d'accordo a 5=completamente d'accordo.

Per tutti gli indici è stato calcolato il punteggio medio. Successivamente si è proceduto a costruire una versione ordinale dello stesso indice: intervallo 1-2 (estremi inclusi) = 1 "basso"; intervallo 2-4 (estremo inferiore escluso e superiore incluso) = 2 "medio"; intervallo 4-5 (estremo inferiore escluso e superiore incluso) = 3 "alto".

Non essendo una scala validata si è proceduto effettuando prima un'analisi esplorativa (EFA) e poi confermativa (CFA). La tabella 1 riporta i risultati relativi all'analisi fattoriale esplorativa, effettuate con il metodo dei fattori comuni, con l'applicazione della rotazione promax degli assi fattoriali.

La soluzione finale dell'analisi fattoriale ha confermato l'emergere dei 5 fattori, riportati a livello teorico.

TABELLA 1 | Struttura fattoriale, correlazione item-scala totale e coefficiente di attendibilità alpha di Cronbach della scala sul Capitale Sociale

Item	Saturazione su F1	Saturazione su F2	Saturazione su F3	Saturazione su F4	Saturazione su F5	rit
FID_1	0,82	0,01	0,06	-0,12	0,05	0,87
FREQSUP_1	0,75	0,01	-0,07	0,17	-0,05	0,92
FID_3	0,04	0,64	0,07	-0,12	0,09	0,84
FREQSUP_2	-0,00	0,83	-0,05	0,08	-0,09	0,90
FID_4	0,01	0,05	0,83	-0,08	0,04	0,90
FREQSUP_7	-0,02	-0,05	0,65	0,20	-0,07	0,87
FREQSUP_3	0,03	0,02	0,04	0,56	0,01	0,78
FREQSUP_4	-0,10	0,18	-0,01	0,42	0,10	0,67
FREQSUP_5	0,06	-0,12	0,04	0,56	0,01	0,74
FIDGEN_1	0,01	0,00	-0,02	0,07	0,67	0,86
FIDGEN_2	-0,01	-0,01	0,00	-0,01	0,63	0,83
<i>Varianza spiegata da F1 = 22,12%</i>			<i>Alpha = 0,74</i>			
<i>Varianza spiegata da F2 = 10,13%</i>			<i>Alpha = 0,67</i>			
<i>Varianza spiegata da F3 = 8,31%</i>			<i>Alpha = 0,72</i>			
<i>Varianza spiegata da F4 = 5,05%</i>			<i>Alpha = 0,56</i>			
<i>Varianza spiegata da F5 = 3,62%</i>			<i>Alpha = 0,60</i>			

La varianza spiegata dai cinque fattori estratti dopo la rotazione degli assi fattoriali è pari a 49,23%, rispettivamente 22,12%, 10,13%, 8,31%, 5,05% e 3,62% per i cinque fattori. Le saturazioni sul primo fattore variano da .75 a .82, da .64 a .83 sul secondo fattore, da .65 a .83 sul terzo fattore, da .42 a .56 per il quarto fattore e infine da .63 a .67 per il quinto fattore.

Mediante CFA è stata valutata la validità interna che risulta adeguata per i cinque fattori previsti ($\chi^2 = 169$ $p < .001$; CFI=.94; TLI=.91; SRMR=.03; RMSEA=.06). I coefficienti di attendibilità alpha di Cronbach sono accettabili. L'alpha di Cronbach è pari a .74 sul primo fattore, .67 sul secondo fattore, .72 sul terzo fattore, .56 sul quarto fattore e infine .60 sul quinto. Le correlazioni item-scala totale sono piuttosto elevate, variando da .87 a .92 sul primo fattore, da .84 a .90 sul secondo fattore, sono pari a .90 e .87 sul terzo fattore, variano da .67 a .78 sul quarto fattore e infine risultano .86 e .83 sul quinto fattore.

Comportamenti di salute legati allo stile di vita

I comportamenti di salute sono stati esplorati attraverso domande formulate ad hoc. La scala di risposta considerava la frequenza con cui un determinato comportamento è stato messo in atto nell'ultimo mese da 1=mai a 7=più volte al giorno. Le istruzioni

iniziali sono state “*Se ripensa all’ultimo mese. Con che frequenza ha messo in atto tali pratiche?*”, mentre le pratiche considerate riguardano: esercizio fisico (4 item, es. *esercizio fisico da solo*), alimentazione (2 item, es. *assunto cibo salutare (es. frutta e verdura)*), consumo di alcool (1 item), fumo (1 item) (Tanaka et al., 2020). In particolare, per l’esercizio fisico si è proceduto a costruire una versione ordinale dello stesso indice: intervallo 1-2 (estremi inclusi) = 1 "inattivo"; intervallo 2-4 (estremo inferiore escluso e superiore incluso) = 2 "moderatamente attivo"; intervallo 4-7 (estremo inferiore escluso e superiore incluso) = 3 "attivo".

Significato attribuito all'alimentazione

Al fine di indagare il significato attribuito all'alimentazione da parte dei soggetti partecipanti, è stata formulata una domanda aperta “*Cosa rappresenta il cibo per me?*”. Una formulazione simile è già stata utilizzata in letteratura per indagare i medesimi scopi (Arbit et al., 2017). Un quesito narrativo, di tipo esplorativo, ha consentito di non vincolare il soggetto a significati precostituiti e di far emergere rappresentazioni del cibo qualitativamente differenti (Willig & Stanton-Rogers, 2017).

Campione

Sono stati coinvolti 1065 soggetti di età compresa tra i 18 e i 92 anni ($M = 44,9$; $DS = 19,6$). Il 62,5% erano femmine e 37,1% erano maschi, lo 0,4 % non ha voluto specificare il proprio sesso. Essendo una percentuale così residuale, si è deciso di escluderli dalle successive analisi. Il numero di soggetti considerati nel presente studio è quindi in totale 1061. I criteri di inclusione del campione erano essere maggiorenni e la comprensione della lingua italiana.

Analisi statistiche

Latent Profile Analysis

I profili sono stati ottenuti mediante la Latent Profile Analysis (LPA), in base ai punteggi dei partecipanti per il Senso di Coerenza (SOC) e il supporto sociale. L’analisi è stata condotta mediante software MPLUS 7. La scelta di combinare questi due fattori è legata al provare a considerare profili complessi di persone, in cui la dimensione individuale e sociale si intreccia e integra. Lo scopo era quello di ottenere gruppi omogenei ed esplorare se differissero quantitativamente e/o qualitativamente.

Abbiamo valutato cinque diversi modelli, da una soluzione a un profilo fino a una soluzione a cinque profili. Come stimatore, abbiamo selezionato Robust Maximum Likelihood (Yuan e Bentler, 2000). Con la LPA c'è il rischio che si ottengano soluzioni non affidabili a causa dei massimi locali. Per ridurre tale rischio, abbiamo selezionato 1.000 valori iniziali casuali e 250 ottimizzazioni della fase finale. Per confrontare gli adattamenti dei diversi modelli, abbiamo utilizzato la probabilità Log, l'Akaike Information Criteria (AIC), il Bayesian Information Criteria (BIC), il BIC aggiustato per il campione (SABIC). Valori più bassi indicano un migliore fit. Inoltre, abbiamo calcolato l'entropia, che è un'indicazione della bontà della soluzione del profilo nel classificare gli individui nei diversi gruppi. Valori di entropia più grandi si associano ad una migliore classificazione. Infine, abbiamo utilizzato il test di Lo-Mendell-Rubin, che confronta una soluzione con la precedente soluzione k-1. In breve, questo test esamina se una soluzione meno parsimoniosa è migliore della soluzione precedente, più parsimoniosa. Un valore non significativo indica che non sono presenti differenze tra i due modelli, suggerendo che dovrebbe essere selezionato il modello con meno profili.

Analisi delle corrispondenze

L'analisi testuale delle risposte alla domanda aperta sulla rappresentazione personale del cibo è stata effettuata mediante software T-Lab, che consente un'analisi a livello linguistico lessicale. Il software T-LAB basa le sue analisi su due processi: l'occorrenza, cioè il calcolo di quante volte (frequenze) occorre una singola unità lessicale all'interno di un intero corpus o all'interno di ogni unità di contesto in cui il corpus è suddiviso e la co-occorrenza, ossia il calcolo di quante volte due o più unità lessicali si presentano insieme nella stessa porzione di testo, cioè all'interno di un contesto elementare (un paragrafo, un segmento di una frase o una frase) (Lancia, 2012).

In particolare, attraverso l'analisi delle Corrispondenze è stato possibile cogliere le interdipendenze tra i diversi lemmi, ovvero le relazioni ricorrenti all'interno del testo. Più nel dettaglio, sono state esplorate i rapporti di mutua somiglianza e differenza lessicale tra i cinque diversi profili individuali mediante la Latent Profile Analysis. L'analisi delle Corrispondenze descrive le relazioni tra le unità semantiche (lemmi) e la variabile che divide il corpus (cioè i profili). I risultati di questa analisi consistono in una matrice che riporta i lemmi in riga e le variabili in colonne.

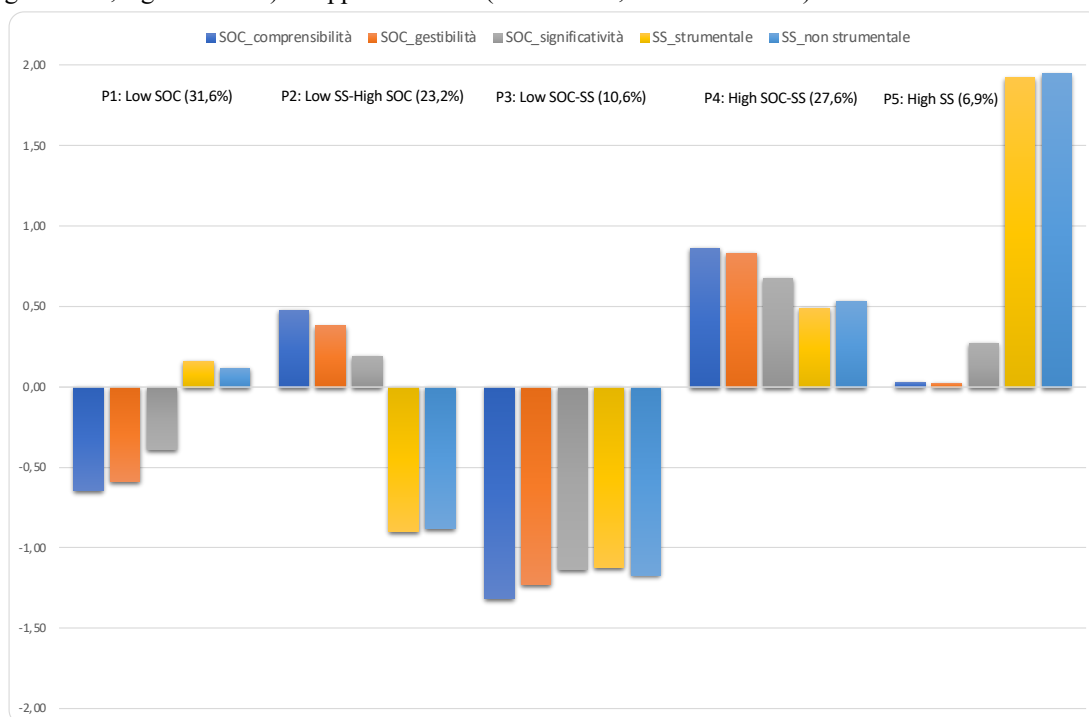
Attraverso questa metodologia di analisi è possibile mettere in luce i fattori che spiegano la varianza tra le variabili. Il significato di questi fattori è interpretato sulla base dei valori soglia dei loro elementi costitutivi (ovvero i lemmi e i quattro livelli della variabile considerata) (Lancia, 2004).

2.4. Risultati

Latent Profile Analysis

Prima di procedere con la LPA, tutte le variabili selezionate sono state standardizzate. La probabilità logaritmica, AIC, BIC e SABIC erano tutti inferiori per la soluzione a sette profili. Tuttavia, questa soluzione presentava risultati al test LMR non significativi. La seconda soluzione è stata quella a sei profili, benchè la probabilità logaritmica, AIB, BIC e SABIC fossero tutti inferiori, LMR test risultava non significativo. La terza soluzione, valutata come migliore è stata quella a cinque profili, che mostrava anche un test LMR significativo. Ciò indica che la soluzione a cinque profili ha prestazioni migliori rispetto alle soluzioni a 6 o 7 profili. L'entropia di questa soluzione a cinque profili era di .81, tale valore è da considerarsi buono, indica infatti una buona separazione tra le classi latenti (Muthén, 2021). Abbiamo quindi scelto questa soluzione. L'adattamento ottenuto per le Analisi del profilo latente è riportato nella Tabella 2, mentre la Tabella 3 riporta i dati demografici e i punteggi variabili per ciascun profilo. Il grafico dei profili è illustrato nella Figura 3.

FIGURA 3 | Latent Profile Analysis Plot che descrive i punteggi di Senso di Coerenza (comprensibilità, gestibilità, significatività) e supporto sociale (strumentale, non strumentale).



Note: I punteggi delle cinque variabili che costituiscono i profili sono riportati come punteggi Z e la loro deviazione dalla media generale.

Poiché i profili sono definiti con z-score, lo z-score di ciascun profilo su una variabile specifica indica la distanza tra la media del profilo e la media campionaria totale (Scholte et al., 2005). Tali intervalli, sebbene espressi come unità di deviazione standard, possono essere interpretati come dimensioni dell'effetto in modo simile a come vengono interpretate le d di Cohen (Steca et al., 2016): effetto piccolo (0,2), effetto medio (0,5) e effetto grande (0,8).

Il profilo 1 (nominato “Low Sense of Coherence” – Low SOC) si differenzia per aver ottenuto un punteggio basso per la comprensibilità, gestibilità e significatività, ossia le tre scale del Senso di Coerenza. Questo profilo è composto da 335 partecipanti (circa il 31,6% del campione totale).

Il profilo 2 (nominato “Low Social Support-High Sense of Coherence” – Low SS-High SOC) (246 soggetti, 23,2% del campione totale) ha ottenuto un punteggio alto per la comprensibilità, gestibilità e significatività, ma basso per il supporto sociale strumentale e non strumentale.

Per quanto riguarda invece il profilo 3 (nominato “Low Sense of Coherence and Social Support” – Low SOC-SS), composto da 112 soggetti (10,6% del campione totale), si

evidenzia un punteggio basso per tutte le variabili, comprensibilità, gestibilità, significatività, supporto sociale strumentale e non strumentale.

Passando invece al profilo 4 (nominato “High Sense of Coherence and Social Support” – High SOC-SS) (294 soggetti, 27,6% del campione), esso ha ottenuto alti punteggi per tutte le variabili (comprensibilità, gestibilità e significatività e supporto sociale strumentale e non strumentale).

Infine, il profilo 5 (nominato “High Social Support” – High SS), composto da 74 soggetti (6,9% del campione) si differenzia per un supporto sociale strumentale e non strumentale elevato.

TABELLA 2 | Modello Latent profile analysis e indici di fit

Model	Log likelihood	AIC	BIC	SABIC	Entropy	Smallest class%	LMR p	LMR meaning
1	-7561,07	15142,139	15191,846	15160,085		-	-	
2	-7077,972	14187,945	14267,476	14216,658	0,75	44,32	<.001	2>1
3	-6923,546	13891,091	14000,448	13930,572	0,76	23,19	<.001	3>2
4	-6749,558	13555,117	13694,297	13605,364	0,76	14,83	0,044	4>3
5	-6597,425	13262,85	13431,855	13323,865	0,81	6,95	<.01	5>4
6	-6498,809	13077,618	13276,447	13149,4	0,81	6,57	0,08	6<5
7	-6424,686	12941,372	13170,026	13023,921	0,83	3,67	0,09	7<6

n = 1061. AIC, Criterio informativo Aikake; BIC, criterio di informazione bayesiano; SABIC, criterio di informazione rettificato del campione; Test LMR, Lo, Mendell e Rubin; Significato LMR = < indica che la soluzione meno parsimoniosa non è migliore della soluzione più parsimoniosa, mentre > indica il contrario.

TABELLA 3 | Caratteristiche demografiche di ciascuno dei 5 profili.

	Low SOC (%)	Low SS-High SOC (%)	Low SOC-SS (%)	High SOC-SS (%)	High SS (%)
N Tot	335 (31,6%)	246 (23,2%)	112 (10,6%)	294 (27,6%)	74 (6,9%)
N maschi	111 (10,5%)	110 (10,4%)	34 (3,2%)	122 (11,5%)	18 (1,7%)
N femmine	224 (21,1%)	136 (12,8%)	78 (7,4%)	172 (16,2%)	56 (5,3%)
Mage	39,07	49,24	40,96	47,90	51,58
Coniugato/convivente	160 (47,8%)	139 (56,7%)	53 (46,9%)	185 (62,9%)	34 (45,9%)
Single	141 (42,1%)	60 (24,3%)	44 (39,8%)	62 (21,1%)	21 (28,4%)
Separato/divorziato	20 (5,9%)	24 (9,7%)	9 (8,0%)	26 (8,8%)	4 (5,4%)
Vedovo/a	14 (4,2%)	23 (9,3%)	6 (5,3)	21 (7,1%)	15 (20,3%)
SOC-Comprensibilità	-0,65	0,48	-1,31	0,86	0,03
SOC-Gestibilità	-0,59	0,38	-1,23	0,83	0,03
SOC-Significatività	-0,39	0,20	-1,14	0,68	0,27
Supporto sociale strumentale	0,16	-0,90	-1,12	0,49	1,92
Supporto sociale non strumentale	0,12	-0,88	-1,17	0,53	1,94

I punteggi delle cinque variabili che costituiscono i profili (Comprensibilità, gestibilità, significatività, supporto sociale strumentale e non strumentale) sono riportati come Z-score. Le percentuali sono riportate rispetto al totale del campione.

Dopo l'identificazione dei profili, sono state eseguite una serie di test per confrontare le variabili psicologiche e sociali con i profili. L'appartenenza al profilo è stata utilizzata come variabile indipendente e le variabili psicologiche, sociali e di comportamenti di salute sono state considerate variabili dipendenti.

Nella Tabella 4 vengono mostrati i risultati delle analisi χ^2 , condotte mediante software SPSS 25, che hanno rivelato differenze significative tra i cinque profili in termini di genere, stato civile, istruzione, reddito ed esercizio fisico. Per meglio confrontare i diversi gruppi sono stati calcolati i residui adattati, espressione della differenza tra i valori osservati e valori attesi. Valori maggiori di $|2|$ sono indicatori del rifiuto dell'ipotesi nulla e quindi dell'indipendenza tra le due variabili. Gli uomini sono sovrarappresentati nei gruppi "High Sense of Coherence" e "High Sense of Coherence and Social Support", mentre le donne sono più rappresentate nel profilo "High Social Support" seguito da "Low Sense of Coherence and Social Support". Per quanto riguarda lo stato civile, le persone coniugate sono sovrarappresentate nel profilo "High Sense of Coherence and Social Support", i single sono sovrarappresentati nel profilo "Low Sense of Coherence", le persone separate/divorziate nel profilo "Low Social Support-high Sense of Coherence", mentre i vedovi/e sono sovrarappresentati nel profilo "high Social Support". Rispetto al grado di istruzione, dalla Tabella 4 emerge come le persone con licenza elementare, chi ha diploma di scuola professionale e laurea breve sono sovrarappresentati nel profilo "High Social Support"; mentre i soggetti con licenza media sono sovrarappresentati nel profilo "Low Social Support-high Sense of Coherence", i diplomati di scuola superiore, insieme alle lauree di tipo umanistico risultano sovrarappresentati nel profilo "low Sense of Coherence and Social Support"; infine chi ha una laurea in materie scientifiche è sovrarappresentato nel profilo "high Sense of Coherence and Social Support".

Considerando invece la variabile reddito, si evidenzia come chi ha basso reddito (sotto i 15.000) risulta essere sovrarappresentato nel profilo "low Sense of Coherence and Social Support", chi ha invece un alto reddito (sopra i 61.000) sembra essere sovrarappresentato nel profilo "high Sense of Coherence and Social Support", per quanto riguarda i redditi "intermedi", i soggetti che dichiarano un reddito tra 16.000 e 29.000 e tra i 30.000 e i 40.000 sono sovrarappresentati nel profilo "high Social Support", mentre coloro che si collocano tra i 41.000 e i 60.000 risultano sovrarappresentati nel profilo "Low Social Support-high Sense of Coherence".

Per quanto riguarda l'esercizio fisico, il profilo "Low Sense of Coherence and Social Support" risulta essere sovrarappresentato da soggetti inattivi, il profilo "High Social Support" da soggetti moderatamente attivi e il profilo "High Sense of Coherence and Social Support" dai soggetti attivi.

Infine, considerando la variabile del capitale sociale (famigliare, di parentela, comunitario allargato, associativo e generalizzato), il profilo "Low Sense of Coherence and Social Support" risulta essere sovrarappresentato da soggetti con basso-medio capitale sociale famigliare, basso capitale sociale di parentela, associativo e generalizzato. Il profilo "high Social Support", in contrapposizione, è sovrarappresentato da soggetti con alto capitale sociale famigliare, di parentela, comunitario allargato, generalizzato e medio capitale sociale associativo. Rispetto agli altri profili, si può notare che "high Sense of Coherence and Social Support" sia sovrarappresentato dai partecipanti alla ricerca con medio capitale sociale generalizzato; mentre i profili "low Sense of Coherence" e "Low Social Support-high Sense of Coherence" siano rispettivamente sovrarappresentati da soggetti con capitale sociale di parentela e comunitario allargato medio e capitale sociale comunitario allargato basso.

TABELLA 4 | Analisi χ^2 significative per la soluzione finale a cinque profili per genere, stato civile, istruzione, reddito, esercizio fisico: percentuali e residui adjusted.

Variabile	Profili					χ^2
	Low SOC	Low SS-High SOC	Low SOC-SS	High SOC-SS	High SS	
	% (Adj)	% (Adj)	% (Adj)	% (Adj)	% (Adj)	
Genere						18,13***
Maschi	33,1 (-1,9)	44,7 (2,8)	30,4 (-1,6)	41,5 (1,8)	24,3 (-2,4)	
Femmine	66,9 (1,9)	55,3 (-2,8)	69,6 (1,6)	58,5 (-1,8)	75,7 (2,4)	
Stato Civile						64,30***
Coniugato/convivente	47,8 (-2,7)	56,5 (1,0)	47,3 (-1,5)	62,9 (3,7)	45,9 (-1,4)	
Single	42,1 (5,4)	24,4 (-2,5)	39,3 (2,0)	21,1 (-4,3)	28,4 (-0,5)	
Separato/divorziato	6,0 (-1,5)	9,8 (1,3)	8,0 (0,1)	8,8 (0,8)	5,4 (-0,8)	
Vedovo/a	4,2 (-2,8)	9,3 (1,3)	5,4 (-0,9)	7,1 (-0,2)	20,3 (4,4)	
Istruzione						100,20***
Nessun Titolo	0,3 (-0,3)	0 (-1,1)	0,9 (0,9)	0,3 (-0,1)	1,4 (1,4)	
Licenza Elementare	6,0 (-1,2)	8,1 (0,5)	6,3 (-0,5)	4,8 (-2,1)	24,3 (5,7)	
Licenza media inferiore	11,3 (-2,4)	22,8 (3,8)	13,4 (-0,6)	14,6 (-0,3)	12,2 (-0,7)	
Diploma professionale scuola	7,5 (-0,7)	6,9 (-0,9)	2,7 (-2,3)	9,5 (0,9)	20,3 (3,9)	
Diploma superiore	45,4 (3,1)	35,8 (-1,1)	47,3 (2,0)	35,7 (-1,2)	16,2 (-4,1)	

Diploma Universitario Breve	9,9 (-0,7)	11,4 (0,3)	11,6 (0,3)	10,5 (-0,2)	13,5 (0,8)	
Laurea e oltre (indirizzo umanistico)	13,1 (0,9)	8,9 (-1,6)	13,4 (0,5)	12,9 (0,7)	9,5 (-0,7)	
Laurea e oltre (indirizzo scientifico)	6,6 (-0,7)	6,1 (-0,9)	4,5 (-1,2)	11,6 (3,3)	2,7 (-1,6)	
Reddito						27,06*
Fino a 15.000	14,6 (-1,2)	19,7 (1,4)	25,5 (2,6)	13,0 (-1,9)	16,4 (-0,1)	
Da 16.000 a 29.000	36,1 (0,2)	36,4 (0,3)	31,1 (-1,0)	34,1 (-0,6)	45,5 (1,6)	
Da 30.000 a 40.000	22,4 (0,0)	19,7 (-1,1)	23,6 (0,3)	23,8 (0,6)	25,5 (0,5)	
Da 41.000 a 60.000	15,6 (0,1)	17,1 (0,8)	16,0 (0,2)	15,3 (-0,1)	7,3 (-1,7)	
Oltre 61.000	11,2 (1,0)	7,0 (-1,6)	3,8 (-2,2)	13,8 (2,6)	5,5 (-1,1)	
Capitale Sociale Familiare						83,90***
Basso	4,2 (-1,4)	9,3 (2,9)	11,6 (2,9)	2,7 (-2,6)	2,7 (-1,1)	
Medio	30,1 (0,8)	35,4 (2,7)	47,3 (4,6)	15,3 (-5,9)	23,0 (-1,1)	
Alto	65,7 (-0,1)	55,3 (-4,0)	41,1 (-5,8)	82,0 (6,9)	74,3 (1,6)	
Capitale Sociale di parentela						61,26***
Basso	15,2 (-1,3)	25,6 (3,8)	27,7 (3,0)	11,2 (-3,3)	10,8 (-1,6)	
Medio	62,1 (3,3)	52,8 (-0,7)	54,5 (-0,1)	51,0 (-1,5)	43,2 (-2,1)	
Alto	22,7 (-2,5)	21,5 (-2,5)	17,9 (-2,5)	37,8 (4,5)	45,9 (3,6)	
Capitale Sociale comunitario allargato						162,08***
Basso	32,8 (-5,4)	71,5 (9,6)	68,8 (5,4)	31,3 (-5,5)	29,7 (-2,7)	
Medio	65,7 (5,8)	28,5 (-8,6)	30,4 (-5,0)	63,6 (4,5)	62,2 (1,7)	
Alto	1,5 (-1,5)	0,0 (-2,9)	0,9 (-1,2)	5,1 (3,3)	8,1 (3,2)	
Capitale Sociale associativo						43,13***
Basso	60,0 (-1,1)	73,2 (4,0)	76,8 (3,3)	54,1 (-3,5)	48,6 (-2,5)	
Medio	36,1 (1,2)	26,0 (-2,9)	19,6 (-3,3)	39,5 (2,5)	44,6 (2,1)	
Alto	3,9 (-0,2)	0,8 (-2,9)	3,6 (-0,3)	6,5 (2,5)	6,8 (1,2)	
Capitale Sociale generalizzato						73,35***
Basso	38,2 (-0,9)	48,0 (2,9)	67,0 (6,1)	28,6 (-4,8)	28,4 (-2,1)	
Medio	61,2 (1,1)	51,2 (-2,7)	33,0 (-5,8)	70,1 (4,6)	66,2 (1,4)	
Alto	0,6 (-1,1)	0,8 (-0,5)	0,0 (-1,2)	1,4 (0,4)	5,4 (3,6)	
Esercizio fisico						23,50**
Inattivo	33,1 (-2,0)	42,3 (1,8)	52,7 (3,5)	31,6 (-2,4)	40,5 (0,6)	
Moderatamente attivo	46,3 (1,0)	41,5 (-0,9)	33,9 (-2,3)	46,3 (0,9)	47,3 (0,6)	
Attivo	20,6 (1,1)	16,3 (-1,1)	13,4 (-1,5)	22,1 (1,8)	12,2 (-1,5)	

Note: Low SOC = "Low Sense of Coherence", Low SS-High SOC = "Low Social Support-High Sense of Coherence", Low SOC-SS= "Low Sense of Coherence and Social Support", High SS = "High Social Support",
% = percentages computed on total, Adj = adjusted residuals.
* p < .05
** p < .01
*** p < .001

La Tabella 5 presenta le medie e le deviazioni standard per gli indicatori di benessere, distress e gli indici di stile di vita. La Tabella 5 mostra anche i risultati del test di Levene per verificare l'omogeneità delle varianze per ciascuna variabile dipendente. Se il test di Levene è significativo indica che l'omogeneità delle varianze è stata violata; in questo caso, per confrontare i profili è stato utilizzato il Welch robust test, seguito dai test post-hoc di Tamhane per i test successivi. Se il test di Levene non è

significativo indica che è stata rispettata l'omogeneità delle varianze; in questo caso, è stata utilizzata una serie di ANOVA univariata per confrontare i profili, seguita dal test post-hoc di Bonferroni. Il confronto dei test post hoc hanno evidenziato differenze significative per tutte le variabili psicologiche ma non per quelle sullo stile di vita.

In particolare, per quanto riguarda il benessere emotivo e psicologico il profilo che ha ottenuto i punteggi più alti è “High Sense of Coherence and Social Support”, mentre il profilo che ha ottenuto punteggi più alti per il benessere sociale è “High Social Support”. In contrasto, il profilo che ha ottenuto punteggi più bassi in tutte e tre i tipi di benessere è il terzo, ossia “Low Sense of Coherence and Social Support”.

In merito al distress psicologico, i punteggi della disforia generale e della scala totale sono più alti per “Low Sense of Coherence and Social Support”, mentre il funzionamento sociale ottiene punteggi più alti nel profilo “High Sense of Coherence and Social Support”.

Infine, per quanto riguarda le variabili che hanno indagato i comportamenti di salute dello stile di vita, esercizio fisico e alimentazione presentano punteggi più alti nel profilo “High Sense of Coherence and Social Support” e più bassi nel “Low Sense of Coherence and Social Support”. Una maggior assunzione di alcool sembra essere presente nel profilo “Low Sense of Coherence” e quella più bassa nel profilo “High Sense of Coherence and Social Support”; mentre punteggi più alti per la frequenza del fumo sono visibili nel profilo “Low Sense of Coherence and Social Support” e più bassi anche in questo caso nel profilo “High Sense of Coherence and Social Support”.

TABELLA 5 | Medie e deviazioni standard per benessere, distress, stile di vita (consumo di alcol, fumo, esercizio fisico e alimentazione) per la soluzione finale a cinque profili. Risultati confronti e test post-hoc.

Variabili	Profili					Levene's test (4, 1056)	F/Welch test value (gdl)	η ²
	Low SOC (a)	Low SS-High SOC (b)	Low SOC-SS (c)	High SOC-SS (d)	High SS (e)			
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			
Benessere								
Benessere emotivo	3,37 ^{cde} (0,83)	3,54 ^{cd} (0,82)	2,73 ^{abde} (0,73)	3,97 ^{abc} (0,75)	3,73 ^{ac} (0,81)	3,12*	62,64*** (4, 325,74)	0,17
Benessere sociale	2,21 ^{cde} (0,75)	2,10 ^{cde} (0,75)	1,73 ^{abde} (0,56)	2,61 ^{abc} (0,82)	2,65 ^{abc} (0,86)	5,42***	43,87*** (4, 330,32)	0,12

Benessere psicologico	3,48 cde (0,80)	3,61 cd (0,76)	2,78 abde (0,75)	4,03 abc (0,66)	3,79 ac (0,77)	3,63**	66,54*** (4, 322,46)	0,19
Distress								
Disforia generale	2,76 bcd (0,64)	2,56 ac (0,64)	3,09 abde (0,55)	2,43 ac (0,70)	2,54 c (0,68)	5,85***	28,75*** (4, 328,52)	0,09
Funzionamento Sociale	2,80 bd (0,49)	2,93 ac (0,36)	2,69 bde (0,51)	3,01 ac (0,32)	2,91 c (0,44)	17,57***	17,07*** (4, 314,48)	0,06
Distress generale	2,78 c (0,31)	2,75 c (0,33)	2,89 abde (0,29)	2,72 c (0,34)	2,73 c (0,32)	4,36**	6,89*** (4, 326,25)	0,02
Stile di vita								
Esercizio fisico	2,89 c (1,40)	2,65 d (1,39)	2,38 ad (1,33)	2,99 bc (1,38)	2,53 (1,30)	0,50	5,85*** (4, 1060)	0,02
Alcool	2,87 d (1,73)	2,46 (1,73)	2,46 (1,81)	2,41 a (1,70)	2,58 (1,77)	0,31	3,46** (4, 1060)	0,01
Fumo	2,53 (2,27)	2,26 (2,19)	2,97 d (2,57)	2,08 c (2,10)	2,23 (2,24)	7,60***	3,50** (4, 320,56)	0,02
Alimentazione	4,80 d (1,04)	4,96 d (1,13)	4,71 d (1,09)	5,22 abc (1,02)	5,16 (1,05)	1,80	8,59*** (4, 1060)	0,03

Note: Low SOC = “Low Sense of Coherence”, Low SS-High SOC = “Low SS-High Sense of Coherence”, Low SOC-SS= “Low Sense of Coherence and Social Support”, High SS = “High Social Support”; le lettere diverse indicano differenze significative tra i profili. Se il test di Levene risultava significativo, è stato utilizzato il robust test di Welch per confrontare i profili, seguito dal test post-hoc di Tamhane; dove il test di Levene non risultava significativo, per confrontare i profili è stata utilizzata l'analisi univariata del test di varianza, seguita dal test post-hoc di Bonferroni.

* p < .05
** p < .01
*** p < .001

Analisi delle corrispondenze

Le risposte alla domanda aperta “*cosa rappresenta il cibo per lei*” sono state esportate dal database complessivo per essere importate su un file .txt. L'intero testo è stato opportunamente preparato per l'analisi eliminando le ambiguità (parole omografiche), combinando le parole con lo stesso significato (sinonimi) e combinando alcune parole (soprattutto le frasi nominali) all'interno di un significato unitario (es. fonte_di_benessere, fonte_di_piacere).

La narrazione di ciascun partecipante è stata identificata da una stringa di codifica, che permetteva di risalire al gruppo di appartenenza; i gruppi rappresentano i profili individuati dalla LPA: “Low Sense of Coherence”, “Low Social Support-High Sense of Coherence”, “Low Sense of Coherence and Social Support”, “High Sense of Coherence and Social Support”, “High Social Support” (es. * ****VAR_LOW_SOC). Il corpus è stato analizzato con T-LAB (versione 5.1.1.3 del 2021). In questo studio, l'intero corpus delle 993 narrazioni è stato segmentato secondo la variabile indipendente dei profili.

Il corpus conteneva un totale di 3621 parole. Sono state incluse nell'analisi solo quelle con occorrenza pari o superiore a 3 (cioè il valore di cut-off fissato nel software da un algoritmo matematico per ciascuna unità lessicale da includere nell'analisi) per un totale di 84 unità lessicali.

In seguito, si è proceduto con l'Analisi delle Corrispondenze. L'Analisi delle Corrispondenze consente di identificare le somiglianze e le differenze tra le unità di contesto quando sono presenti tre o più livelli della variabile indipendente, in questo caso le narrazioni dei cinque profili dei partecipanti. Analogamente all'analisi fattoriale, questa analisi estrae un insieme di nuove variabili (fattori) che riassumono le informazioni contenute in un corpus e organizzano il corpus sulla base di polarità opposte attraverso alcuni vettori spaziali (orizzontale e verticale); gli elementi (livelli delle variabili e lemmi) che sono posti agli estremi opposti di ciascun fattore sono quelli più diversi tra loro. Il numero di nuovi fattori è definito da un algoritmo del software, secondo la formula: numero di fattori = numero dei livelli della variabile di progetto (indipendente) considerata - 1. In questo modo è possibile identificare le differenze tra i livelli delle variabili indipendenti selezionate (che si trovano all'estremo opposto di ciascun fattore); inoltre, i lemmi significativi ad ogni polo consentono di qualificare questa differenza. Per ogni elemento è previsto un test statistico (valori del test $\geq 1,96$; $p < 0,05$): più alto è il valore, più importante è l'elemento nel saturare il polo di quel fattore.

I risultati dell'Analisi delle Corrispondenze effettuata sui sottogruppi di soggetti (variabile "profilo LPA": "Low SOC", "Low SS-High SOC", "Low SOC-SS", "High SOC-SS", "High SS") hanno estratto quattro fattori che spiegano rispettivamente il 33,55%, il 25,69%, il 22,63% e il 18,13% della varianza dei dati. Come mostrato nella Figura 4, il primo fattore (cioè l'asse orizzontale) emerge dall'opposizione tra "Low SOC-SS" e "Low SOC" sul polo negativo (cioè il lato sinistro del grafico) e "Low SS-High SOC" sul polo positivo (cioè il lato destro del grafico). Il secondo fattore (cioè l'asse verticale) era dovuto alla polarizzazione dei sottogruppi "Low SS-High SOC" e "Low SOC-SS" al polo negativo (cioè, il lato inferiore del grafico) e i sottogruppi "High SOC-SS" e "Low SS", che si trovano al polo positivo (cioè, la parte superiore del grafico). Mentre, come mostrato nella Figura 5, il terzo fattore emerge dalla contrapposizione tra i sottogruppi "Low SS", "Low SOC-SS" e "High SOC-SS" sul polo negativo e il sottogruppo "Low SOC" sul polo positivo. Infine, il quarto fattore

presenta una contrapposizione tra il profilo “Low SS” sul polo negativo e il profilo “High SOC-SS” sul polo positivo.

FIGURA 4 | Analisi delle corrispondenze – confronto tra i cinque profili – fattori 1 e 2

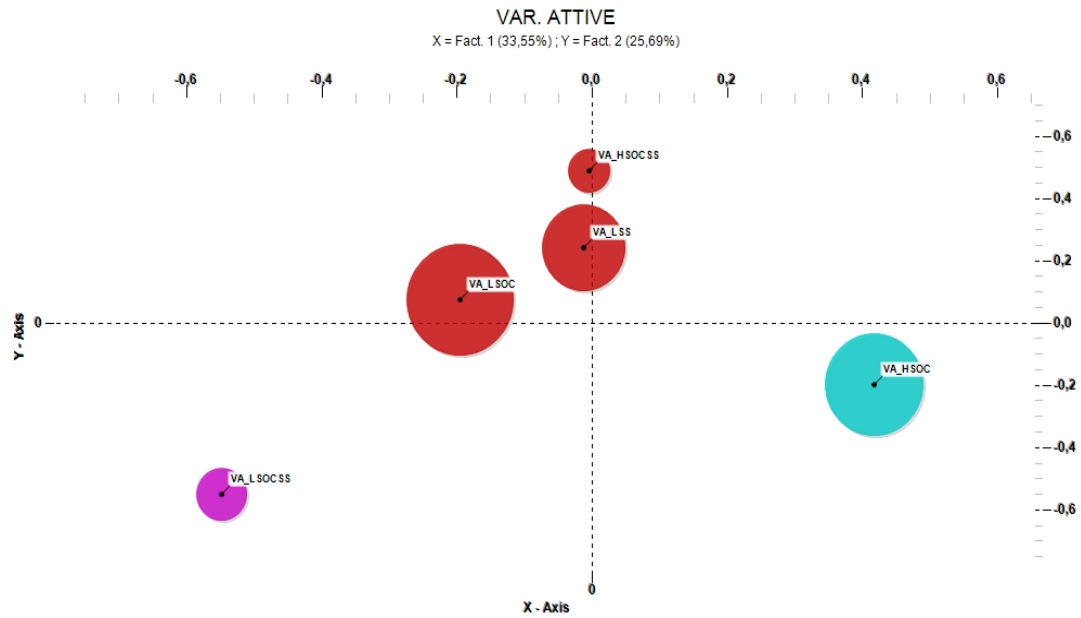
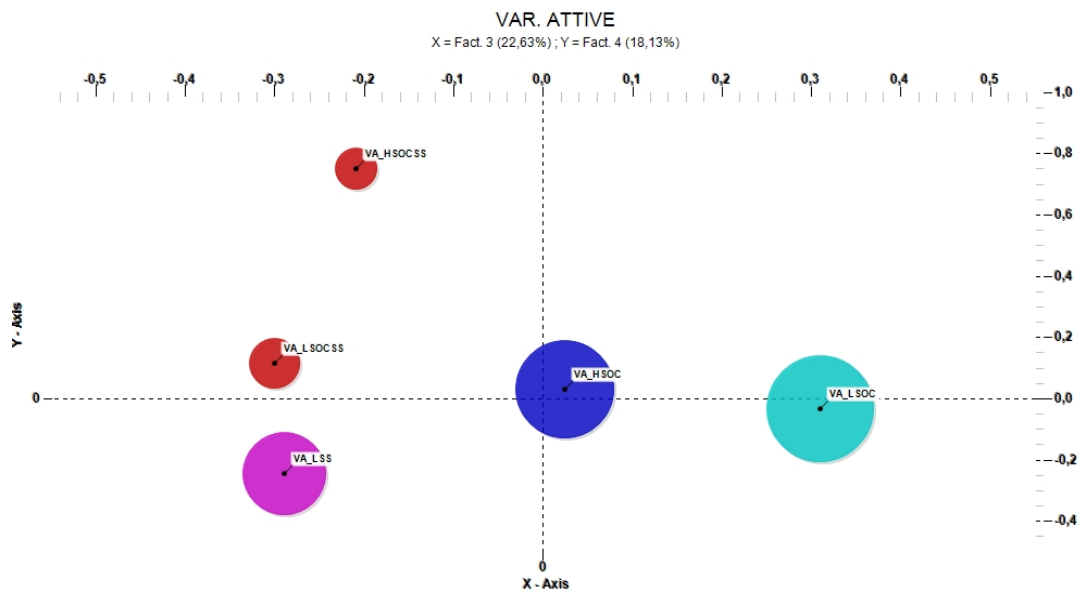


FIGURA 5 | Analisi delle corrispondenze – confronto tra i cinque profili – fattori 3 e 4



Nella tabella 6 è possibile osservare i fattori con i profili e lemmi caratteristici. Nel dettaglio, il primo fattore, come dimensione latente che organizza le relazioni tra i cinque livelli della variabile indipendente dei profili della LPA, può essere interpretato e definito come *“le differenti funzioni del cibo”*, i lemmi caratteristici, infatti, riguardano per il polo negativo l’ansia, lo sfogo, consolazione, mentre al polo positivo il piacere, la soddisfazione e il relax. Questo fattore ha mostrato un contrasto tra i profili Low SOC e Low SOC-SS, al polo negativo e il profilo Low SS-High SOC al polo positivo. Il secondo fattore invece può essere nominato *“rapporto con il cibo”*. I lemmi caratteristici interessano infatti da una parte cibo come fonte di ansia o rimedio all’ansia, necessità, come cura, ma anche l’azione del soddisfare; dall’altra al polo positivo tutte caratteristiche connesse ad una dieta salutare: buono, salutare, equilibrato, vivere. Da sottolineare la contrapposizione tra i profili Low SOC-SS, Low SS-High SOC sul polo negativo e Low SS e High SOC-SS sul polo positivo.

Rispetto al fattore tre, nominato *“necessità vs. consapevolezza e socialità”*, si nota come i pochi lemmi caratteristici rimandano nel polo negativo ad una dimensione di necessità per vivere, per mantenersi in salute, legato quindi più ad una sfera individuale; nel polo positivo invece viene richiamata dai lemmi pensare, amico, più le dimensioni di consapevolezza, socialità e convivialità, quindi la sfera sociale. Il profilo Low SS, Low SOC-SS e High SOC-SS si posizionano sul polo negativo, in contrapposizione al profilo Low SOC, sul polo positivo.

Infine, il fattore quattro è stato nominato “*Cibo di qualità fa bene al corpo*”, recuperando i varbatim associati a fisico e buono; si nota come questo presenti pochi lemmi con valori di saturazione adeguati. Il polo negativo è caratteristico per il profilo Low SS, mentre il polo positivo è caratteristico per il profilo High SOC-SS.

TABELLA 6 | Analisi delle corrispondenze – Confronto tra i cinque profili della LPA

Fattore 1 (33,55% della varianza)		Fattore 2 (25,69% della varianza)		Fattore 3 (22,63% della varianza)		Fattore 4 (18,13% della varianza)									
Polo negativo	Polo positivo	Polo negativo	Polo positivo	Polo negativo	Polo positivo	Polo negativo	Polo positivo								
Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value	Profili e Test lemmi Value								
<i>Low SOC-SS</i>	-6,987	<i>Low SS-High SOC</i>	10,311	<i>Low SOC-SS</i>	-6,999	<i>Low SS</i>	5,148	<i>Low SS</i>	-6,110	<i>Low SOC</i>	8,368	<i>Low SS</i>	-5,125	<i>High SOC-SS</i>	7,419
<i>Low SOC</i>	-5,287	Prendere	3,080	<i>Low SS-High SOC</i>	-4,850	<i>High SOC-SS</i>	4,831	<i>Low SOC-SS</i>	-3,827	Pensare	2,491			Buono	2,620
Sfogo	-3,168	Fonte di piacere	2,757	Ansia	-2,529	Buono	2,706	Mantenere	-2,728	Amico	2,428			Fisico	2,532
Ansia	-3,010	Tempo	2,384	Necessari o	-2,450	Salutare	2,205	Vivere	-2,293						
Fonte di vita	-2,485	Soddisfazione	2,330	Cura	-2,359	Equilibrato	2,129	<i>High SOC-SS</i>	-2,065						
Conforto	-2,219	Relax	2,258	Soddisfare	-2,302	Vivere	2,041								
Fisiologico	-2,130			Naturale	-2,051										
Consolazioni	-2,043														

Sono stati riportati i Test Value (valori di saturazione) per ciascun lemma e profilo caratteristico per quel fattore. Le variabili poste ai poli opposti (negativo vs. positivo) sono quelle maggiormente diverse tra loro; quelle poste nello stesso polo sono invece quelle più simili.

2.5. Discussione

Il presente studio si inserisce all'interno del filone di ricerca in ambito salutogenico e mira ad indagare e chiarire il ruolo protettivo di Senso di Coerenza e supporto sociale nei confronti del benessere e dei comportamenti di salute durante il periodo Covid-19 e in particolare, in un momento storico, in Italia, caratterizzato dalla quarta ondata della pandemia. Tale condizione prevedeva ancora misure restrittive in alcune zone ad alto contagio, l'obbligo di mascherina e la campagna di vaccinazione in corso.

Attraverso un disegno di ricerca Mixed Method si è cercato di raggiungere due obiettivi principali: il primo obiettivo dello studio era quello di valutare i fattori protettivi rispetto al benessere e comportamenti di salute a partire dalla costruzione di profili (Latent Profile Analysis) che vedono la combinazione di Senso di Coerenza e supporto sociale. Il secondo obiettivo riguardava, invece, l'esplorazione del legame tra l'appartenenza a specifici profili individuali e significato attribuito al cibo.

Mediante Latent Profile Analysis sono stati individuati cinque differenti profili che combinano comprensibilità, gestibilità e significatività del Senso di Coerenza e supporto sociale strumentale e non strumentale.

Da evidenziare come le tre dimensioni del Senso di Coerenza e le due tipologie di supporto sociale si distribuiscono nei profili in modo uniforme, ovvero alti punteggi di supporto sociale strumentale corrispondono ad alti punteggi di supporto sociale non strumentale e viceversa e comprensibilità, gestibilità e significatività si presentano nello stesso modo (punteggi bassi per tutte le caratteristiche vs. punteggi alti per tutte le caratteristiche).

Il profilo 1, definito "Low SOC" si caratterizza maggiormente per un basso livello di Senso di Coerenza, mentre il profilo 2 "Low SS-High SOC" per un basso supporto sociale e un alto Senso di Coerenza. A seguire, il profilo 3 "Low SOC-SS" e il profilo 4 "High SOC-SS" si caratterizzano rispettivamente per un basso Senso di Coerenza e supporto sociale oppure per un alto Senso di Coerenza e supporto sociale. In ultimo, il profilo 5 "high SS" si distingue dagli altri per il supporto sociale strumentale e non strumentale elevato.

I profili "Low SOC-SS" e "High SOC-SS" sembrano quelli che rispecchiano maggiormente la letteratura. Ovvero, il modello salutogenico enfatizza come un alto Senso di Coerenza favorisca la capacità di identificare ed utilizzare le risorse di resistenza generalizzate (GRR) come il supporto sociale (Antonovsky, 1979;

Lindström & Eriksson, 2006; 2010). Tali profili si differenziano, infatti, in modo consistente per le variabili considerate per il benessere e i comportamenti di salute. Il profilo Low SOC-SS è maggiormente presente nelle femmine, nelle persone separate/divorziate, con diploma o laurea umanistica e con basso reddito. Dal punto di vista dei comportamenti di salute si conferma essere il profilo peggiore con maggior inattività, minor assunzione di cibi salutari e più frequenti comportamenti legati al fumo. Per quanto riguarda il benessere e distress risulta essere il profilo con minor benessere emotivo, sociale e psicologico e livelli di distress più alti, oltre che un capitale sociale più basso. Tali dati confermano parzialmente quanto presente in letteratura, ovvero che lo stato civile, in particolare la separazione/divorzio e il basso reddito rappresentino fattori di rischio per il benessere e comportamenti di salute (Amato, 2000; Marks, 1996; Petrovic et al., 2018; Sbarra & Cohan, 2017; Shapiro, 1996; Stringhini et al., 2010; Stroschein et al., 2005). Stessa conferma viene trovata in letteratura per il genere, sottolineando come le donne abbiano presentato durante la pandemia Covid-19 maggiori livelli di distress e minor benessere rispetto agli uomini (McCallum et al., 2021). Alcuni studi sottolineano, inoltre, delle differenze di genere anche per i comportamenti di salute, Aceijas e colleghi (2017) individuano per esempio il genere come fattore di rischio per comportamenti meno salutari, in particolare legati all'alimentazione e all'esercizio fisico. Tuttavia, altri studi associano il genere femminile a comportamenti legati all'alimentazione più salutari (Swan et al., 2015). Tale questione risulta, come si evince, ancora aperta e sarebbero auspicabili maggiori studi.

Di contro, il profilo "high SOC-SS" è sovrarappresentato da maschi, persone coniugate, con un titolo di studio legato alle lauree in materie scientifiche e un reddito alto. I soggetti appartenenti a questo profilo risultano più attivi, mangiano più salutare e assumono minor fumo e alcool. Presentano, inoltre, un benessere emotivo e psicologico più alto. Tali dati appaiono coerenti con quanto afferma la letteratura, sia dal punto di vista delle caratteristiche sociodemografiche, come fattori protettivi (Marks, 1996; Petrovic et al., 2018; Stringhini et al., 2010), sia dal punto di vista del Senso di Coerenza e supporto sociale come aspetti chiave che favoriscono un maggior adattamento in condizioni potenzialmente stressanti (Lindström & Eriksson, 2006; 2010; Scarapicchia et al., 2017; Srensen et al., 2011).

Il profilo "high SS" consente di chiarire meglio il ruolo del supporto sociale e il legame con il Senso di Coerenza. Possiamo ipotizzare che il supporto sociale possa

rappresentare, per queste tipologie di persone, la risorsa di adattamento maggiore per affrontare le situazioni della vita potenzialmente stressanti; infatti, tale profilo presenta punteggi più alti per il benessere sociale. Ciò viene confermato in letteratura, dove il supporto sociale rappresenta un fattore protettivo importante per il benessere (Srensen et al., 2011). Interessante notare come questo profilo sia sovra rappresentato dai vedovi e dalle donne. Le ricerche suggeriscono come le donne e vedove siano maggiormente in grado di attivare e mantenere un supporto sociale nel corso del tempo, a seguito della vedovanza (Powers et al., 2014).

Il profilo “Low SS-high SOC” appare essere quello più controintuitivo e interessante perché sembra apparentemente in contrasto con la letteratura esistente. Gli studi sul Senso di Coerenza mostrano, infatti, che vi è una correlazione positiva tra Senso di Coerenza e supporto sociale (Pijpker et al., 2018; Volanen et al., 2004). Volanen e colleghi (2004) sostengono che la capacità di ricevere supporto sociale e la soddisfazione nei confronti di questo supporto influenza il livello di SOC in entrambi i sessi. Allo stesso tempo, suggeriscono la possibilità di relazioni reciproche tra queste due variabili indicando che un alto livello di supporto sociale può contribuire allo sviluppo e sostegno del SOC e un SOC alto può aiutare nelle relazioni sociali. Rispetto alle sue caratteristiche il profilo appena descritto non si differenzia in modo evidente dagli altri profili per le variabili considerate, eccezione fatta per un livello di capitale sociale comunitario basso. Le persone appartenenti a questo profilo sembrano quindi avere poca fiducia nei confronti delle altre persone. Ulteriore dato da sottolineare è che questo profilo sia maggiormente presente nei maschi.

Infine, il profilo “Low SOC” sembra caratterizzare maggiormente i single e si differenzia rispetto agli altri profili per un maggior uso di alcool e un capitale sociale di parentela medio. Il legame tra basso Senso di Coerenza e uso di alcool trova conferma nella ricerca scientifica, come sostenuto da una recente revisione sistematica della letteratura (Da-Silva-Domingues et al., 2022).

I profili individuati consentono di confermare le nostre ipotesi iniziali, ovvero profili con più alto Senso di Coerenza e supporto sociale si associano a maggior benessere, più alto capitale sociale e comportamenti di salute più salutari; viceversa, profili con basso Senso di Coerenza e supporto sociale sono associabili a maggior distress, minor benessere, un capitale sociale più basso e comportamenti di salute legati ad esercizio fisico ed alimentazione meno salutari.

I risultati della nostra ricerca mediante latent profile aiutano a chiarire meglio il legame tra Senso di Coerenza e supporto sociale ma sottolineano anche la necessità di approfondire maggiormente la combinazione tra questi due fattori per riuscire a profilare con maggior chiarezza le caratteristiche individuali che possono essere rilevanti nell'ambito della promozione della salute e interventi utili a sostenere un maggior benessere e stili di vita più salutari.

Inoltre, viene supportata l'idea che le persone dovrebbero essere considerate ed esplorate in modo complesso e integrato e che concentrarsi su singole variabili non consente di cogliere le specificità e le caratteristiche di ciascuna persona. Secondo questo approccio, come suggerito da Magnusson (1998) le persone dovrebbero essere viste come un "tutto" e non semplicemente come la semplice somma di ciascuna sfaccettatura.

Per quanto riguarda invece il secondo obiettivo più esplorativo, i risultati dell'analisi testuale mostrano come i profili della latent profile si differenzino anche rispetto ai significati attribuiti al cibo, polarizzandosi rispetto ad alcuni assi discorsivi.

Per quanto riguarda il fattore uno "*differenti funzioni del cibo*" al polo negativo si posizionano i profili "Low SOC" e "Low SOC-SS" con lemmi legati all'ansia, sfogo, consolazione; al polo positivo invece si posizionano "Low SS-High SOC" con lemmi legati al piacere, soddisfazione e relax. Interessante notare la connotazione emotiva delle parole chiave all'interno di questo fattore che rimandano al rapporto con il cibo nella sua dimensione incarnata, profondamente personale, in cui l'alimentazione si intreccia alle emozioni (Locher et al., 2005; Madden & Chamberlain, 2010; Rodgers et al., 2011; Rozin et al., 2003; Steenhuis, 2009) e al piacere (Bellows et al., 2010). Le emozioni negative, in particolare l'ansia e la paura, possono alterare l'alimentazione, portando le persone a mangiare, ad esempio, cibi con più zuccheri come strategia per evitare o ridurre tali emozioni negative (Macht, 2008; Wallis & Hetherington, 2009). Come sottolineato da Macht (2008), il consumo di "cibo spazzatura", ovvero cibi ricchi di zuccheri e grassi e con basso valore nutritivo (Boylan et al., 2017), stimola il rilascio di serotonina nel cervello, aumentando la sensazione di piacere. Allo stesso tempo, riduce l'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che è ampiamente implicato nella regolazione della risposta allo stress (Macht, 2008). Tuttavia, le emozioni (e lo stress) non hanno un impatto su tutti gli individui allo stesso modo. Alcune persone sembrano più propense di altre a rispondere alle emozioni e allo stress modificando il loro consumo di cibo (Conner & Armitage, 2002).

Per quanto concerne il secondo fattore “*rapporto con il cibo*” il polo negativo rimanda alle dimensioni di ansia, rimedio, soddisfare e risulta essere significativo per “Low SOC-SS” e “Low SS-high SOC”; mentre il polo positivo appare più legato alla dieta salutare (lemmi caratteristici: buono, salutare, equilibrato). I profili su questa polarità sono “Low SS” e “High SOC-SS”. Anche in questo fattore torna la dimensione dell’ansia che si contrappone invece al salutare, buono ed equilibrato. Tali rappresentazioni dell’alimentazione e tali contrapposizioni rispecchiano quanto descritto in letteratura rispetto all’associazione tra cibo e salute (Bisogni et al., 2012). Da questi primi assi discorsivi analizzati emerge come il Senso di Coerenza e il supporto sociale non solo possono influenzare i comportamenti di salute ma anche il significato attribuito all’alimentazione.

Rispetto al fattore “*necessità vs. consapevolezza e socialità*”, a differenza degli altri descritti sopra, i soggetti con basso supporto sociale (Low SS), basso supporto sociale e Senso di Coerenza (Low SS-SOC) e alto supporto sociale e Senso di Coerenza (High SS-SOC) presentano una rappresentazione del cibo legato alla necessità per vivere e mantenersi in salute; connota quindi una dimensione individuale del rapporto con gli alimenti; mentre chi ha basso Senso di Coerenza evidenzia maggiormente la dimensione di socialità, ma anche una consapevolezza maggiore rispetto alle funzioni dell’alimentazione. Interessante notare come in questo fattore emerga per la prima volta la dimensione sociale dell’alimentazione (Rozin et al., 2011).

Nel fattore “*cibo di qualità fa bene al corpo*” torna una dimensione di significato legata al legame tra cibo e salute fisica, dove si posiziona il profilo maggiormente “salutogenico”, ossia le persone con alti livelli di Senso di Coerenza e supporto sociale. Le rappresentazioni sul cibo che sembrano emergere dai diversi fattori richiamano alcuni elementi importanti presenti in letteratura: la dimensione individuale e sociale dell’alimentazione, la connotazione emotiva legata al cibo, lo stretto legame tra cibo e salute. Questi diversi significati sembrano intrecciarsi con le caratteristiche individuali e disposizionali dei diversi profili salutogenici definiti nella prima parte della ricerca. Nonostante rappresenti una prima indagine esplorativa, sembra fornire alcuni elementi di importante riflessione, per aprire percorsi di ricerca futuri.

In questa direzione, per concludere, i punti di forza del presente studio riguardano innanzitutto il disegno di ricerca, basato sul Mixed Method, quantitativo-qualitativo che ha consentito di ampliare la comprensione del legame tra fattori individuali, in particolare Senso di Coerenza e supporto sociale, benessere, comportamenti di salute

e significato attribuito al cibo. Da questo punto di vista, infatti, lo studio appare innovativo in quanto combina profili ottenuti mediante dati e analisi quantitative con dimensioni di significato esplorate qualitativamente. La prima fase dello studio ha chiarito il legame tra Senso di Coerenza e supporto sociale come possibili fattori protettivi per il benessere e i comportamenti di salute. Questo può avere risvolti pratici e applicativi importanti per la costruzione di interventi di promozione della salute allargati alla comunità ma che considerino e si plasmino maggiormente sulle caratteristiche individuali. Inoltre, è stato confermato quanto i profili di salute rispecchino fattori individuali, sociali ma anche ambientali legati al contesto in cui la persona vive, che contrisce a plasmare significati e valori associati alle pratiche di salute (Mielewczyk & Willig, 2007). Un ulteriore punto di forza riguarda la validazione della scala sul capitale sociale, che consente di accrescere la comprensione del legame tra persona e le reti sociali della comunità di appartenenza, considerando le funzioni di bonding e bridging (Szreter & Woolcock, 2004).

Nonostante i punti di forza dello studio, è importante evidenziare anche i suoi limiti. Per prima cosa rispetto alla fase quantitativa, è utile sottolineare che i profili si distribuiscono all'interno del campione della ricerca in modo non uniforme, con una numerosità variabile, ciò può aver influenzato i risultati di alcune analisi. Inoltre, la scala del Senso di Coerenza rappresenta uno strumento tutt'ora discusso nella sua validità interna; in questo studio nell'analisi confermativa si è dovuto correlare gli errori di alcuni item per preservare il modello a tre fattori giustificato dalla teoria. Il terzo limite riguarda la misurazione dei comportamenti di salute che è stata effettuata mediante strumenti non validati, ciò potrebbe portare a degli errori nella misura non controllabili. Inoltre, uno studio longitudinale avrebbe chiarito maggiormente se l'appartenenza ai profili possa rappresentare una caratteristica stabile o se muta nel tempo e avrebbe potuto confermare la relazione tra profili e benessere e comportamenti di salute. Rispetto alla fase qualitativa, un primo limite riguarda la metodologia di raccolta dati, ossia è stata formulata una domanda self-report aperta e generica per esplorare il significato che le persone attribuiscono all'alimentazione; ulteriori domande avrebbero potuto chiarire meglio tale oggetto di indagine. Inoltre, nell'analisi delle corrispondenze abbiamo considerato solo una variabile, ossia l'appartenenza al profilo costruito mediante Latent Profile Analysis, non abbiamo differenziato per altre variabili (es. età, sesso, etc). Ulteriore approfondimento futuro potrebbe considerare alcune caratteristiche come genere, età, stato civile.

Infine, appare utile evidenziare come questa ricerca sia stata condotta in un periodo particolare, legato alla pandemia Covid-19 che ha impattato profondamente sulla quotidianità delle persone e sul loro benessere (come evidenziato nelle ricerche presentate nell'introduzione); questo ha comportato una serie di fattori intervenienti non controllabili che possono aver avuto un impatto sui risultati dello studio. Ulteriori ricerche future, magari con disegni longitudinali, consentirebbero di ottenere ulteriori prove sulla bontà dei dati raccolti.

Bibliografia

- Aceijas, C., Waldhäusl, S., Lambert, N., Cassar, S., & Bello-Corassa, R. (2017). Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspectives in public health*, 137(4), 227–236. <https://doi.org/10.1177/1757913916666875>
- Almedom A. M. (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social science & medicine* (1982), 61(5), 943–964. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.025>
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62, 1269–1287. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arbit, N., Ruby, M., & Rozin, P. (2017). Development and validation of the meaning of food in life questionnaire (MFLQ): Evidence for a new construct to explain eating behavior. *Food Quality and Preference*, 59, 35-45.
- Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Bulus, M., & Allen, K. A. (2020). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
- Associazione Italiana di Psicologia (2015). Codice Etico per la Ricerca in Psicologia. Available online at: <https://www.aipass.org/node/11560> (accessed 27 giugno 2022).
- Barni, D., Danioni, F., Canzi, E., Ferrari, L., Ranieri, S., Lanz, M., Iafrate, R., Regalia, C., & Rosnati, R. (2020). Facing the COVID-19 pandemic: The role of sense of coherence. *Frontiers in Psychology*, 11, 578440. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578440>
- Barni, D., Tagliabue, S., (2005) SENSE OF COHERENCE SCALE DI ANTONOVSKY: UN CONTRIBUTO ALLA VALIDAZIONE ITALIANA, <<TPM. TESTING PSICOMETRIA METODOLOGIA>>, (3), 151-166 [<http://hdl.handle.net/10807/10345>]
- Bellows, A. C., Alcaraz, V. G., & Hallman, W. K. (2010). Gender and food, a study of attitudes in the USA towards organic, local, U.S. grown, and GM-free foods. *Appetite*, 55(3), 540–555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.201.09.002>.
- Bisogni, C. A., Jastran, M., Seligson, M., & Thompson, A. (2012). How people interpret healthy eating: contributions of qualitative research. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(4), 282–301. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.11.009>

- Bourdieu, P. (1985). The forms of capital. In: Richardson J, ed. *Handbook for Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, NY: Greenwood, 241–258.
- Brunsting, N. C., Zachry, C., Liu, J., Bryant, R., Fang, X., Wu, S., & Luo, Z. (2021). Sources of perceived social support, social-emotional experiences, and psychological well-being of international students. *The Journal of Experimental Education*, 89(1), 95-111. <https://doi.org/10.1080/00220973.2019.1639598>
- Capone, V., Caso, D., Donizzetti, A. R., & Procentese, F. (2020). University student mental well-being during COVID-19 outbreak: What are the relationships between information seeking, perceived risk and personal resources related to the academic context? *Sustainability*, 12(17), 7039. <https://doi.org/10.3390/su12177039>
- Capone, V., Caso, D., Donizzetti, A. R., & Procentese, F. (2020). University student mental well-being during COVID-19 outbreak: What are the relationships between information seeking, perceived risk and personal resources related to the academic context? *Sustainability*, 12(17), 7039. <https://doi.org/10.3390/su12177039>
- Carver, C. S. (2006). Sources of Social Support Scale. <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclSSSS.html>
- Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, 29(4), e13074. <https://doi.org/10.1111/jsr.13074>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (2002). *The social psychology of food*. Open University Press.
- Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., & van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, 161, 105082. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105082>
- Da-Silva-Domingues, H., del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P.Á. et al. (2022). Relationship between sense of coherence and health-related behaviours in adolescents and young adults: a systematic review. *BMC Public Health*, 22, 477. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12816-7>
- Di Nicola, P., Stanzani, S., & Tronca, L. (2008). *Reti di prossimità e capitale sociale in Italia*. FrancoAngeli.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attin`a, A., ... Ferraro, S. (2020). Psychological aspects and eating habits during COVID-19 home confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian online survey. *Nutrients*, 12(7), 2152. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5> <https://doi.org/10.3390/nu12072152>
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*, 18(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>
- Dodds, A., & Chamberlain, K. (2017). The problematic messages of nutritional discourse: A case-based critical media analysis. *Appetite*, 108, 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.021>

- Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M., & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & place*, 17(5), 1044–1053. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.06.010>
- Elmacioğlu, F., Emiroğlu, E., Ülker, M. T., Özyılmaz Kırçali, B., & Oruç, S. (2021). Evaluation of nutritional behaviour related to COVID-19. *Public health nutrition*, 24(3), 512–518. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004140>
- Eriksson M. (2011). Social capital and health--implications for health promotion. *Global health action*, 4, 5611. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 938–944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., & Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>
- Forrest R, Kearns A. Social cohesion, social capital and the neighbourhood. *Urban Stud.* 2001;38 (12):2125–2143. doi:10.1080/00420980120087081
- Forrest, R., & Kearns, A. (2001). Social Cohesion, Social Capital and the Neighbourhood. *Urban Studies*, 38(12), 2125–2143. <http://www.jstor.org/stable/43198190>
- Friedli, L. and Parsonage, M. (2007), Building an economic case for mental health promotion: part I, *Journal of Public Mental Health*, 6 (3), 14-23. <https://doi.org/10.1108/17465729200700017>
- Friedli, L., & Parsonage, M. (2009). Building an economic case for mental health promotion: Part I. *Journal of Public Mental Health*, 6(3), 14–23.
- Goldberg, D. P. (1992). General health questionnaire (GHQ-12), Windsor, N.FER-Nelson.
- Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., . . . Parati, G. (2013). Predicting Depression from Illness Severity in Cardiovascular Disease Patients: Self-efficacy Beliefs, Illness Perception, and Perceived Social Support as Mediators. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 221-229. DOI 10.1007/s12529-013-9290-5
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4779. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social science & medicine* (1982), 51(6), 871–885. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00067-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00067-8)

- Hormes, J. M., & Rozin, P. (2011). The temporal dynamics of ambivalence: changes in positive and negative affect in relation to consumption of an "emotionally charged" food. *Eating behaviors*, *12*(3), 219–221. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.02.001>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ingram, J., Maciejewski, G., & Hand, C. J. (2020). Changes in Diet, Sleep, and Physical Activity Are Associated with Differences in Negative Mood During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in Psychology*, *11*, 588604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588604>
- Jiménez, M., Abad, F. J., Garcia-Garzon, E., golino, h., Christensen, A. P., & Garrido, L. (2022, May 13). Dimensionality assessment in generalized bi-factor structures: a network psychometrics approach. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2ujdk>
- Kawachi, I. (2010). The relationship between health assets, social capital and cohesive communities. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context*. Springer, 167–179.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V., Kim, D. (2008). Social capital and health. In: *Social Capital and Health*. New York, NY, Springer, 1–26.
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(3), 197–201. <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical psychology & psychotherapy*, *15*(3), 181–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Lancia, F. (2004). Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB. Franco Angeli Editore
- Lancia, F. (2012). *The logic of the T-LAB tools explained*. <http://www.tlab.it/en/toolsexplained.php>.
- Lindmark, U., Stegmayr, B., Nilsson, B., Lindahl, B., & Johansson, I. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition journal*, *4*, 9. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-4-9>
- Lindström M. (2004). Social capital, the miniaturisation of community and self-reported global and psychological health. *Social science & medicine* (1982), *59*(3), 595–607. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.006>
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, *21*(3), 238–244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhalsan Research Centre, Health Promotion Research and the UIHPE GlobalWorking Group on Salutogenesis.
- Locher, J., Yoels, W., Maurer, D., & Van Ells, J. (2005). Comfort foods: An exploratory journey into the social and emotional significance of food. *Food and Foodways*, *13*, 273–297. <https://doi.org/10.1080/07409710500334509>

- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London, Sage.
- Macht M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Macht, M., Meininger, J., & Roth, J. (2005). The pleasures of eating: A qualitative analysis. *Journal of Happiness Studies*, 6, 137-160. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0287-x>
- Madden, H., & Chamberlain, K. (2010). Nutritional health, subjectivity and resistance: Women's accounts of dietary practices. *Health*, 14(3), 292–309. <http://www.jstor.org/stable/26650036>
- Mafla, A. C., Herrera-López, M., España-Fuelagan, K., Ramírez-Solarte, I., Gallardo Pino, C., & Schwendicke, F. (2021). Psychometric Properties of the SOC-13 Scale in Colombian Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13017. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413017>
- Magnusson, D. (1998). “The logic and implications of a person approach,” in *Methods and Models for Studying the Individual*, eds R. B. Cairns, L. R. Bergman, and J. Kagan (Thousand Oaks, CA: Sage), 33–64.
- Marks, N. F. (1996). Flying solo at midlife: Gender, marital status, and psychological well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 917–932. <https://doi.org/10.2307/353980>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., et al. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.
- Martial, M. A., Sward, K. A., Morse, J. M., Wilson, A. R., Martial, C., Penney, D. S., & Nicolas, E. (2021). Anemia Management in Rural Haitian Children: A Mixed Methods Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(6), 672–680. <https://doi.org/10.1177/1043659620986616>
- McCallum, S. M., Calear, A. L., Cherbuin, N., Farrer, L. M., Gulliver, A., Shou, Y., Dawel, A., & Batterham, P. J. (2021). Associations of loneliness, belongingness and health behaviors with psychological distress and wellbeing during COVID-19. *Journal of affective disorders reports*, 6, 100214. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100214>
- Mielewczyk, F., & Willig, C. (2007). Old Clothes and an Older Look: The Case for a Radical Makeover in Health Behaviour Research. *Theory & Psychology*, 17(6), 811–837. <https://doi.org/10.1177/0959354307083496>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
- Mohd Zahari, M., Kamaruddin, M., Muhammad, R., & Kutut, M. (2011). Modernization, Malay matrimonial foodways and the community social bonding. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 80, 1123-1132.
- Mohnen, S. M., Völker, B., Flap, H., & Groenewegen, P. P. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health--a multilevel analysis. *BMC public health*, 12, 116. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-116>

- Moisio, R., Arnould, E. J., & Price, L. L. (2004). Between Mothers and Markets: Constructing family identity through homemade food. *Journal of Consumer Culture*, 4(3), 361–384. <https://doi.org/10.1177/1469540504046523>
- Morse, J. M. (2018). Reframing rigor in qualitative inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.), Sage, 796-816.
- Morse, J. M., & Cheek, J. (2014). Making room for qualitatively driven mixed-method research. *Qualitative health research*, 24(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/1049732313513656>
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed-method design: Principles and procedures*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Muthén, B. (2021). Re: What is a good level of entropy [Online discussion group]. Available online at: <http://www.statmodel.com/discussion/messages/13/2562.html?1237580237> (accessed 27 Giugno 2022).
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2008). *Mplus user's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291–312. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>
- Petrovic, D., de Mestral, C., Bochud, M., Bartley, M., Kivimäki, M., Vineis, P., Mackenbach, J., & Stringhini, S. (2018). The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Preventive medicine*, 113, 15–31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.003>
- Piccinelli, M., & Politi, P. (1993). Struttura fattoriale della versione a 12 domande del General Health Questionnaire in un campione di giovani maschi adulti. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 2(3), 173-181. doi:10.1017/S1121189X00006990
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Bakker, E. J., & Koelen, M. (2018). Unravelling salutogenic mechanisms in the workplace: The role of learning. *Gaceta Sanitaria*, 32, 275–282. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.006>
- Powers, S. M., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2014). Trajectories of social support and well-being across the first two years of widowhood. *Death studies*, 38(6-10), 499–509. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.846436>
- Putnam, R., Leonardi, R., Nanetti, R. (1993). Making democracy work: civic traditions in modern Italy. *J Democr.* 6, 65–78. doi:10.1353/jod.1995.0002.
- Rajabi, A. G., Talebpour, M., Martinent, G., Bodet, G., & Kafashpor, A. (2020). A multidimensional conceptualization of the sponsor-sponsee fit in sport. *Managing Sport and Leisure*, 25(5), 321-343. <https://doi.org/10.1080/23750472.2020.1723430>
- Reise, S. P. (2012). The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behavioral Research*, 47(5), 667–696. <https://doi.org/10.1080/00273171.2012.715555>
- Rodgers, R. F., Stritzke, W. G., Bui, E., Franko, D. L., & Chabrol, H. (2011). Evaluation of the French version of the Orientation Towards Chocolate Questionnaire: chocolate-related guilt and ambivalence are associated with overweight and disordered

- eating. *Eating behaviors*, 12(4), 254–260.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.07.002>
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Rozin, P., Bauer, R., & Catanese, D. (2003). Food and life, pleasure and worry, among American college students: gender differences and regional similarities. *Journal of personality and social psychology*, 85(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.132>
- Rozin, P., Remick, A. K., & Fischler, C. (2011). Broad Themes of Difference between French and Americans in Attitudes to Food and Other Life Domains: Personal Versus Communal Values, Quantity Versus Quality, and Comforts Versus Joys. *Frontiers in psychology*, 2, 177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00177>
- Sardu, C., Mereu, A., Sotgiu, A., Andriassi, L., Jacobson, M. K., & Contu, P. (2012). Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010001>
- Sbarra, D. A., & Coan, J. A. (2017). Divorce and health: good data in need of better theory. *Current opinion in psychology*, 13, 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.014>
- Scarapicchia, T. M. F., Amireault, S., Faulkner, G., & Sabiston, C. M. (2017). Social support and physical activity participation among healthy adults: A systematic review of prospective studies. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 10(1), 50–83. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1183222>
- Schafer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., Gritz, A. S., & Michael, T. (2020). Impact of Covid-19 on public mental health and the buffering effect of a sense of coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 386–392. <https://doi.org/10.1159/000510752>
- Scholte, R. H. J., van Lieshout, C. F. M., de Wit, C. A. M., & van Aken, M. A. G. (2005). Adolescent personality types and subtypes and their psychosocial adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(3), 258–286. <https://doi.org/10.1353/mpq.2005.0019>
- Schram, R. (2007). “Sit, Cook, Eat, Full Stop”: Religion and the Rejection of Ritual in Auhelawa (Papua New Guinea). *Oceania*, 77(2), 172–190. <http://www.jstor.org/stable/40495522>
- Shapiro, A. D. (1996). Explaining psychological distress in a sample of remarried and divorced persons: The influence of economic distress. *Journal of Family Issues*, 17(2), 186–203. <https://doi.org/10.1177/019251396017002003>
- Shorten, A., & Smith, J. (2017). Mixed methods research: Expanding the evidence base. *Evidence-Based Nursing*, 20(3), 74–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
- Srensen, T., Klungsy, O., Kleiner, R., & Klepp, O. M. (2011). Social support and sense of coherence: Independent, shared and interaction relationships with life stress

and mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13, 27–44. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715648>

Steca, P., D'Addario, M., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Monzani, D., Pancani, L., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Fattiroli, F., Giannattasio, C., Cesana, F., Riccobono, S. P., & Greco, A. (2016). A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators. *PloS one*, 11(9), e0161840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161840>

Steenhuis I. (2009). Guilty or not? Feelings of guilt about food among college women. *Appetite*, 52(2), 531–534. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.004>

Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*, 303(12), 1159–1166. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.297>

Strohschein, L., McDonough, P., Monette, G., & Shao, Q. (2005). Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change? *Social science & medicine (1982)*, 61(11), 2293–2303. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.020>

Swan, E., Bouwman, L., Hiddink, G. J., Aarts, N., & Koelen, M. (2015). Profiling healthy eaters. Determining factors that predict healthy eating practices among Dutch adults. *Appetite*, 89, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.006>

Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International journal of epidemiology*, 33(4), 650–667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>

Tanaka, K., Tahara, M., Mashizume, Y., & Takahashi, K. (2021). Effects of Lifestyle Changes on the Mental Health of Healthcare Workers with Different Sense of Coherence Levels in the Era of COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2801. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062801>

Volanen, S. M., Lahelma, E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14, 322–330. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.322>

Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., & Bingham, S. A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 871–876. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056275>

Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.007>

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>

West, S. G., Finch, J. F., and Curran, P. J. (1995). *Structural Equation Models with Nonnormal Variables: Problems and Remedies Structural Equation Modeling:*

Concepts, Issues, and Applications. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 56–75.

Willig, C., & Rogers, W. S. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Sage.

World Medical Association (WMA) (2004). World medical association declaration of helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *J. Int. Bioéthique*, 15, 124–129. doi: 10.3917/jib.151.0124

Yuan, K.-H., and Bentler, P. M. (2000). Three likelihood-based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociol. Methodol.* 30, 165–200. doi: 10.1111/0081-1750.00078

Zaccagni, L.; Toselli, S.; Barbieri, D. (2021). Physical Activity during COVID-19 Lockdown in Italy: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 6416. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126416>

Znazen, H., Slimani, M., Bragazzi, N. L., & Tod, D. (2021). The Relationship between Cognitive Function, Lifestyle Behaviours and Perception of Stress during the COVID-19 Induced Confinement: Insights from Correlational and Mediation Analyses. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3194. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063194>

Appendice

Per cominciare, qualche informazione personale...

- 1) Indichi la sua età (in anni compiuti) _____
- 2) Indichi il suo genere:
 1. Maschio
 2. Femmina
 3. Preferisco non specificarlo
- 3) Qual è il suo stato civile?
 1. Coniugata/o convivente
 2. Single
 3. Separata/o o divorziata/o
 4. Vedova/o
- 4) Istruzione (Indichi il più elevato livello conseguito):
 1. Nessun titolo
 2. Licenza elementare
 3. Licenza media inferiore
 4. Diploma di scuola professionale
 5. Diploma di scuola superiore
 6. Diploma universitario, laurea breve
 7. Laurea e oltre. Indirizzo umanistico (es. Sociologia, Psicologia, Scienza politiche, Lettere e filosofia, ecc.)
 8. Laurea e oltre. Indirizzo scientifico (es. Ingegneria, Matematica, Biologia, Medicina, ecc.)
- 5) Quale è approssimativamente il suo REDDITO ANNUALE LORDO FAMILIARE?
 1. fino a 15.000 EURO
 2. da 16.000 a 29.000 EURO
 3. da 30.000 a 40.000 EURO
 4. da 41.000 a 60.000 EURO
 5. oltre 61.000 EURO
- 6) Le chiediamo di indicarci la sua altezza _____
- 7) Le chiediamo di indicarci il suo peso _____

Se ripensa all'ultimo mese. Con che frequenza ha messo in atto tali pratiche

mai, una o due volte al mese, due o tre volte al mese, almeno una volta alla settimana, 2 o 3 volte la settimana, tutti i giorni, più volte al giorno

- 8) Esercizio fisico da solo
- 9) Esercizio fisico con altri
- 10) Esercizio fisico all'aperto
- 11) Esercizio fisico al chiuso
- 12) Assunto cibo salutare
- 13) Assunto cibo poco salutare
- 14) Consumato alcool
- 15) Fumato

16) Cosa rappresenta il cibo per me? _____

Risponda alle domande che seguono riguardo a come si è sentito/a durante l'ultimo mese. Risponda contrassegnando con una crocetta l'opzione che più si avvicina alla sua posizione

Nell 'ultimo mese quanto spesso...

mai - Una o circa una o due volte - Circa due o tre volte alla settimana - Quasi ogni giorno - Ogni giorno

- 17) Si è sentito felice
- 18) Si è sentito interessato alla vita
- 19) Si è sentito soddisfatto
- 20) Ha sentito di poter fare qualcosa di importante per la società
- 21) Si è sentito parte di una comunità (un gruppo o il tuo quartiere)
- 22) Ha sentito che la nostra società sta diventando un posto migliore per gente come te
- 23) Ha sentito che le persone sono fundamentalmente buone
- 24) Ha sentito che il modo in cui funziona la nostra società ha un senso per lei
- 25) Ha sentito che le piacciono la maggior parte degli aspetti della sua personalità
- 26) Si è sentito bene nel gestire le responsabilità della tua vita quotidiana
- 27) Ha sentito di avere delle relazioni sincere e cordiali con gli altri
- 28) Ha sentito di aver avuto delle esperienze che l'hanno aiutata a crescere e a diventare una persona migliore
- 29) Si è sentito capace di pensare o esprimere le sue idee e opinioni
- 30) Ha sentito che la sua vita ha un senso

Nelle ultime due settimane si è sentito:

più del solito – come al solito – meno del solito – molto meno del solito

- 31) in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo? Es. Riesce a seguire il filo del discorso, a concentrarsi nella lettura, sul lavoro etc.
- 32) di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi?
- 33) di essere produttivo (aver fatto tante cose) nella maggior parte delle attività?
- 34) in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi?
- 35) costantemente sotto pressione?
- 36) di non essere in grado di superare le difficoltà?
- 37) in grado di ritagliarsi del tempo libero e goderne?
- 38) in grado di risolvere i suoi problemi?
- 39) infelice o depresso?
- 40) come se avesse perso la fiducia in sé stesso?
- 41) come se avesse minore stima di sé?
- 42) con uno stato emotivo nel complesso felice?

La preghiamo di rispondere ad alcune domande relative alla sua rete di relazioni

PER NULLA				COMPLETAMENTE
1	2	3	4	5

FAMIGLIA

- 43) Quanto riescono a comprendere come si sente riguardo alle cose?
- 44) Quanto può fare affidamento su di loro se ha un problema serio?
- 45) Quanto può aprirsi con loro se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?

CONIUGE/COMPAGNO

- 46) Quanto riesce a comprendere come si sente riguardo alle cose?
- 47) Quanto può fare affidamento su di lui/lei se ha un problema serio?
- 48) Quanto può aprirsi con lui/lei se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?

COLLEGHI

- 49) Quanto riescono a comprendere come si sente riguardo alle cose?
- 50) Quanto può fare affidamento su di loro se ha un problema serio?
- 51) Quanto può aprirsi con loro se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?

AMICI

- 52) Quanto riescono a comprendere come si sente riguardo alle cose?
- 53) Quanto può fare affidamento su di loro se ha un problema serio?
- 54) Quanto può aprirsi con loro se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?

VICINI

- 55) Quanto riescono a comprendere come si sente riguardo alle cose?
- 56) Quanto può fare affidamento su di loro se ha un problema serio?
- 57) Quanto può aprirsi con loro se ha bisogno di parlare delle sue preoccupazioni?

	non ha mai fiducia				Ha sempre fiducia
58) Quanta fiducia ha nei familiari con i quali convive?	1	2	3	4	5
59) In genere si fida degli amici o conoscenti dei suoi familiari?					
60) Quanta fiducia ha nei suoi parenti (non conviventi)					
61) Pensi all'associazione che frequenta maggiormente. Quanta fiducia ha nei membri dell'associazione?					
62) In genere, quanto si fida di amici o conoscenti dei membri di questa associazione?					
63) Quanta fiducia ha nei suoi amici					
64) Quanta fiducia ha nei suoi vicini					
65) Quanta fiducia ha nei suoi colleghi					

66) Quanto si trova d'accordo con la seguente affermazione: gran parte della gente è degna di fiducia?

PER NIENTE D'ACCORDO				COMPLETAMENTE D'ACCORDO
1	2	3	4	5

67) Secondo lei, le istituzioni pubbliche aiutano la gente ad avere fiducia reciproca?

MAI				SEMPRE
1	2	3	4	5

68) In caso di bisogno, negli ultimi tempi, con quale frequenta è lei è stato aiutato da

	MAI				SEMPRE
Familiari con i quali convive	1	2	3	4	5
Parenti non conviventi					
Amici					
Vicini di casa					
Colleghi di lavoro					
Membri dell'associazione che frequenta maggiormente					

Le chiediamo ora di esprimere il suo orientamento rispetto alla seguente serie di domande ed affermazioni. Per ciascuna di esse è riportata una scala da 1 a 7; legga attentamente le alternative poste ai due estremi di ogni scala. Esprima la sua posizione facendo una croce sul valore che meglio rappresenta ciò che lei pensa o prova.

69) Fino ad ora la sua vita:

Non ha avuto obiettivi o scopi chiari				Ha avuto obiettivi o scopi chiari		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70) Per lei fare le cose di tutti i giorni è occasione di:

Sofferenza e noia				Piacere e soddisfazione		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71) Quando succede qualcosa, lei trova generalmente che:

Ha enfatizzato o sminuito l'importanza dell'evento				Ha visto le cose nella giusta proporzione		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72) Ha la sensazione che non le importi quello che accade intorno a lei?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73) Ha la sensazione di essere trattato/a ingiustamente?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74) Ha la sensazione di trovarsi in situazioni poco familiari e non sapere cosa fare?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75) Molte persone, anche quelle con un carattere forte, si sentono come perdenti in certe situazioni. Quanto spesso in passato le è capitato di sentirsi così?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76) Quanto spesso ha la sensazione che ci sia poco senso nelle cose che fa nella vita di tutti i giorni?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77) Quanto spesso prova sentimenti che non è sicuro/a di riuscire a controllare?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78) Ha sensazioni ed idee confuse e poco chiare?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79) Le succede di provare sentimenti che preferirebbe non provare?

Raramente o mai				Molto spesso		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80) Le è successo in passato di rimanere sorpreso/a dal comportamento di persone che pensava di conoscere bene?

Mai				Sempre		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81) È capitato che persone su cui contava l'abbiano delusa?

Mai				Sempre		
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Studio longitudinale sugli stili di vita nel periodo covid: il ruolo del senso di coerenza quale fattore predittivo dei comportamenti di salute ³

3.1. Abstract

La relazione tra Senso di Coerenza (SOC), benessere e stile di vita durante un periodo di potenziale stress, come la pandemia di Covid-19, è ancora in discussione. Il presente studio mira a valutare il ruolo del SOC come predittore di benessere ed esercizio fisico e la relazione tra benessere e comportamento di salute. Questo può aiutare a comprendere meglio i fattori alla base del benessere e di uno stile di vita sano durante un periodo di stress. Il disegno dello studio è longitudinale e ha visto il coinvolgimento di 1065 soggetti a T0 (età media = 44,9 anni; SD = 19,6 anni; 62,5% donne) e 250 soggetti a T1 (età media 47,1; SD = 20,4; 64,4% donne). Per valutare la relazione tra le variabili è stato applicato il modello completo di equazione strutturale (SEM).

All'interno del modello il SOC assume il ruolo di predittore del benessere e dell'attività fisica; mentre l'attività fisica svolge un ruolo di mediatore rispetto al benessere. Il modello mostra un indice di adattamento adeguato. Il SOC risulta essere un fattore predittivo del benessere psicologico ed emotivo a T0 e del benessere psicologico, sociale ed emotivo a T1. Il SOC predice inoltre positivamente l'esercizio fisico a T0 ma non a T1. Rispetto al ruolo di mediatore dell'esercizio fisico sul benessere, questo risulta essere presente a T0 per tutti i tipi di benessere ma non T1. L'esercizio fisico a T1 è predetto dall'esercizio fisico a T0. Infine, l'esercizio fisico a T1 è associato solo al benessere psicologico.

³Brivio F., Palena N., Viganò A., Paterna, A., Aiolfi I., Rigamonti, M., Fagnani, L., Greco, A. (2022). The relationship between Sense of coherence, wellbeing and lifestyle in a Covid-19 period, Poster accettato al XXX Congresso AIP, 27-30 Settembre 2022, AIP

Brivio F., Palena N., Viganò, L., Greco, A. (in scrittura). Sense of coherence, wellbeing and lifestyle in a Covid-19 period: a longitudinal study with SEM, *Appetite*

Identificare la relazione tra SOC, benessere ed esercizio fisico è importante per meglio identificare e chiarire i fattori protettivi sui quali intervenire attraverso programmi su misura.

3.2. Introduzione

La relazione tra Senso di Coerenza (SOC), benessere e stile di vita durante un periodo di potenziale stress, come la pandemia di Covid-19, è ancora in discussione. La letteratura scientifica degli ultimi due anni ha messo in evidenza da una parte un aumento delle condizioni di distress psicologico, come ansia, depressione, insonnia o disturbi del sonno (Arslan et al., 2020; Capone et al., 2020; Di Renzo et al., 2020; Wang et al., 2020; Cellini et al., 2020; Fiorillo et al., 2020; Gualano et al., 2020; Rossi et al., 2020), dall'altra un peggioramento dei comportamenti di salute legati all'alimentazione, consumo di fumo e alcool, oltre che una riduzione dell'esercizio fisico (Coulthard et al., 2021; Elmacioğlu et al., 2020; Ingram et al., 2020; Zaccagni et al., 2021; Znazen et al., 2020). Da sottolineare tuttavia, che diversi studi hanno, invece, sottolineato un miglioramento e cura nei confronti del proprio corpo e delle proprie abitudini, soprattutto legate all'alimentazione ed esercizio fisico, spesso giustificate dal rallentamento dei ritmi frenetici, dall'attivazione di strategie di coping adattive e dalla possibilità di avere maggior tempo da dedicare a sé (Coulthard et al., 2021; Di Renzo et al., 2020).

La ricerca scientifica si è concentrata molto sui fattori di rischio, sugli esiti negativi per la salute, che rappresentano degli aspetti importanti da considerare ma non possono esaurire l'esperienza umana e soprattutto non forniscono elementi essenziali per costruire interventi in un'ottica non solo preventiva (cioè di riduzione o evitamento del danno) ma anche promotiva delle risorse del soggetto e della comunità.

Partendo da tali presupposti il presente studio intende esplorare e chiarire qual è il ruolo del Senso di Coerenza e dell'esercizio fisico, nel promuovere benessere nella popolazione generale. Per Senso di Coerenza (SOC), costruito proposto da Antonovsky alla fine degli anni Settanta si intende "*a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected*"

(Antonovsky, 1979, p. 123). Esso è caratterizzato da tre aspetti: *significatività* (motivazione ad affrontare lo stress); *comprensibilità* (capacità di comprendere la sfida davanti a sé); e *gestibilità* (convinzione di avere risorse per poter affrontare la situazione) (Lindström & Eriksson, 2006).

Adottando la prospettiva salutogenica di Antonovsky, si assume che esistano dei fattori psicologici, sociali, ambientali che favoriscono un orientamento di vita sano nonostante le situazioni difficili e potenzialmente stressanti (Antonovsky, 1987).

Accanto al Senso di Coerenza sono state quindi identificate le GRR (Risorse di Resistenza Generalizzate), definite da Antonovsky come un'ampia gamma di fattori che facilitano e supportano il coping e la gestione dello stress. Esse sono state rappresentate come quell'insieme di caratteristiche fisiche, biochimiche, materiali, cognitive, emotive, attitudinali, interpersonali o socioculturali di un individuo o di un gruppo (Antonovsky, 1979). Possono includere, per esempio, fattori individuali come condizione economica, livello di istruzione, autoefficacia, locus of control e fattori sociali e ambientali come supporto sociale, reti sociali e capitale sociale (Lindström & Eriksson, 2006). Più forte è il SOC di una persona, maggiore sarà la sua capacità di identificare e utilizzare questi fattori per perseguire la propria salute (Lindström & Eriksson, 2010).

Una revisione sistematica della letteratura ha mostrato che un forte SOC protegga da ansia, depressione, burnout; ed è fortemente e positivamente correlato alle risorse di salute come l'ottimismo, la resilienza, la percezione di controllo e il coping in tutte le fasce d'età (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Diversi studi hanno preso in considerazione il Senso di Coerenza come fattore protettivo nel periodo Covid-19. Ad esempio, Barni e colleghi (2020) hanno evidenziato un'associazione positiva e diretta tra SOC e benessere psicologico. Schäfer e colleghi (2020) hanno mostrato come i livelli di SOC prima dell'epidemia fossero correlati a cambiamenti clinicamente rilevanti nella psicopatologia (cioè, aumenti o diminuzioni).

La letteratura mostra inoltre un'associazione tra Senso di Coerenza e comportamenti di salute, chi ha un SOC più forte pare abbia avere un'alimentazione più salutare e meno di probabilità di essere fumatore e fisicamente inattivo. Queste associazioni risultano essere indipendenti dall'età, dal sesso, dalla classe sociale e dall'istruzione (Wainwright et al., 2007). Tali risultati vengono confermati anche dalla letteratura più recente. Ad esempio, Thomas e colleghi (2020) hanno condotto uno studio su una popolazione di mezza età esplorando la relazione tra alcuni comportamenti a rischio

per la salute (ad es. assunzione di alcool e attività fisica) e l'influenza dei fattori psicosociali, tra cui il SOC; i risultati dimostrano che un basso SOC è associato a scarsa attività fisica e maggior assunzione di alcool. Adorni e colleghi (2021), individuando profili diversi di comportamenti di salute su una popolazione sana, mettono in evidenza come il SOC, ovvero minore comprensibilità e maggiore gestibilità sia stato associato al profilo di stile di vita caratterizzato da una dieta poco salutare, maggior sedentarietà e assenza di fumo.

Nonostante i diversi studi sul legame tra Senso di Coerenza e comportamenti di salute, non è chiara la relazione e soprattutto la direzione del rapporto tra queste variabili. Rispetto all'attività fisica, la ricerca scientifica mostra una certa varietà nello spiegare la relazione tra Senso di Coerenza e partecipazione ad attività fisiche. In una metanalisi del 2020 di Moyers e Hagger si sottolinea come la ricerca abbia supportato sia una relazione predittiva tra attività fisica e SOC senza alcun effetto nella direzione opposta (Monma et al., 2017); sia una predittività del SOC sull'attività fisica (Antonovsky, 1992; Myers et al., 2011). La dimensione della relazione tra attività fisica e Senso di Coerenza sembra apparire in letteratura incoerente, con alcuni studi che riportano effetti da piccoli a grandi (ad es. Binkowska-Bury & Januszewicz, 2010; Hassmen et al., 2000; Sipos et al., 2015; Kohut et al., 2006; Edwards, 2002) e altri che non riportano alcun effetto (ad es. Silarova et al., 2014; Kukihara et al., 2018).

Ciò sembra suggerire una relazione dinamica tra queste due variabili, sostenendo la prospettiva che gli effetti tra di loro possano essere reciproci. Questo giustificato dal fatto che la partecipazione all'attività fisica può essere considerata come espressione di un orientamento alla salute preventivo, che in letteratura viene identificato come una delle Risorse di Resistenza Generalizzate (GRR). Inoltre, il modello teorico suggerisce che un Senso di Coerenza alto favorisca una risposta alle situazioni di stress caratterizzata da comportamenti adattivi come ridurre il fumo e l'alcool, impegnarsi in attività fisica o fare attenzione ai propri sintomi fisici (Antonovsky, 1987). Il Senso di Coerenza può, quindi, determinare un orientamento alla salute preventivo e l'adesione a comportamenti considerati salutari.

I risultati della metanalisi mostrano come l'attività fisica auto-riferita sia costantemente correlata al Senso di Coerenza, indipendentemente dal sesso e dall'età. Tuttavia, un limite chiave della letteratura attualmente presente su questo tema è la preponderanza di studi che adottano disegni correlazionali (Moyers & Hagger, 2020). Ciò significa che i dati attuali non consentono di fare inferenze causali sulla direzionalità degli

effetti tra attività fisica e Senso di Coerenza. Inoltre, sono scarsi gli studi che presentano un disegno longitudinale che consentirebbe di chiarire meglio la relazione tra queste due variabili.

Per quanto riguarda invece la relazione tra attività fisica e benessere, la letteratura suggerisce un forte legame. In particolare, l'attività fisica sembra svolgere un ruolo promotivo nei confronti del benessere. Eseguire una regolare attività fisica sembra essere significativamente e positivamente associato ad un buono stato di salute mentale percepito (Kukihara et al., 2018; Patel et al., 2013). Studi sulla popolazione anziana hanno mostrato che l'attività fisica porti ad un miglioramento dei problemi di salute mentale degli anziani, riducendo i sintomi di depressione e ansia (Penedo & Dahn, 2005; Ross & Heyes, 1988). D'altra parte, ricerche longitudinali hanno rivelato che l'inattività fisica viene associata a maggiori sintomi depressivi e scarso benessere emotivo (Galper et al., 2006). Il limite della letteratura esistente che indaga il rapporto tra stile di vita, Senso di Coerenza e benessere è che spesso considera quest'ultimo in termini negativi, ovvero come un'assenza di sintomatologia, soprattutto legata all'ansia e ai disturbi dell'umore; poca valorizzazione viene invece data ad una concettualizzazione di benessere in termini positivi, derivante da una visione del benessere maggiormente legata alla qualità di vita. Il benessere, nell'ambito della psicologia positiva e salutogenica, viene presentato entro due prospettive: la prospettiva *edonica* (Diener, 2000; Kahneman et al., 1999) concentrata sul benessere emotivo (Keyes & Waterman, 2003; Kokko et al., 2012; Robitschek & Keyes, 2009), e la prospettiva *eudaimonica*, riferita al benessere psicologico e sociale (Blasi, 2013; Delle Fave et al., 2011). La prima lega il benessere alla presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative e insoddisfazione nei confronti della propria vita; mentre la seconda si concentra maggiormente sulla dimensione dell'autorealizzazione, ovvero espressione delle proprie potenzialità, risorse e predisposizioni individuali, condivisione di obiettivi e costruzione di significati, oltre che il ruolo delle relazioni interpersonali nel promuovere l'individuo e la comunità (Ryff & Keyes, 1995; Waterman, 1993). Il benessere edonico e quello eudaimonico possono contribuire a identificare la salute mentale; l'assenza di psicopatologia di per sé non significa una buona salute psicologica (Keyes, 2005; 2007).

Il presente studio

A partire dalle premesse teoriche presentate e dai limiti della letteratura attuale, il presente contributo si pone come scopo quello di chiarire la relazione tra Senso di Coerenza, attività fisica e benessere. In particolare, si intende valutare se il Senso di Coerenza possa predire il benessere psicologico, sociale ed emotivo e l'attività fisica anche a distanza di tempo. Un secondo obiettivo è quello di valutare se l'esercizio fisico possa svolgere un ruolo di mediatore tra il Senso di Coerenza e il benessere.

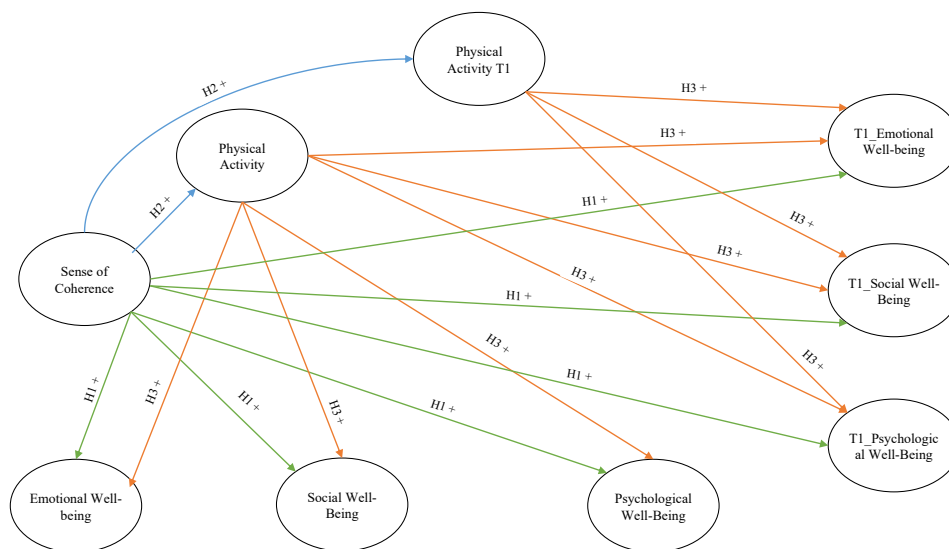
Nello specifico, le ipotesi formulate, presentate nella figura 1 sono le seguenti:

H1: in linea con quanto presente in letteratura si ipotizza che il Senso di Coerenza possa predire positivamente il benessere emotivo, psicologico e sociale, anche a distanza di tempo;

H2: Il Senso di Coerenza è un fattore predittivo positivo per l'attività fisica, anche a distanza di tempo;

H3: L'attività fisica svolge un ruolo di mediatore tra SOC e benessere, anche a distanza di tempo.

FIGURA 1 | Modello con ipotesi relativo al Senso di Coerenza, attività fisica, benessere a T0 e T1



Note: I colori delle frecce indicano le diverse ipotesi, Verde= H1; Blu= H2; Arancio=H3

3.3. Metodo

Procedura

A T0 i dati sono stati raccolti mediante questionario somministrato online, attraverso Google Moduli nel periodo tra Novembre e Dicembre 2021. La condivisione è avvenuta tramite studenti universitari e social. Dopo aver fornito e sottoscritto il consenso informato, i partecipanti hanno potuto compilare il questionario seguendo le istruzioni fornite. All'inizio del questionario è stato richiesto di formulare un codice alfanumerico che consentisse poi a distanza di tempo di associare i soggetti, garantendone l'anonimato. A T1, a distanza di 4 mesi dalla prima somministrazione, il campione di soggetti che aveva lasciato il riferimento mail è stato nuovamente ricontattato. La partecipazione è stata su base volontaria, non è stata infatti corrisposta alcuna ricompensa per la partecipazione allo studio. I criteri di inclusione riguardavano la conoscenza della lingua italiana e la maggiore età.

La ricerca è stata condotta in conformità con l'art. Dichiarazione di Helsinki (Associazione medica mondiale (WMA, 2004) e con le linee guida etiche per la ricerca fornite dall'Associazione Italiana di Psicologia (Associazione Italiana di Psicologia, 2015). Tutti i dati raccolti sono anonimi.

Strumenti

Sense of Coherence Scale

Il Senso di coerenza (SOC) rappresenta un concetto chiave del quadro salutogenico di Antonovsky per lo sviluppo della salute ed è definito come “orientamento nei confronti della vita” e comprende le capacità e motivazioni del soggetto nel far fronte a situazioni stressanti (Antonovsky, 1987).

La Sense of Coherence Scale (SOC) (Antonovsky, 1993; Bonacchi et al., 2012) è una misura self-report di 13 item. La composizione fattoriale della scala è tutt'oggi dibattuta; nel panorama italiano sono presenti differenti validazioni, a due fattori (Barni et al., 2005), a tre fattori (Sardu et al., 2012) oppure ad un unico singolo fattore (Bonacchi et al., 2012). Per gli scopi della presente ricerca è funzionale considerare il Senso di Coerenza come fattore disposizionale di orientamento generale alla vita. La scelta è quindi ricaduta sulla validazione ad un unico fattore. Esempi di item sono “*le succede di provare sentimenti che preferirebbe non provare?*”, “*è capitato che persone su cui contava l'abbiano delusa?*” oppure “*ha la sensazione che non le importi quello*

che accade intorno a lei? Punteggi più alti indicano livelli più elevati di Senso di Coerenza. Tutte le risposte sono state date su una scala Likert a 7 passi, in cui le alternative si presentavano semanticamente diverse, la maggior parte variavano da 1 "molto raramente o mai" a 7 "molto spesso". L'attendibilità della scala è adeguata al campione dello studio, l'alfa di Cronbach è infatti di .85.

Mental Health Continuum – Short Form (MHC – SF)

Il MHC-SF è una scala che valuta il benessere psicologico, sociale ed emotivo sviluppata da Keyes (2008, 2009). La versione italiana è stata validata da Petrillo e colleghi (2014). Il questionario è composto da 14 item suddiviso in tre sottoscale: benessere emotivo (EWB; item 1-3, es. *Ti sei sentito felice*) definito in termini di affetto/soddisfazione positiva per la vita; benessere sociale (SWB; item 4-8, es. *hai sentito di poter fare qualcosa di importante per la società*) che si riferisce a quanto le persone percepiscono di stare bene nel proprio contesto sociale (Keyes et al. 2008); e (c) benessere psicologico (PWB; item 9-14, es. *ti sei sentito bene nel gestire le responsabilità della tua vita quotidiana*). Le risposte della MHC-SF si distribuiscono su una scala Likert a 5 massi da 1 (mai) a 5 (ogni giorno). L'alfa di Cronbach è pari a .75 e .81 per la sottoscala PWB .85 a T0 mentre a T1 sono rispettivamente .79, .78 e .84.

Esercizio fisico

I comportamenti di salute legati all'esercizio fisico sono stati esplorati attraverso quattro domande formulate ad hoc (es. *esercizio fisico da solo* oppure *esercizio fisico con altri*). La scala di risposta considerava la frequenza con cui un determinato comportamento è stato messo in atto nell'ultimo mese da 1=mai a 7=più volte al giorno. Le istruzioni iniziali sono state "*Se ripensa all'ultimo mese. Con che frequenza ha messo in atto tali pratiche?*". L'attendibilità della scala è adeguata, l'alfa di Cronbach è pari a .76.

Campione

Sono stati coinvolti 1065 soggetti di età compresa tra i 18 e i 92 anni (M = 44,9; DS = 19.6). Il 62,5% erano femmine e 37,1% maschi, lo 0,4 % non ha voluto specificare il proprio sesso. Del campione totale, 565 soggetti hanno lasciato il contatto mail per partecipare alla fase 2. A distanza di quattro mesi (T1) i soggetti che hanno partecipato

nuovamente alla ricerca sono stati 250, di cui 64,4% donne, 35,2% uomini, mentre un soggetto non ha voluto specificare il genere. L'età media è 47,1; SD = 20,4.

Nella Tabella 1 sono state riassunte le principali caratteristiche del campione.

TABELLA 1 Descrittive campione a T0 e T1				
Età	T0		T1	
	M	DS	M	DS
	44,9	19,6	47,1	20,4
Genere	N	%	N	%
Maschi	395	37,1	88	35,2
Femmine	666	62,5	161	64,4
Preferisco non specificarlo	4	0,4	1	0,4
Stato civile				
Coniugato/a Convivente	573	53,8	141	56,4
Single	330	31,0	71	28,4
Separato/a Divorziato/a	83	7,8	14	5,6
Vedovo/a	79	7,4	24	9,6
Titolo di studio				
Nessuno	4	0,4	1	0,4
Licenza elementare	79	7,4	20	8,0
Licenza media inferiore	161	15,1	40	16,0
Diploma scuola professionale	89	8,4	22	8,8
Diploma scuola superiore	413	38,8	116	46,4
Diploma universitario, laurea breve	115	10,8	15	6,0
Laurea e oltre indirizzo umanistico (es. <i>sociologia, psicologia, lettere, filosofia etc.</i>)	126	11,8	19	7,6
Laurea e oltre indirizzo scientifico (es. <i>ingegneria, matematica, biologia, medicina, etc.</i>)	78	7,3	17	6,8

Dei 565 soggetti ricontattabili, il 44,2% ha partecipato anche alla fase 2 del progetto. Mediante le analisi del Chi quadrato o T Test a campioni indipendenti, sono state analizzate le differenze tra le caratteristiche del campione che ha risposto ad entrambe le somministrazioni e i dropout. Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche emergono delle differenze significative per età, stato civile e istruzione, ma non per il genere. In particolare, l'età di coloro che hanno partecipato ad entrambe le fasi è maggiore (M=47,06, ds=20,35) di coloro che non hanno partecipato (M=42,38, ds=17,57) ($F(563)=10,13$; $p<.01$). Inoltre, il test del chi quadro mostra una significatività per stato civile ($\chi^2=9,93$, $p<.05$) e per livello di istruzione ($\chi^2=29,09$, $p<.001$). Mediante i residui standardizzati adattati possiamo affermare che vi è una sovrarappresentazione dei vedovi ($r(\text{adj})=2,8$) e chi che possiede una licenza elementare ($r(\text{adj})=3,9$) tra coloro che hanno risposto ad entrambe e una sottorappresentazione dei laureati ad indirizzo umanistico ($r(\text{adj})=-3,5$).

Non emergono, invece, differenze significative per le variabili psico-comportamentali: benessere, esercizio fisico e Senso di Coerenza.

3.4. Risultati

Analisi preliminari

L'invarianza longitudinale della scala sul benessere (*MHC – SF*)

Al fine di verificare che la struttura a tre fattori della scala sul benessere (benessere emotivo, benessere sociale e benessere psicologico) si mantenga invariata nei due tempi, si è proceduto, mediante software MPLUS, con l'analisi dell'invarianza longitudinale. Tale procedura è stata applicata solo sulla scala sul benessere in quanto validata, non su quella per l'attività fisica. I confronti tra il modello configurale, metrico e scalare, sempre più vincolati, hanno fornito informazioni sul livello di invarianza delle misure. Nella Tabella 2 vengono riportati χ^2 e i principalmente indici di adattamento, l'indice di adattamento comparativo (CFI), l'indice di Tucker-Lewis (TLI) e l'errore quadratico medio dell'approssimazione (RMSEA), che sono meno influenzati dalla dimensionalità del campione. Si è quindi proceduto testando il modello configurale in cui i factor loadings, le intercette, le varianze residue sono stati stimati liberamente; mentre le varianze dei fattori sono state fissate a 1 nei due tempi, così come le medie dei fattori fissate a 0. Infine, sono state stimate le covarianze residue per gli stessi item nel tempo. Si è ritenuto che l'invarianza configurale fosse valida quando il modello configurale aveva RMSEA < .08, SRMR < .08 e TLI e CFI > .90 (ad esempio, Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel et al., 2003). Nel modello metrico sono stati aggiunti ai factor loadings vincoli di uguaglianza nel tempo e le varianze dei fattori sono state fissate a 1 per il T0 e lasciate libere nel T1. Nel modello scalare, sono stati aggiunti i vincoli di uguaglianza nel tempo per le intercette degli item.

TABELLA 2 | Invarianza Longitudinale delle misure

Model	χ^2	gdl	p	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC	BIC	$\Delta\chi^2$	p
Configurale	618,02	321	<.001	0,91	0,89	0,06	0,06	17940,38	18338,76	-	ns
Metrico	640,52	332	<.001	0,91	0,89	0,06	0,06	17940,88	18300,48	11,25	ns
Scalare	676,69	343	<.001	0,90	0,89	0,06	0,06	17955,05	18275,87	18,09	ns

Note: gdl, gradi di libertà

Come riportato nella Tabella 2, la versione italiana del MHC-SF (tre fattori: benessere emotivo, sociale e psicologico) è stata confermata per entrambe i tempi, poiché i modelli CFA avevano indici di buon adattamento. Inoltre, come ulteriore confronto tra i modelli, come suggerito da Field (2013), si è proceduto adottando il *chi-square likelihood ratio test*, ovvero calcolando la differenza tra *log-likelihood* del modello più

stringente con quello meno stringente, insieme alla differenza tra gradi di libertà; un valore non significativo indica che il modello successivo è migliore e quindi viene mantenuta l'invarianza tra le misure.

Le correlazioni tra le variabili considerate

Come passaggio preliminare, abbiamo calcolato le correlazioni tra le tre sottoscale del Senso di Coerenza, l'attività fisica e il benessere emotivo, sociale e psicologico, a T0 e a T1. Le analisi preliminari hanno mostrato che il Senso di Coerenza e l'esercizio fisico erano correlati significativamente e positivamente con tutte le sottoscale del benessere, sia a T0 che a T1 (Tabella 3). L'esercizio fisico presenta correlazioni deboli con le altre variabili, anche se comunque significative; le altre correlazioni tra variabili sono da considerarsi moderate. Il Senso di Coerenza presenta una correlazione non significativa con l'esercizio fisico a T1.

TABELLA 3 | Media, deviazione standard e matrice di correlazioni tra benessere emotivo, sociale e psicologico, SOC ed esercizio fisico

	M	DS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Benessere emotivoT0	3.59	.82	-	.29**	.62**	.44**	.22**	.53**	.24**	.46**	.17**
2-Benessere socialeT0	2.23	.80		-	.32**	.24*	.15*	.28**	.47**	.34**	.13*
3-Benessere psicologicoT0	3.63	.82			-	.41**	.23**	.46**	.24**	.57**	.18*
4-SOC	4.61	.97				-	.18**	.49**	.29**	.54**	.09
5-Esercizio fisico	2.64	1.42					-	.23**	.18**	.20**	.68**
6-Benessere emotivoT1	3.49	.80						-	.49**	.67**	.26**
7-Benessere socialeT1	2.27	.81							-	.48**	.18**
8-Benessere psicologicoT1	3.56	.81								-	.27**
9-Esercizio fisicoT1	2.57	1.33									-

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Il modello di equazioni strutturali

Il modello presentato in Fig. 1 è stato testato mediante un modello completo di equazioni strutturali (SEM). In accordo con il multi-faceted approach (Tanaka, 1993), per esaminare l'adattamento del modello, sono stati presi in considerazione diversi indici di bontà dell'adattamento: χ^2 likelihood ratio statistic, Comparative Fit Index (CFI), l'indice di Tucker e Lewis (TLI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Il valore di significatività del chi quadrato è sensibile a campioni di grandi dimensioni e produce facilmente un risultato statisticamente significativo (Kline, 1998). Abbiamo accettato valori RMSEA e SRMR inferiori a .08 (Browne & Cudek, 1993). Inoltre, come riportato in precedenza è da ritenersi auspicabile riportare in aggiunta il CFI e il TLI; tuttavia, nei casi in cui l'RMSEA del modello nullo è $<.158$ non è possibile procedere in tal senso poiché il CFI e il TLI si rendono non interpretabili (Kenny, 2020).

Relazioni tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e benessere

A seguito delle analisi preliminari, sono state testate le relazioni tra le variabili considerate e presentate nel modello disponibile nella figura 1. Per l'analisi mediante SEM è stato utilizzato il software Jamovi 2.3.3. Il SOC è stato posto come variabile esogena latente, mentre le tre sottoscale del benessere (emotivo, sociale e psicologico), l'esercizio fisico sono state considerate come variabili endogene latenti. Il metodo di stima selezionato è il Maximum Likelihood (ML), adatto per le nostre variabili che si distribuiscono normalmente.

Poiché il modello nullo presentava un RMSEA di .137 non è stato possibile interpretare il CFI e il TLI (Kenny, 2020). SRMR e RMSEA del modello testato presenta buoni indici di fit, rispettivamente .08 e .07.

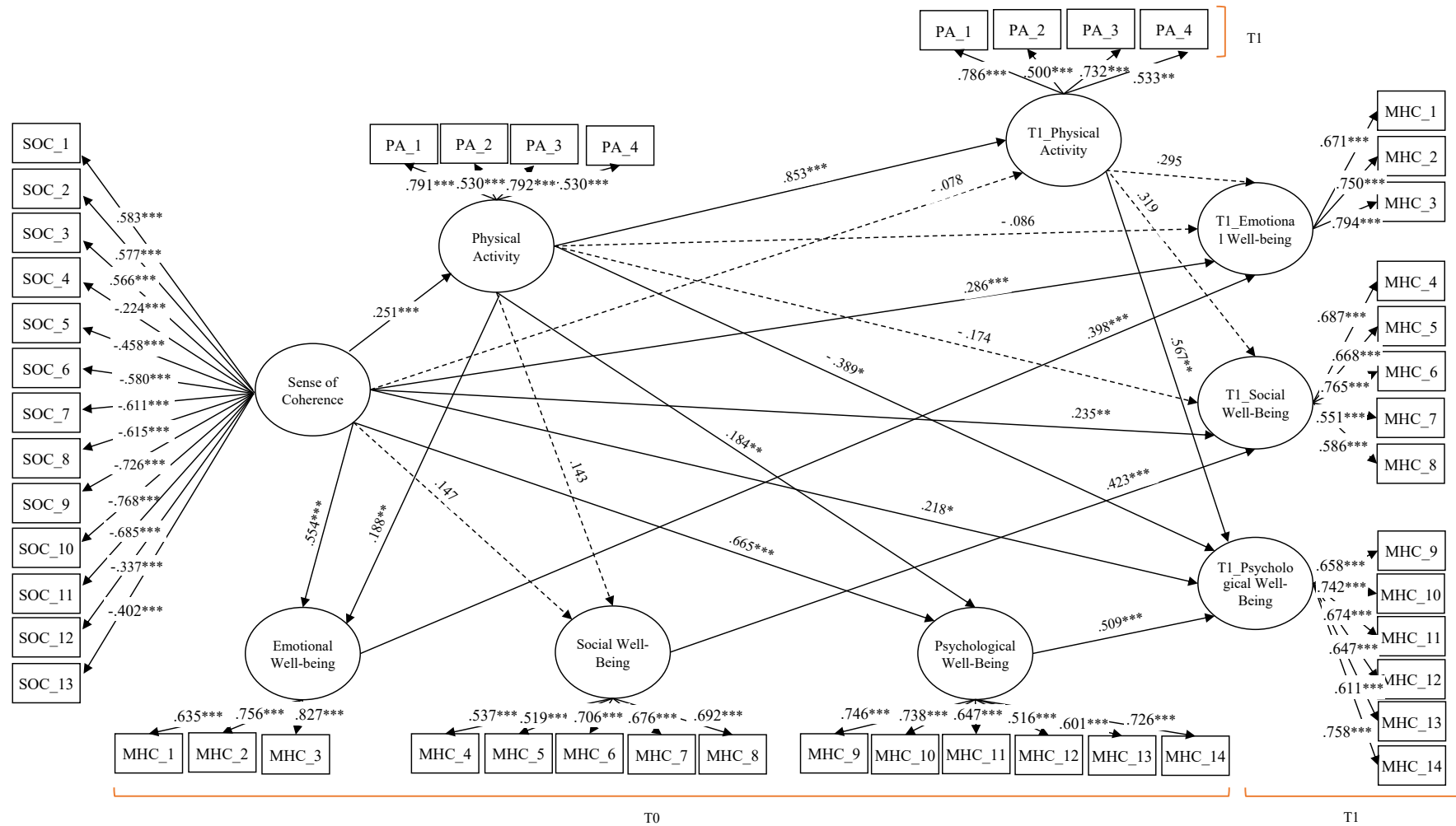
Le relazioni strutturali tra le variabili sono presentate nella Figura 2. Come si può osservare il Senso di Coerenza predice in modo significativo e positivo l'attività fisica (.25, $p<.01$) a T0 ma non a T1. L'ipotesi due è stata quindi parzialmente confermata. Inoltre, a T0 risulta significativa e positiva la relazione con il benessere emotivo (.55, $p<.001$) e psicologico (.67, $p<.001$), ma non con il benessere sociale; mentre a T1 le relazioni risultano significative e positive sia con il benessere emotivo (.29, $p<.01$) e psicologico (.22, $p<.05$), sia con il benessere sociale (.24, $p<.01$). L'ipotesi uno è stata quindi parzialmente confermata. Per quanto riguarda invece il ruolo di mediazione dell'attività fisica tra SOC e benessere, anche a distanza di tempo i dati mostrano come

a T0 la mediazione risulti significativa e positiva per il benessere emotivo (.19, $p < .01$) e quello psicologico (.18, $p < .01$), ma non per il benessere sociale; mentre a T1, tale mediazione risulta essere significativa e negativa solo per il benessere psicologico (-.38, $p < .05$). A distanza di 4 mesi (T1), l'attività fisica a T1 predice significativamente e positivamente solo il benessere psicologico (.57, $p < .01$).

Inoltre, l'attività fisica a T0 predice in modo significativo e positivo l'attività fisica a T1 (.85, $p < .001$).

Infine, si può osservare nei risultati presentati nella Figura 2 come il benessere emotivo a T0 predica positivamente il benessere emotivo a T1 (.40, $p < .001$), il benessere sociale a T0 predica positivamente il benessere sociale a T1 (.42, $p < .001$) e il benessere psicologico a T0 predica positivamente il benessere psicologico a T1 (.51, $p < .001$).

FIGURA 2 | Risultati del Full Model – SEM considerando Senso di Coerenza, Attività fisica a T0 e T1, Benessere emotivo, psicologico a esociale a T0 e T1



Note: Nel grafico sono riportate le stime standardizzate.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

3.5. Discussione

La pandemia Covid-19 ha rappresentato un evento critico e imprevisto che ha cambiato profondamente la quotidianità delle persone e le proprie abitudini quotidiane. Regole e misure più o meno stringenti hanno caratterizzato quasi due anni il contesto italiano, con periodi di confinamento domestico, utilizzo della mascherina, isolamento fisico, campagna vaccinale. In questo contesto, interrogarsi sui fattori che hanno favorito e favoriscono un maggior adattamento e benessere risulta particolarmente importante. Il principale obiettivo di questo studio è stato quello di indagare la relazione tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e benessere; in particolare, chiarire se il Senso di Coerenza possa rappresentare un fattore predittivo per il benessere e per l'esercizio fisico, anche a distanza di tempo e se l'esercizio fisico possa svolgere un ruolo di mediatore tra Senso di Coerenza e benessere.

Attraverso un disegno longitudinale sono state testate le ipotesi formulate a partire dalla revisione della letteratura. Per quanto riguarda la prima ipotesi, ovvero se il Senso di Coerenza possa predire il benessere emotivo, psicologico e sociale, anche a distanza di tempo, i risultati dello studio confermano solo parzialmente l'ipotesi suddetta.

Il Senso di Coerenza, ovvero la disposizione globale di fiducia nel percepire le situazioni interne ed esterne potenzialmente stressanti come comprensibili, gestibili e dotate di senso, predice positivamente il benessere emotivo e psicologico e a distanza di tempo anche il benessere sociale. Il Senso di Coerenza, quindi, favorisce nel qui ed ora emozioni positive, soddisfazione dei confronti della propria vita e autorealizzazione personale, a distanza di tempo anche una soddisfazione rispetto al proprio ruolo e contesto sociale. Tali risultati trovano conferma in letteratura, dove si sostiene la forte associazione tra Senso di Coerenza e le dimensioni cognitive ed affettive del benessere soggettivo (Krok, 2015; Togari et al., 2008). La non significatività della relazione tra Senso di Coerenza e benessere sociale a T0 potrebbe essere giustificata dalle condizioni contestuali legate al Covid-19. A Novembre 2021 infatti, le misure di isolamento e contenimento del virus risultavano essere maggiormente restrittive rispetto al contatto sociale; mentre a Marzo 2022, con la campagna vaccinale in corso e l'adozione del Green Pass, benchè si mantenesse l'obbligo di mascherina era in corso la riapertura dei luoghi di intrattenimento e svago, eventi e competizioni sportive (vedi Decreto di Legge, 24 Marzo 2022).

Tali fattori contestuali risultano variabili intervenienti difficilmente controllabili dai ricercatori di questo studio ma in un'ottica eco-sistemica di promozione della salute si sostiene siano importanti da sottolineare. I modelli ecologici-sociali, infatti, riconoscono gli individui come incorporati all'interno di sistemi sociali e contestuali più ampi e descrivono la salute e i risultati sulla salute entro relazioni interattive tra individui e i propri ambienti (Bronfenbrenner, 1979; Sallis et al., 2008; Stokols, 1992). Per quanto riguarda la relazione predittiva del Senso di Coerenza sull'esercizio fisico, anche a distanza di tempo, i risultati della ricerca confermano solo parzialmente tale ipotesi; il Senso di Coerenza si associa infatti positivamente all'attività fisica solo a T0 ma non a distanza di quattro mesi dalla prima raccolta dati. Si deduce quindi che il legame tra le due variabili appare confermato, come dimostra la letteratura (Moyers & Hagger, 2020); tuttavia, non si è raggiunto l'obiettivo di comprendere meglio la natura della relazione tra Senso di Coerenza e attività fisica. Ciò può essere giustificato da una serie di fattori. Il primo riguarda il possibile errore di misurazione, l'esercizio fisico infatti è stato valutato tramite quesiti self-report, senza l'uso di una scala validata; inoltre, non è stato fatto alcun riferimento all'intensità dell'attività fisica, come invece viene suggerito da alcuni studi (ad esempio Craig et al., 2003; Mannocci et al., 2012; Moyers & Hagger, 2020). I quesiti formulati erano generici e riguardavano l'ambiente dell'attività fisica e la compagnia nel portarla avanti; non la tipologia di esercizio svolto. Da sottolineare come ulteriore elemento è che le misure self-report sono soggette a bias attribuibili a una desiderabilità sociale e al ricordo (Adams et al., 2005; Robinson et al., 1991; Sallis & Saelens, 2005), oltre che risulta più facile avere risposte meno fedeli per il comportamento. Per cercare di rispondere a questo bias sarebbe auspicabile, in futuro, utilizzare metodi più ecologici di rilevazione del comportamento come dispositivi tecnologici indossabili.

Rispetto alla giustificazione teorica di tale risultato, è possibile considerare l'ipotesi che l'attività fisica, in quanto comportamento di orientamento preventivo alla salute, ovvero di Risorsa di Resistenza Generalizzata (GRR), possa rappresentare essa stessa un fattore causale per il Senso di Coerenza (Monma et al., 2017), per cui sarebbe auspicabile in futuro adottare disegni longitudinali che possano esplorare meglio la relazione dinamica e reciproca tra le due variabili (Moyers & Hagger, 2020).

Veniamo ora alla terza ipotesi testata nel presente studio, ovvero il ruolo di mediatore dell'esercizio fisico nella relazione tra Senso di Coerenza e benessere. L'esercizio fisico si associa positivamente al benessere psicologico ed emotivo nel qui ed ora ma

non al benessere sociale; mentre a distanza di quattro mesi l'esercizio fisico predice negativamente il benessere psicologico. L'esercizio fisico a T1 sembra associarsi positivamente solo al benessere psicologico. L'ipotesi viene quindi parzialmente confermata, il fare attività fisica si associa nel qui ed ora a emozioni positive e autorealizzazione personale e tale risultato si mantiene dopo quattro mesi solo per la componente cognitiva del benessere. Tali risultati sono in linea con quanto sostenuto in letteratura per cui l'attività fisica svolge un ruolo promotivo sul benessere percepito (Kukihara et al., 2018; Patel et al., 2013). Il risultato, invece, che appare in contrasto con l'ipotesi formulata e che merita delle riflessioni e ulteriori approfondimenti riguarda la relazione tra esercizio fisico a T0 e benessere psicologico a T1, che risulta associata negativamente. Ovvero l'esercizio fisico predice a distanza di tempo un minor benessere, in termini di più bassa espressione delle proprie potenzialità, risorse e predisposizioni individuali. Oltre ai limiti della scala sull'esercizio fisico, precedentemente sottolineati, occorre considerare variabili intervenienti all'interno del modello che potrebbero moderare o influenzare la relazione tra queste due variabili; ad esempio, diversi studi hanno dimostrato effetti a lungo termine del Long Covid-19, per coloro che hanno contratto il virus, che portano, tra i diversi sintomi, anche stanchezza cronica e difficoltà nello svolgere movimento e attività fisica (Delbressine et al., 2021). Questo potrebbe associarsi ad una maggior frustrazione legata all'impossibilità di raggiungere i propri obiettivi personali o di non poter appunto esprimere le proprie potenzialità. Inoltre, sarebbe interessante, come ulteriore approfondimento futuro, esplorare il ruolo moderatore di variabili sociodemografiche come l'età, il sesso o le condizioni di lavoro, che potrebbero aiutare a chiarire meglio il modello.

Per quanto riguarda invece la mancata associazione tra esercizio fisico e benessere sociale, anche in questo caso è bene considerare l'influenza del contesto storico in cui è stata svolta la ricerca. Ossia non è possibile affermare che tale risultato sia realmente in contrasto con la letteratura (Lotan et al., 2005), nel periodo della ricerca, infatti, come sottolineato in precedenza, l'attività fisica con altri non era raccomandata e favorita dalle restrizioni in contrasto con la diffusione dell'epidemia. Ulteriori studi saranno quindi necessari in futuro per chiarire meglio tale relazione.

Il presente studio presenta un serie di limiti. In primo luogo, il disegno longitudinale dello studio ha previsto una sola seconda rilevazione a distanza di quattro mesi, il tempo relativamente breve tra le due misurazioni e l'assenza di raccolte dati anche a

distanza di maggior tempo, non consente di fare inferenze sulla stabilità della relazione e sulla causalità tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e benessere. In secondo luogo, nella discussione dei risultati è apparso evidente come questi possano essere stati influenzati dal contesto pandemico che può aver determinato, con fattori intervenienti non controllabili, un impatto sul modello testato. Un disegno longitudinale a distanza di maggior tempo consentirebbe di monitorare e chiarire maggiormente il legame tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e benessere. In terzo luogo, come già precedentemente sottolineato, l'uso di una scala non validata per l'esercizio fisico può aver causato errori di misura non controllabili. Infine, da sottolineare l'assenza di variabili moderatrici (es. socio-demografiche) che avrebbero potuto chiarire meglio alcuni risultati sulla relazione tra le variabili.

Nonostante queste criticità lo studio presenta dei meriti importanti. Innanzitutto, ha provato a rispondere al gap attualmente esistente in letteratura sulla relazione tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e gli effetti sul benessere. Inoltre, ha considerato il benessere non in termini negativi, ovvero riduzione del malessere ma come espressione delle componenti cognitive, emotivo e sociali del benessere stesso (Keyes, 2005; Keyes, 2007). Lo studio ha adottato un disegno longitudinale che consente di esplorare meglio le relazioni di causalità tra fattori psicologici e comportamentali. Tale ricerca consente di aprire possibilità di indagine e intervento nell'ambito della promozione della salute, evidenziando come il Senso di Coerenza si confermi essere un fattore importante per il benessere e per l'esercizio fisico e come tale è importante chiarire e perseguire obiettivi di promozione dello stesso.

Infine, è essenziale sottolineare la chiave di lettura eco-sistemica dei risultati come valore aggiunto per non considerare l'individuo come una monade separata dal contesto storico-culturale. Entro tale prospettiva la salute risulta essere il prodotto dell'interdipendenza tra persone e il proprio sistema sociale di appartenenza.

Bibliografia

- Adams, S. A., Matthews, C. E., Ebbeling, C. B., Moore, C. G., Cunningham, J. E., Fulton, J., Hebert, J. R. (2005). The effect of social desirability and social approval on self-reports of physical activity. *American Journal of Epidemiology*; 161(4), 389–398. <https://doi.org/10.1093/aje/kwi054>
- Adorni, R., Zanatta, F., D'Addario, M., Atella, F., Costantino, E., Iaderosa, C., . . . Steca, P. (2021). Health-Related Lifestyle Profiles in Healthy Adults: Associations with Sociodemographic Indicators, Dispositional Optimism, and Sense of Coherence. *Nutrients*, 13(11), 3778. Doi: 10.3390/nu13113778
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances*, 8(4), 33–49.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. Doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-z
- Arslan, G., Yildirim, M., Tanhan, A., Bulus, M., & Allen, K. A. (2020). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
- Associazione Italiana di Psicologia (2015). Codice Etico per la Ricerca in Psicologia. Available online at: <https://www.aipass.org/node/11560> (accessed 27 giugno 2022).
- Barni, D., Danioni, F., Canzi, E., Ferrari, L., Ranieri, S., Lanz, M., Iafrate, R., Regalia, C., & Rosnati, R. (2020). Facing the COVID-19 pandemic: The role of sense of coherence. *Frontiers in Psychology*, 11, 578440. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578440>
- Barni, D., Tagliabue, S. (2005). Sense of coherence scale di Antonovsky: un contributo alla validazione italiana. (3): 151-166 <http://hdl.handle.net/10807/10345>
- Binkowska-Bury, M., & Januszewicz, P. (2010). Sense of coherence and health-related behaviour among university students-a questionnaire survey. *Central European Journal of Public Health*, 18(3), 145. Doi: 10.21101/cejph.a3591
- Blasi, E., Nucera, M., Cicatiello, C., & Franco, S. (2013). Socio-demographic components of eudaimonic well-being: A survey in an Italian province. *Social Indicators Research*, 113(1), 451-470. Doi: 10.1007/s11205-012-0104-y
- Bonacchi, A., Miccinesi, G., Galli, S., Chiesi, F., Martire, M., Guazzini, M., Toccafondi, A., Fazzi, L., Balbo, V., Vanni, D., Rosselli, M., & Primi, C. (2012). The dimensionality of Antonovsky's Sense of Coherence Scales: An investigation with Italian samples. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 19(2), 115–134.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge; trad. It. Ecologia dello sviluppo umano, il Mulino, Bologna.

Browne, M. W., & Cudek, R. (1993). Alternative ways to assess model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.

Capone, V., Caso, D., Donizzetti, A. R., & Procentese, F. (2020). University student mental well-being during COVID-19 outbreak: What are the relationships between information seeking, perceived risk and personal resources related to the academic context? *Sustainability*, *12*(17), 7039. <https://doi.org/10.3390/su12177039>

Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, *29*(4), e13074. <https://doi.org/10.1111/jsr.13074>

Coulthard H., Sharps M., Cunliffe L., Van Den Tol A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, *161*. Doi: 10.1016/j.appet.2020.105082

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*, *35*(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>

Delbressine, J. M., Machado, F., Goërtz, Y., Van Herck, M., Meys, R., Houben-Wilke, S., Burtin, C., Franssen, F., Spies, Y., Vijlbrief, H., van 't Hul, A. J., Janssen, D., Spruit, M. A., & Vaes, A. W. (2021). The Impact of Post-COVID-19 Syndrome on Self-Reported Physical Activity. *International journal of environmental research and public health*, *18*(11), 6017. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116017>

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social indicators research*, *100*(2), 185-207. Doi: 10.1007/s11205-010-9632-5

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attinà, A., Bianco, F. F., Caparello, G., Camodeca, V., Carrano, E., Ferraro, S., Giannattasio, S., Leggeri, C., Rampello, T., Lo Presti, L., Tarsitano, M. G., & De Lorenzo, A. (2020). Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, *12*(7), 2152. <https://doi.org/10.3390/nu12072152>

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, *55*(1), 34. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34

Edwards, S. (2002). Physical exercise and psychological wellness. *International Journal of Mental Health Promotion*, *4*(2), 40-46. <https://doi.org/10.1080/14623730.2002.9721860>

Elmacioğlu F., Emiroğlu E., Ülker M. T., Kırçali B. Ö. and Oruç S. (2020). Evaluation of nutritional behaviour related to COVID-19. *Public Health Nutrition: 24*(3), 512–518. Doi: 10.1017/S1368980020004140

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *60*(5), 376–381. Doi: 10.1136/jech.2005.041616

- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life. A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938–944. Doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London, Sage.
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., & Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET Collaborative Network. *European Psychiatry*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(1), 173–178. doi:10.1249/01.mss.0000180883.32116.28
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4779. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Hassmen, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0597>
- Li-tze Hu & Peter M. Bentler (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6:1, 155, DOI: 10.1080/10705519909540118
- Ingram, J., Maciejewski, G., & Hand, C. J. (2020). Changes in Diet, Sleep, and Physical Activity Are Associated With Differences in Negative Mood During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in psychology*, 11, 588604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588604>
- Robinson, J. P., Shaver, P. R., Wrightsman, L. S. (Eds.), (1991). Measures of personality and social psychological attitudes, *Academic Press*, San Diego (CA), pp. 17-59. Doi: 10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.
- Kenny, D. (2020). *Measuring model fit*. Available from: <http://davidakenny.net/cm/fit.htm> [Accessed 21 Luglio, 2022].
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539. Doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95. DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erl.

- Keyes, C. L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The journal of positive psychology*, 4(3), 197-201. Doi: 10.1080/17439760902844228
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(3), 181-192. Doi: 10.1002/cpp.572
- Kline, R. B. (1998). Principles and practice of structural equation modeling. *The Guilford Press*. New York.
- Kohut, M. L., McCann, D. A., Russell, D. W., Konopka, D. N., Cunnick, J. E., Franke, W. D., Castillo, A. E., Reighard, A. E., & Vanderah, E. (2006). Aerobic exercise, but not flexibility/resistance exercise, reduces serum IL-18, CRP, and IL-6 independent of β -blockers, BMI, and psychosocial factors in older adults. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20(3), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2005.12.002>
- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A. L., & Feldt, T. (2013). Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 99-114. Doi: 10.1007/s10902-011-9318-y
- Krok, D. (2015). The mediating role of optimism in the relations between sense of coherence, subjective and psychological well-being among late adolescents. *Personality and Individual Differences*, 85, 134-139. Doi: 10.1016/j.paid.2015.05.006
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Tamura, Y., Arita, K., & Nakashima, E. (2018). The mediating effects of resilience, morale, and sense of coherence between physical activity and perceived physical/mental health among Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(4), 544-552. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0265>
- Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238–244. Doi: 10.1093/heapro/dal016
- Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhalsan Research Centre, Health Promotion Research and the UIHPE GlobalWorking Group on Salutogenesis. Doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_1
- Lotan, M., Merrick, J., & Carmeli, E. (2005). A review of physical activity and well-being. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(1), 23-32. Doi: 10.1515/ijamh.2005.17.1.23
- Mannocci, A., Di Thiene, D., Del Cimmuto, A., Masala, D., Boccia, A., De Vito, E., & La Torre, G. (2012). International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *Italian Journal of Public Health*, 7(4). Doi: 10.2427/5694
- Monma, T., Takeda, F., & Okura, T. (2017). Physical activities impact sense of coherence among community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(11), 2208–2215. <http://doi.org/10.1111/ggi.13063>

- Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1-29. Doi: 10.1080/1750984X.2020.1846068
- Myers, V., Drory, Y., & Gerber, Y. (2011). Sense of coherence predicts post-myocardial infarction trajectory of leisure time physical activity: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 11(1), 708. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-708>
- Patel, A., Keogh, J. W. L., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Ageing and Mental Health*, 17, 766-72. Doi: 10.1080/13607863.2013.781118
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193. doi:10.1097/00001504-200503000-00013
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social indicators research*, 121(1), 291-312. Doi: 10.1007/s11205-014-0629-3
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes' model of mental health with personal growth initiative as a parcimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*., 56, 321-329. Doi: 10.1037/a0013954
- Ross, C. E., & Hayes, D. (1988). Exercise and psychological well-being in the community. *American Journal of Epidemiology*, 127(4), 762–771. Doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114857
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. Doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sallis, J. F., & Saelens, B. E. (2005). Assessment of physical activity by self-report: Status, limitations, and future directions. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71: sup2, 1- 14. <https://doi.org/10.1080/02701367.2000.11082780>
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465-486). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sardu, C., Mereu, A., Sotgiu, A., Andriussi, L., Jacobson, M. K., & Contu, P. (2012). Antonovsky's sense of coherence scale: cultural validation of SOC questionnaire and socio-demographic patterns in an Italian population. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 1. Doi: 10.2174/1745017901208010001
- Schafer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., G.ritz, A. S., & Michael, T. (2020). Impact of Covid-19 on public mental health and the buffering effect of a sense

of coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 386–392. <https://doi.org/10.1159/000510752>

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8, 23–74.

Silarova, B., Nagyova, I., Rosenberger, J., Studencan, M., Ondusova, D., Reijneveld, S. A., & van Dijk, J. P. (2014). Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 345–356. <http://doi.org/10.1177/1474515113497136>

Sipos, E., Jeges, S., & Tóth, Á. (2015). Sport, sense of coherence, and self-esteem among 16 and 17-year-olds. *European Journal of Mental Health*, 10(1), 62–77. <https://doi.org/10.5708/EJMH.10.2015.1.4>

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6–22. Doi: 10.1037//0003-066x.47.1.6

Tanaka, J. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. A. Bollen & F. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10–39). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Thomas, K., Nilsson, E., Festin, K., Henriksson, P., Lowén, M., Löf, M., & Kristenson, M. (2020). Associations of Psychosocial Factors with Multiple Health Behaviors: A Population-Based Study of Middle-Aged Men and Women. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1239. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041239>

Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, T. S., Yamaki, C. K., & Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1335–1347. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.002>

Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T., & Bingham, S. A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(10), 871–876. Doi: 10.1136/jech.2006.056275

Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64(4), 678. Doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678

West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56–75). Sage Publications, Inc.

World Medical Association (WMA) (2004). World medical association declaration of helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *J.n Int. Bioéthique* 15, 124–129. doi: 10.3917/jib.151.0124

Zaccagni, L., Toselli, S., Barbieri, D. (2021). Physical Activity during COVID-19 Lockdown in Italy: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 6416. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126416>

Znazen, H., Slimani, M., Bragazzi, N. L., & Tod, D. (2021). The Relationship between Cognitive Function, Lifestyle Behaviours and Perception of Stress during the COVID-19 Induced Confinement: Insights from Correlational and Mediation Analyses. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3194. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063194>

Appendice

Per cominciare, qualche informazione personale...

- 1) Indichi la sua età (in anni compiuti) _____
- 2) Indichi il suo genere:
 1. Maschio
 2. Femmina
 3. Preferisco non specificarlo
- 3) Qual è il suo stato civile?
 1. Coniugata/o convivente
 2. Single
 3. Separata/o o divorziata/o
 4. Vedova/o
- 4) Istruzione (Indichi il più elevato livello conseguito):
 1. Nessun titolo
 2. Licenza elementare
 3. Licenza media inferiore
 4. Diploma di scuola professionale
 5. Diploma di scuola superiore
 6. Diploma universitario, laurea breve
 7. Laurea e oltre. Indirizzo umanistico (es. Sociologia, Psicologia, Scienza politiche, Lettere e filosofia, ecc.)
 8. Laurea e oltre. Indirizzo scientifico (es. Ingegneria, Matematica, Biologia, Medicina, ecc.)

Se ripensa all'ultimo mese. Con che frequenza ha messo in atto tali pratiche

mai, una o due volte al mese, due o tre volte al mese, almeno una volta alla settimana, 2 o 3 volte la settimana, tutti i giorni, più volte al giorno

- 5) Esercizio fisico da solo
- 6) Esercizio fisico con altri
- 7) Esercizio fisico all'aperto
- 8) Esercizio fisico al chiuso

Risponda alle domande che seguono riguardo a come si è sentito/a durante l'ultimo mese. Risponda contrassegnando con una crocetta l'opzione che più si avvicina alla sua posizione

Nell'ultimo mese quanto spesso..

mai - Una o circa una o due volte - Circa due o tre volte alla settimana - Quasi ogni giorno - Ogni giorno

- 9) Si è sentito felice
- 10) Si è sentito interessato alla vita
- 11) Si è sentito soddisfatto
- 12) Ha sentito di poter fare qualcosa di importante per la società

- 13) Si è sentito parte di una comunità (un gruppo o il tuo quartiere)
- 14) Ha sentito che la nostra società sta diventando un posto migliore per gente come te
- 15) Ha sentito che le persone sono fundamentalmente buone
- 16) Ha sentito che il modo in cui funziona la nostra società ha un senso per lei
- 17) Ha sentito che le piacciono la maggior parte degli aspetti della sua personalità
- 18) Si è sentito bene nel gestire le responsabilità della tua vita quotidiana
- 19) Ha sentito di avere delle relazioni sincere e cordiali con gli altri
- 20) Ha sentito di aver avuto delle esperienze che l'hanno aiutata a crescere e a diventare una persona migliore
- 21) Si è sentito capace di pensare o esprimere le sue idee e opinioni
- 22) Ha sentito che la sua vita ha un senso

Le chiediamo ora di esprimere il suo orientamento rispetto alla seguente serie di domande ed affermazioni. Per ciascuna di esse è riportata una scala da 1 a 7; legga attentamente le alternative poste ai due estremi di ogni scala. Esprima la sua posizione facendo una croce sul valore che meglio rappresenta ciò che lei pensa o prova.

23) Fino ad ora la sua vita:

Non ha avuto obiettivi o scopi chiari							Ha avuto obiettivi o scopi chiari
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24) Per lei fare le cose di tutti i giorni è occasione di:

Sofferenza e noia							Piacere e soddisfazione
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

25) Quando succede qualcosa, lei trova generalmente che:

Ha enfatizzato o sminuito l'importanza dell'evento							Ha visto le cose nella giusta proporzione
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26) Ha la sensazione che non le importi quello che accade intorno a lei?

Raramente o mai							Molto spesso
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

27) Ha la sensazione di essere trattato/a ingiustamente?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Ha la sensazione di trovarsi in situazioni poco familiari e non sapere cosa fare?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Molte persone, anche quelle con un carattere forte, si sentono come perdenti in certe situazioni. Quanto spesso in passato le è capitato di sentirsi così?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30) Quanto spesso ha la sensazione che ci sia poco senso nelle cose che fa nella vita di tutti i giorni?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31) Quanto spesso prova sentimenti che non è sicuro/a di riuscire a controllare?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32) Ha sensazioni ed idee confuse e poco chiare?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Le succede di provare sentimenti che preferirebbe non provare?

Raramente o mai			Molto spesso			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34) Le è successo in passato di rimanere sorpreso/a dal comportamento di persone che pensava di conoscere bene?

Mai			Sempre			
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) E' capitato che persone su cui contava l'abbiano delusa?

Mai					Sempre	
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Modelli di lavoro e influenza sul benessere e comportamenti di salute nel periodo Covid-19: una revisione sistematica della letteratura

4.1. Abstract

Il lavoro da remoto ha rappresentato una strategia diffusa per far fronte alla pandemia Covid-19 e potrebbe rappresentare un modello di lavoro importante nel prossimo futuro. Comprendere l'influenza che il lavoro da remoto ha avuto sul benessere e comportamenti di salute, quali l'attività fisica o l'alimentazione, in particolare dei lavoratori nel periodo pandemico, appare centrale. Partendo dalle presenti premesse, la seguente revisione sistematica della letteratura ha preso avvio con la ricerca bibliografica in quattro database (Scopus, PsycINFO, EBSCO e Google Scholar), otto studi (29.490 partecipanti) hanno incontrato i criteri di inclusione, di questi sette hanno indagato la relazione tra lavoro da casa e benessere e tre tra lavoro da casa ed attività fisica. Il benessere è stato concettualizzato e indagato in modo molto differenziato, considerando sia il contesto specifico lavorativo, sia la sua connotazione multidimensionale. Lo stress e gli stati affettivi positivi mostrano risultati contrastanti tra gli studi; le altre dimensioni del benessere non sembrano differenziarsi in modo significativo tra i modelli di lavoro. Anche gli studi sull'attività fisica giungono a risultati contrastanti. Le evidenze sulla relazione tra lavoro da casa e benessere e attività fisica dei lavoratori rimangono aperte. Aspirabile nelle ricerche future sarà chiarire ulteriormente il tema del benessere e la sua misurazione e portare avanti dei disegni di ricerca maggiormente rigorosi, che possano coniugare anche metodi qualitativi capaci di approfondire ulteriormente l'esperienza personale dei lavoratori.

4.2. Introduzione

Il lavoro da remoto rappresenta un fenomeno in rapida evoluzione (Eurofound and the International Labour Office, 2017). Nel contesto italiano la prima proposta di legge

per provare a definire e normare questo modello di lavoro risale al 2014. Tuttavia, solo nel 2020, con l'avvento della pandemia Covid-19 si è assistito ad un cambiamento repentino e ad un'adozione generalizzata, questo per poter far fronte alla pandemia e garantire la prosecuzione delle mansioni sia nel contesto pubblico che in quello privato (Bonacini et al., 2020; Choudhury et al., 2020; Hayes, 2020). La modalità a distanza ha consentito di lavorare in sicurezza da casa, attenendosi alle prescrizioni di distanziamento fisico emanate dalle agenzie sanitarie a livello nazionale e internazionale (WHO, 2020). Una recente revisione ha concluso che questo massiccio passaggio al lavoro da casa ha richiesto l'adattamento sia dei datori di lavoro che dei dipendenti. Tale cambiamento non ha riguardato solo le infrastrutture ma anche i modelli organizzativi, le competenze di gestione del personale ma anche le abilità individuali di organizzazione del tempo e del carico di lavoro (Kniffin, et al., 2021). L'espressione lavoro da remoto risulta essere estremamente generica e fuorviante in quanto comprende almeno due tipologie differenti di modelli di lavoro: il telelavoro e lo smartworking. Con la prima espressione, coniata negli anni Settanta da Niles, si fa riferimento all'uso di dispositivi informatici per fornire lavoro a distanza. I tempi di lavoro rimangono rigidi e dipendono dagli accordi tra le parti (Collins, 2005; Haddon, & Brynin, 2005). Nel caso dello smart working, invece, l'attività lavorativa viene realizzata a distanza ma si caratterizza per la flessibilità e autonomia rispetto ai tempi e luoghi (Zappalà et al., 2017). In entrambi i casi quindi ci sono due caratteristiche simili: lo svolgere l'attività lavorativa al di fuori del setting aziendale e l'uso delle tecnologie informatiche.

Il "Working from home" è stata una risposta importante da parte delle Aziende nel momento emergenziale, si pone la questione oggi in merito a quanto questo cambiamento repentino e non evitabile abbia modificato o messo in discussione le modalità lavorative tradizionali aprendo scenari in cui il telelavoro o lo smartworking diventeranno una possibilità stabile (Bolisani et al., 2020; Marino & Capone, 2021). La letteratura sull'impatto del lavoro da remoto sul benessere e comportamenti di salute è varia e alquanto eterogenea. È innegabile, infatti, che le condizioni di lavoro da remoto e presso la sede aziendale siano molto diverse. Le ricerche evidenziano come le caratteristiche del lavoro, il tipo di occupazione e il luogo di lavoro possano influenzare la salute dell'individuo (Butterworth et al., 2011; Grzywacz et al., 2008; Kim et al., 2016). Ter Hoeven e Van Zoonen (2015) sostengono che la maggior flessibilità del lavoro domestico favorisce un maggior bilanciamento tra lavoro e vita

privata e un'augmentata autonomia e soddisfazione, elementi che sembrano accrescere il benessere. Altri studi, al contrario, sottolineano come lo svolgere le proprie mansioni da remoto si associ spesso a vissuti di colpa (Moe & Shandy, 2010) e una tendenza a lavorare maggiormente per ricambiare la flessibilità consentita, per esempio rispondendo a mail anche al di fuori dell'orario lavorativo (Chesley, 2010). Questa labilità dei confini tra lavoro e non lavoro può rappresentare una fonte di stress (Chesley, 2014; Tietze & Musson, 2005).

Attualmente in letteratura sono presenti alcune scoping review o systematic review che hanno l'intento di esplorare l'associazione tra un modello di lavoro da remoto e il benessere. Per esempio, Lunde e colleghi (2022) hanno indagato, attraverso una revisione sistematica della letteratura, la relazione tra telelavoro e salute dei lavoratori. Sono stati selezionati quattordici studi. Gli autori hanno riscontrato risultati limitati e divergenti riguardo l'effetto del telelavoro da casa sulla soddisfazione di vita e il tempo libero e la salute generale. Il limite di questa revisione è che ha considerato solo il telelavoro come modello lavorativo da remoto. In un'altra revisione sistematica della letteratura del 2019, Charalampous e colleghi hanno esplorato la relazione tra lavoro da remoto e benessere nel contesto lavorativo, considerando le sue cinque dimensioni: affettiva, cognitiva, sociale, professionale e psicosomatica (Van Horn et al., 2004). Sono stati inclusi sessantatre studi che impiegavano modelli quantitativi, qualitativi e metodi misti. I risultati mostrano come sia maggiormente indagato all'interno della letteratura scientifica il benessere affettivo e sociale, meno quello cognitivo e psicosomatico. Inoltre, benchè il lavoro da remoto si associ ad un maggior benessere, ovvero emozioni positive, maggiore soddisfazione per il proprio lavoro e impegno organizzativo e minor esaurimento emotivo; vengono evidenziati anche aspetti negativi, quali l'isolamento sociale e professionale e le minacce percepite rispetto all'avanzamento di carriera (Charalampous et al., 2019).

È chiaro che questi risultati, estremamente interessanti anche se non risolutivi e dibattuti, rischiano di non essere paragonabili con gli studi condotti durante il Covid-19; in questo periodo, infatti, il lavoro da remoto non era dettato solo da accordi ed esigenze individualizzate quanto da fattori esterni, legati principalmente all'evitamento del rischio contagio e all'adesione delle disposizioni in merito alla salute e al contenimento del virus. Questo ha fatto sì che venissero coinvolti nel lavoro da casa, senza o con limitata possibilità di scelta, una grossa porzione di lavoratori a livello internazionale.

Ad esempio, Johnson e colleghi (2020) hanno rilevato che il lavoro da casa nel periodo Covid sia caratterizzato da una percezione di isolamento sociale e solitudine, legati alla diminuzione delle interazioni tra colleghi e un aumento dei conflitti familiari, connessi al mantenimento dell'equilibrio tra lavoro e famiglia (Johnson et al. 2020). Marino e Capone hanno condotto una scoping review per sistematizzare i principali studi che, dal 2014 al 2020, hanno indagato la relazione tra l'introduzione di pratiche di smart working e il benessere individuale, tenendo conto delle eventuali differenze determinate dallo scenario pandemico (Marino & Capone, 2021). Undici studi quantitativi e qualitativi sono stati inclusi nella review. Ciò che emerge è che nel periodo della pandemia i lavoratori abbiano maggiormente fatto esperienza del "tecnostress", cioè lo stress legato all'uso delle tecnologie, dovuto alla necessità di "riconvertire" il proprio lavoro e la propria vita personale adattandosi al periodo da remoto. Inoltre, viene sottolineato il ruolo dell'equilibrio tra lavoro e vita privata come promotore di benessere e prestazioni lavorative migliori (Felstead et al., 2017; Grant et al., 2013; Grant et al., 2019; Marino & Capone, 2021). Infine, viene rimarcata l'importanza della cultura organizzativa nel promuovere uno smartworking che consente ai lavoratori di preservare adeguatamente i confini tra vita personale e quella lavorativa (Timms et al., 2015; Sirgy & Lee, 2018).

Dalle revisioni e dagli studi sopracitate emerge una certa varietà nella concettualizzazione e nell'indagine sul benessere. In accordo con Taris & Schaufeli (2015) il benessere può essere considerato secondo due direttrici: la prima riguarda il contesto, che può essere non vincolato (es. qualità di vita), oppure specifico (es. benessere lavorativo); la seconda in cui viene operazionalizzato in termini di stato affettivo o costruito multidimensionale. Gli autori suggeriscono di considerare il benessere come un concetto dominio specifico e come costruito multidimensionale. Questo perché consente da una parte di considerare i diversi modelli sviluppati a livello empirico. Ad esempio, Ryff (1989; Ryff & Keyes, 1995) teorizza il benessere in termini di autonomia, accettazione di sé, relazioni positive con gli altri, padronanza ambientale, crescita personale, scopo nella vita. Oppure Warr (1987; 1994) per cui il benessere rispecchia lo stato affettivo, le aspirazioni, il grado di autonomia e la percezione di competenze delle persone. Dall'altra parte il benessere dominio specifico mostra associazioni più forti con i suoi antecedenti (Warr, 1987; 1994), come la performance lavorativa. Considerare il benessere senza un dominio specifico,

tuttavia, consente di indagare meglio la salute mentale dei lavoratori e l'impatto del lavoro nei diversi ceti sociali.

Rispetto ai comportamenti di salute, elemento importante per lo stile di vita di una persona, studi condotti negli ultimi due anni hanno evidenziato come il lavoro da casa fosse associato ad una maggior sedentarietà (Mascherini et al., 2021) e ad abitudini alimentari meno salutari come assumere alimenti più ricchi di grassi o zuccherati o mangiare davanti al pc (Ingram et al., 2020). Altri studi invece, non hanno rilevato tali cambiamenti (Barone Gibbs et al., 2021; Yang et al., 2021). Risulta aperta e poco esplorata la relazione tra modello di lavoro da remoto e comportamenti di salute come l'alimentazione e l'esercizio fisico. Gli studi in questo ambito risultano ancora limitati. Le revisioni e gli studi sin qui considerati non consentono di giungere alla conclusione se il lavoro da casa abbia o meno una relazione significativa con il benessere e la salute dell'individuo. Inoltre, non sono presenti attualmente in letteratura revisioni sistematiche della letteratura che considerino in particolare le ricerche condotte nel periodo della pandemia Covid-19. Come abbiamo sottolineato in precedenza, i risultati ottenuti pre-Covid-19 e quelli durante il periodo pandemico sarebbero difficilmente comparabili in quanto le condizioni che hanno dato avvio al lavoro da casa risultano essere estremamente eterogenee. Per rispondere a questa mancanza, scopo del presente contributo sarà quello di indagare gli studi che esplorano la relazione tra lavoro in remoto da casa, comportamenti di salute (in particolare alimentazione ed esercizio fisico) e benessere psicologico, nella sua connotazione contesto specifica e multidimensionale. Secondo tale concezione si considera il benessere nella sua dimensione *edonica* (Diener, 2000; Kahneman et al., 1999) concentrata sul benessere emotivo e quindi lo stato affettivo ed *eudaimonica*, riferita al benessere psicologico e sociale (Keyes & Waterman, 2003; Robitschek & Keyes, 2009), in termini di coinvolgimento, soddisfazione di vita, scopo di vita. Si considereranno, inoltre, misurazioni del benessere specificatamente legate al contesto lavorativo come l'engagement (Schaufeli et al., 2017) o in termini negativi il burnout (De Beer et al., 2020; Schaufeli et al., 2020). Infine, in un'ottica maggiormente conservativa, si esamineranno anche misure "negative" del benessere, ovvero stress e distress (Goldberg et al., 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

4.3. Metodo

La revisione sistematica della letteratura rappresenta una metodologia finalizzata ad identificare, analizzare e interpretare gli studi disponibili relativi ad una specifica domanda di ricerca in un modo il più possibile imparziale, rigoroso, trasparente e replicabile (Rowe, 2014; Snyder, 2019). Obiettivo ultimo della revisione sistematica della letteratura è quindi quello di mappare l'esistente rispetto ad una determinata tematica e fornire una sintesi della stessa per rispondere ad una particolare domanda di ricerca; questo attraverso l'identificazione di prove empiriche che rispondano a criteri di inclusione prestabiliti e stringenti (Snyder, 2019).

Criteri di inclusione

I criteri di inclusione per la selezione degli articoli sono stati: 1) studi che hanno indagato l'effetto dello smartworking o lavoro da casa o lavoro da remoto o telelavoro sul benessere o sui comportamenti di salute; 2) studi di tipo quantitativo; 3) studi cross-sectionali o longitudinali che prevedevano la comparazione tra chi lavora in remoto e chi lavora in presenza; 4) la condizione di lavoro è stata indagata su due livelli: lavoro da remoto vs. lavoro in presenza 5) il benessere è stato misurato come variabile continua; 6) l'attività fisica è stata indagata come variabile continua; 7) pubblicazioni in lingua inglese; 7) articoli pubblicati su riviste peer-reviewed; 8) studi condotti nel periodo della pandemia Covid-19. Questo ha consentito di avere un campione omogeneo e non incorrere nel rischio di comparare esperienze di lavoro troppo eterogenee, considerando le condizioni ambientali esterne e le motivazioni che hanno spinto i lavoratori nell'adottare quello specifico modello di lavoro.

I criteri di esclusione per la selezione degli articoli riguardavano gli studi qualitativi, studi che hanno considerato l'attività sedentaria, lingua diversa dall'inglese, lettere ai redattori, abstract di conferenze e dissertazioni, articoli di letteratura grigia, campione clinico. Non è stata inclusa alcuna restrizione geografica.

La decisione se includere o meno la letteratura grigia in una revisione sistematica della letteratura è tutt'ora dibattuta (Bellefontaine & Lee, 2013). Le ragioni per le quali un articolo può risultare ancora inedito o non pubblicato possono riguardare due principali aspetti. Potrebbe essere che lo studio sia di scarsa qualità e non abbia superato il processo di peer-review o non lo abbia superato immediatamente (Sacks et al., 1996). Escludere una ricerca per questo motivo potrebbe essere un vantaggio. La peer-review

è infatti un meccanismo importante per garantire la qualità di ciò che viene pubblicato e ciò non dovrebbe essere minato attraverso l'inclusione di questi studi in una revisione sistematica. Inoltre, potrebbe essere che lo studio risulti ancora in fase di revisione o non ancora inviato per la pubblicazione, che però avverrà a breve. Perdere questi studi sarebbe un punto di debolezza perché la revisione sistematica potrebbe risultare a distanza di tempo datata. Considerando il rischio della scarsa qualità degli studi come il più rilevante si è deciso di includere solo articoli sottoposti a peer-review.

Strategie di ricerca e selezione degli studi

Definiti i criteri di inclusione, è stata condotta una ricerca bibliografica utilizzando i principali operatori booleani (“AND”, “OR” e “NOT”). I database scientifici presi in considerazione sono Scopus, PsycINFO, EBSCO e Google Scholar. Lo studio è stato condotto secondo i principi delle revisioni sistematiche seguendo le linee guida di PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review e Meta-Analysis for qualitative synthesis) (Page et al., 2021).

La ricerca è stata svolta ad Aprile 2022 utilizzando questa stringa: ("smart work*" OR "work* from home" OR "remote work*") AND ("physical activity" OR "physical exercise" OR "eating behavior" OR "diet behavior" OR "food" OR "well-being" OR “wellbeing”) AND ("covid" OR "coronavirus" OR "covid-19"). Queste parole chiave sono state ritenute utili per soddisfare gli obiettivi della ricerca, ovvero le ricadute psicosociali in termini di benessere e comportamenti di salute in relazione al lavoro da casa (“smart working”, “lavoro a distanza”, “lavoro da casa”).

Il processo di selezione è stato suddiviso in due fasi ed è stato effettuato da due ricercatori indipendenti, formati nell’ambito della psicologia della salute. La prima fase di selezione si è basata sulla lettura di titoli e abstract degli articoli individuati. Nella seconda fase gli articoli pre-selezionati sono stati letti integralmente al fine di scegliere solo quei documenti che corrispondevano a tutti i criteri di ammissibilità. Come supporto a tale processo è stato utilizzato il software Rayyan⁴, utile piattaforma in cui è possibile caricare gli articoli e far svolgere la selezione degli stessi in parallelo dai due giudici, senza che questi possano vedere il lavoro dell’altro. Questo consente di garantire il processo rigoroso previsto da PRISMA. Considerando il numero esiguo di studi che hanno considerato l’effetto del lavoro da casa sull’alimentazione (2) si è

⁴ <https://www.rayyan.ai>

proceduto considerando solo gli studi che indagano la relazione tra lavoro da casa e benessere ed attività fisica. L'accordo tra valutatori, espresso in percentuale, è stato del 100%.

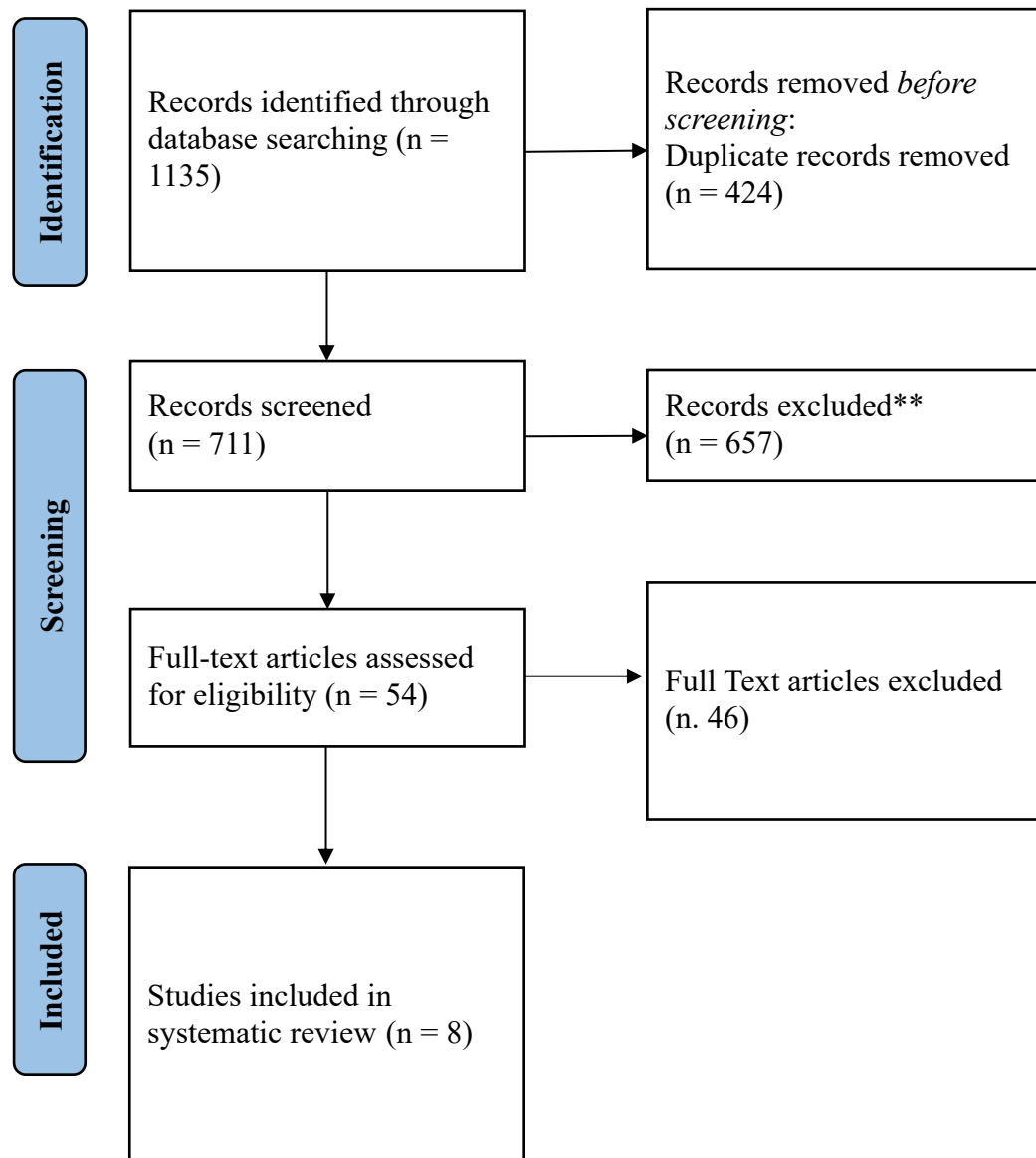
Coding

Gli stessi due ricercatori coinvolti nella selezione delle fonti bibliografiche hanno utilizzato un protocollo di codifica per estrarre tutte le informazioni rilevanti per la revisione sistematica (Cooper, 2015). In primo luogo, è stato definito lo schema di codifica comune. In secondo luogo, i ricercatori hanno eseguito il processo di codifica in parallelo. Tale schema comprendeva (a) autori; b) anno di pubblicazione dello studio; c) design dello studio (longitudinale/cros-sezionale); d) caratteristiche del campione (dimensione del campione, sesso, età); e) scala per indagare il benessere f) scala per indagare l'attività fisica; g) risultati principali dello studio.

4.4. Risultati

La Figura 1 mostra il diagramma di flusso PRISMA. La ricerca ha raccolto un totale di 1.135 risultati. Dopo aver rimosso i duplicati, sono rimasti 711 riferimenti, di cui 657 esclusi, e 54 sono stati sottoposti ad una lettura completa del testo. Di questi, 47 sono stati esclusi. Le motivazioni di esclusione riguardano: 1) studi qualitativi, 2) revisioni della letteratura, 3) topic non inerente, 4) mancanza di comparazione tra un gruppo che lavora da casa e un gruppo che lavora in sede, 5) benessere indagato come variabile categoriale, 6) attività fisica indagata in modo qualitativo, 7) studi che hanno considerato l'attività sedentaria, 8) studi che comparano il lavoro in sede vs lavoro da casa attraverso il ricordo dei partecipanti; tali studi sono stati esclusi a causa del rischio di distorsione legato al ricordo. Complessivamente, sono stati inclusi otto articoli.

FIGURA 1 | PRISMA flow diagram



Il numero di studi è relativamente esiguo, tuttavia, è comunque possibile e auspicabile procedere con la revisione sistematica.

Nella Tabella 1 è possibile prendere visione delle ricerche incluse, con le loro caratteristiche principali. Degli studi inclusi cinque presentano uno disegno cross-sezionale e tre longitudinale. Il campione finale è composto da sette studi che coinvolgono 29.490 lavoratori provenienti dai singoli studi.

Concettualizzazioni e misurazioni del benessere

Gli studi presentano concettualizzazioni e misure per il benessere differenti, ciò non rende possibile unire alla presente revisione sistematica della letteratura uno studio metanalitico. Nella Tabella 1 sono stati riportati gli strumenti utilizzati. Come si può osservare, tre studi hanno considerato il benessere strettamente legato al contesto lavorativo, in particolare Da e colleghi (2022) hanno indagato i costrutti di engagement (Schaufeli et al., 2017) e burnout (De Beer et al., 2020; Schaufeli et al., 2020); Parent-Lamarche e Boulet (2021) hanno esplorato il benessere organizzativo (Heun et al., 2001) mentre Barone Gibbs e colleghi (2021) hanno valutato il benessere in termini di salute nel contesto organizzativo che si esprime nella produttività, soddisfazione, concentrazione, irritabilità, soddisfazione verso il supervisore (Shikiar et al., 2004). Lo stesso studio di Barone Gibbs considera, inoltre, il benessere in termini più generali come qualità di vita (Hollingworth et al. 2002) ed emozioni positive (Curran et al., 1995). Tale concettualizzazione e misurazione del benessere psicologico non contesto specifica si ritrova anche negli altri quattro studi: benessere in termini negativi come misurazione dello stress o distress (Ervasti et al., 2022; Fliege et al. 2001; Goldberg et al., 1997; Pirzadeh & Lingard, 2021; Rieth & Hagemann, 2021); oppure come soddisfazione di vita (Janke & Glöckner-Rist, 2014; Pirzadeh & Lingard, 2021), presenza di affetti positivi e negativi (Rahm et al., 2017); infine, aspetti positivi della salute mentale, ovvero affetti positivi (sensazioni di ottimismo, rilassamento) (Barone Gibbs et al., 2021; Pirzadeh & Lingard, 2021; Tušl et al., 2021), relazioni interpersonali soddisfacenti e funzionamento positivo (chiarezza di pensiero, accettazione di sé, competenza, autonomia) (Lang et al., 2017; Tušl et al., 2021).

Il legame tra il lavoro da casa e il benessere

La relazione tra modello di lavoro (da casa e non da casa) e benessere appare confermata solo da una parte degli studi e i risultati risultano essere contrastanti. Tre studi, infatti, evidenziano differenze significative tra i due gruppi di lavoratori. Ossia, Ervasti e colleghi (2022), mediante uno studio longitudinale con i dipendenti pubblici mostra come coloro che hanno lavorato da casa presentino un incremento minore del distress psicologico nelle tre raccolte dati (2016, 2018 e 2020). Nello studio cross-sezionale di Rieth e colleghi (2021) giungono a conclusioni simili in merito allo stress; ovvero chi lavora da casa presenta livelli inferiori di stress. Lo studio longitudinale di Barone Gibbs e colleghi (2021) presenta la medesima differenza significativa ma in

direzione opposta, ovvero il lavoro da remoto è associato a maggiore stress rispetto al lavoro in sede.

Interessante notare, dallo studio longitudinale di Pirzadeh e colleghi (2021) come vi sia un declino generale del benessere e un aumento del distress tra marzo e giugno 2020, ciò caratterizza indistintamente tutti i lavoratori, indipendentemente dalla sede lavorativa.

Per quanto riguarda il benessere in termini di presenza di stati affettivi positivi o negativi, né lo studio longitudinale di Barone Gibbs e colleghi (2021), né i due studi cros-sezionali di Pirzadeh e colleghi (2021) e Tušl e colleghi (2021) mostrano differenze significative tra i modelli di lavoro. Al contrario, lo studio cros-sezionale di Rieth e colleghi (2021) afferma che coloro che svolgono il lavoro da remoto sperimentano stati affettivi più positivi e meno negativi rispetto a chi lavora in sede. Risultato comparabile è quello presentato da Parent-Lamarche & Boulet (2021), i quali sostengono che il lavoro da remoto sia positivamente associato al benessere, indagato appunto in termini di presenza di stati affettivi positivi.

Il benessere inteso come soddisfazione di vita, relazioni interpersonali soddisfacenti e funzionamento positivo, considerati rispettivamente da Tušl e colleghi (2021) e Pirzadeh e colleghi (2021) non presenta differenze per i due gruppi di lavoratori.

Per quanto riguarda l'engagement e il burnout considerati come indicatori di benessere contesto-specifici, presi in considerazione da Da e colleghi (2022), il modello di lavoro non costituisce una variabile discriminante.

In ultimo, neanche il benessere organizzativo, inteso come produttività, soddisfazione, concentrazione, irritabilità e soddisfazione per il supervisore mostra differenze tra i due gruppi (Barone Gibbs et al., 2021).

Lavoro da casa e attività fisica, quali risultati

Nella presente revisione sistematica solo tre studi sono stati inclusi perché rispondenti ai criteri di inclusione. L'indagine cros-sezionale di Fukushima e colleghi (2021), che coinvolge 1239 lavoratori, mostra come il modello di lavoro possa rappresentare una variabile discriminante per l'esercizio fisico; infatti, chi lavora da casa sembra spendere meno tempo nell'attività fisica e condurre quindi una quotidianità più sedentaria. Tale ricerca è l'unica che presenta differenze significative; negli studi longitudinali di Barone Gibbs e colleghi (2021) e Pirzadeh e colleghi (2021) non emergono, infatti, differenze tra i due gruppi.

Da evidenziare le diverse modalità di indagine presenti nei tre studi; infatti, Fukushima e colleghi (2021) rilevano l'attività fisica in termini di minuti spesi durante il tempo lavorativo, mentre Barone Gibbs e colleghi (2021) la indagano come minuti impiegati all'interno della settimana; infine, Pirzadeh e colleghi (2021) valutano tale costrutto come frequenza di attività fisica moderata o intensa di almeno trenta minuti nella settimana precedente su una scala Likert a sei passi da per nulla a tutti i giorni.

TABELLA 1 | Descrizione degli studi inclusi nella systematic review

Autori/Anno	Titolo/Journal	Benessere e/o attività fisica	Obiettivi dello studio	generali	Partecipanti	Design Studio/metodo	Strumenti per misurare il benessere	Strumenti per indagare l'attività fisica	Risultati principali (rispetto al topic dello studio)
Barone Gibbs, B., Kline, C. E., Huber, K. A., Paley, J. L., Perera, S. (2021)	Covid-19 shelter-at-home and work, lifestyle and well-being in desk workers - <i>Occupational Medicine</i>	Benessere e attività fisica	Studiare l'impatto del COVID-19 sulle pratiche di lavoro, sullo stile di vita e sul benessere degli impiegati durante il periodo di confinamento domestico.		112 partecipanti; 69% femmine; 72% ha iniziato a lavorare da casa.	Quantitative-Longitudinal	Le misure per il Well-being includono: health-related quality of life (Short Form (SF)-36) (Hollingworth et al. 2002), Profile of Mood States (POMS-SF) (Curran et al., 1995) e Work and Health Questionnaire (HWQ) (Shikiar et al., 2004)	Paffenbarger Physical Activity Questionnaire (Ainsworth et al., 1993)	Non sono state osservate differenze significative in coloro che hanno iniziato a lavorare da remoto durante la pandemia per l'umore, la qualità della vita, la salute sul lavoro e l'attività fisica. Solo la sottoscala dello stress mostra una differenza significativa; coloro che lavora da remoto presenta livelli di stress maggiori.
Da, S., Fladmark, S.	To Change or Not to Change: A Study of	Benessere	Esplorare l'importanza del carico di lavoro,		629 partecipanti,	Quantitative - cross-sectional	Utrecht Work - Engagement		Non vi sono differenze

F., Wara, I., Christensen, M., Innstr T, S. (2022)	Workplace Change during the COVID-19 Pandemic - <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>		del conflitto casa-lavoro (WHC) e il supporto sociale, compreso il supporto dei leader, il supporto dei colleghi e le facilitazioni famiglia-lavoro, in relazione al benessere (burnout e engagement) tra i dipendenti che hanno lavorato sul posto di lavoro (gruppo no-change) e i dipendenti che sono passati al lavoro da casa (gruppo change) durante la pandemia di COVID-19.	66,6% femmine, il change group era composto dal 48,6% partecipanti		Scale-3 (UWES, Schaufeli et al., 2017) versione ridotta a 3 items Burnout Assessment Tool (BAT, (De Beer et al., 2020; Schaufeli et al., 2020) - 12 items	significative per l'engagement e il burnout tra coloro che hanno continuato a lavorare in sede e chi ha lavorato da casa.
Ervasti, J., Aalto, V., Pentti, J., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2022)	Association of changes in work due to COVID-19 pandemic with psychosocial work environment and employee health: a cohort study of 24 299 Finnish public sector employees - <i>Occup Environ Med</i>	Benessere	Indagare l'associazione tra cambiamenti nel lavoro relativi al COVID-19 e le percezioni dell'ambiente di lavoro e della salute dei dipendenti.	24299 lavoratori pubblici, 78% femmine. 44% lavoro da casa, 56% lavoro in sede.	Quantitative - Longitudinal	General Health - Questionnaire (GHQ-12) per misurare il Distress psicologico - 12-item (Goldberg et al., 1997)	Il lavoro da casa (WFH) è associato a minor incremento del distress psicologico
Fukushima, N., Machida, M., Kikuchi, H., Amagasa, S., Hayashi, T., Odagiri, Y.,	Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. -	Attività fisica	Confrontare i livelli di attività fisica (PA) e di comportamento sedentario (SB) durante l'orario di lavoro tra coloro che lavorano da casa	1239 partecipanti 40,8 femmine; 60,1 lavoro in sede, 39,9% lavoro da casa	Quantitative-cros-sectional	- Work-related Physical Activity Questionnaire (WPAQ) (Fukushima et al., 2020)	Vi sono differenze significative tra coloro che lavorano da casa e coloro che lavorano

Takamiya, T., & Inoue, S. (2021)	<i>Journal of occupational health</i>		(WFH) e sul posto di lavoro (no WFH) e per sottogruppi WFH.						in sede. Chi lavora da casa spende meno tempo per l'attività fisica.
Parent-Lamarche, A., Boulet, M. (2021)	Employee well-being in the COVID-19 pandemic: The moderating role of teleworking during the first lockdown in the province of Quebec, Canada – <i>Work</i>	Benessere	L'obiettivo principale dello studio era determinare se il telelavoro svolgesse un ruolo moderatore nella relazione tra potenziali fattori di stress e benessere dei dipendenti durante i primi mesi della pandemia di COVID-19.	480 lavoratori. 81,7% femmine. White collar e blue collar nel pubblico (67.08%) e nel settore privato (32.92%)	Quantitative-Cross-sectional	World Health Organization's Well-being Index (WHO-5) (Heun et al., 2001) – 5 item	-		Vi è una correlazione positiva e significativa tra telelavoro e benessere. Il telelavoro è stato associato a livelli di benessere più elevati. Il telelavoro ha anche moderato le differenze di benessere tra il settore pubblico e quello privato. Il Telelavoro nel pubblico settore sembra aumentare il benessere dei dipendenti.
Pirzadeh, P., Lingard, H. (2021)	Working from Home during the COVID-19 Pandemic: Health and Well-Being of Project-	Benessere e attività fisica	Lo studio mira a esaminare le esperienze di salute e benessere in un	4 waves considerate per il benessere: 1	Quantitative-longitudinal	La scala per valutare il benessere mentale	Domanda formulata ad hoc “In the past week,		L'analisi longitudinale dei dati indica un consistente

	Based Construction Workers - <i>Journal of Construction Engineering and Management</i>		campione di lavoratori professionisti/dirigenti impegnati nel telelavoro durante il Covid-19	wave 148 partecipanti, 2 wave 98, 3 wave 79, 4 wave 66. 37,9% femmine		comprendeva 12 item. Sette estratti dallo strumento SF-36 (Ware, 1999). Altri 5 item sono stati tratti dalla Kessler Psychological Distress Scale (K10) (Kessler et al., 2002).	how often e graduale have you declino del participated benessere in moderate psicologico, or intensive non ci sono physical tuttavia activity for at least 30 differenze significative minutes?'" tra coloro che lavorano in presenza e coloro che lavorano da casa. Non vi sono differenze significative neanche per l'attività fisica praticata.
Rieth, M., & Hagemann, V. (2021)	The Impact of Telework and Closure of Educational and Childcare Facilities on Working People During COVID-19 - <i>Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie</i>	Benessere	Questo studio valuta l'impatto del telelavoro e della chiusura delle strutture educative e di assistenza all'infanzia sui lavoratori durante la pandemia COVID-19. Si confrontano condizioni di telelavoro e condizioni non di telelavoro e persone con e senza figli a casa	465 lavoratori, 65,8% femmine, 68,2% lavoro da casa, 31,8% in sede	Quantitative – Cross-sectional	Il benessere è stato misurato con le seguenti scale: Soddisfazione di vita: German Version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Janke & Glöckner-Rist, 2014) – 5 item Affetti positivi e negativi: The	Le persone che non lavorano da casa sperimentano più stress, affetti negativi e meno positivi, minor soddisfazione di vita.

							German version of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) (Rahm et al., 2017) – 12 item Stress percepito: Versione breve Perceived Stress Questionnaire (Fliege et al. 2001) – 5 item	
Tušl, M., Brauchli, R., Kerksieck, P., & Bauer, G. F. (2021)	Impact of the COVID-19 crisis on work and private life, mental well-being and self-rated health in German and Swiss employees: a cross-sectional online survey - <i>BMC Public Health</i>	Benessere	Indagare l'impatto del COVID-19 sul lavoro e sulla vita privata e le conseguenze per il benessere mentale (MWB) e la salute percepita (SRH) nei dipendenti tedeschi e svizzeri	2118 lavoratori, 45% femmine, 29,6% lavoro da casa, 70,4% lavoro in sede	Quantitative – Cross-Sectional	Benessere psicologico misurato attraverso la Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007) – versione da 7-item (Lang et al., 2017)	-	Non vi sono differenze significative per il benessere tra coloro che lavorano da casa e coloro che non lavorano da casa.

4.5. Discussione

La presente revisione sistematica della letteratura aveva come finalità generale quella di selezionare e riassumere le evidenze aggiornate e disponibili sulla potenziale relazione tra lavoro da casa nel periodo Covid-19 e il benessere, l'esercizio fisico e alimentazione dei lavoratori. Poiché gli studi che consideravano l'alimentazione, secondo i criteri di inclusione, erano solo due si è deciso di proseguire il lavoro, valutando solo le altre due variabili. Complessivamente, sono stati inclusi otto studi pubblicati tra il 2021 e il 2022. Benchè il lavoro da remoto sia un tema caldo nell'ultimo periodo a livello di letteratura scientifica, gli studi che indagano in modo rigoroso la relazione tra lavoro da casa e benessere ed attività fisica appaiono limitati. Ovvero risultano residuali gli studi che confrontano un campione che lavora da casa con uno che non lo fa oppure che indagano tale relazione secondo un disegno longitudinale.

Il benessere viene concettualizzato in modo molto diverso, così come il lavoro da remoto; in alcuni casi, infatti, viene specificato quale sia (ad esempio telelavoro oppure smartworking) ma in molti altri casi è presente un riferimento più generico in termini di WFH (working from home).

Le concettualizzazioni del benessere considerate negli studi risultano variegata. Il benessere contesto specifico (lavorativo) si presenta in termini di engagement (Schaufeli et al., 2017) e burnout (De Beer et al., 2020; Schaufeli et al., 2020) o come benessere organizzativo (Heun et al., 2001), produttività, soddisfazione, concentrazione, irritabilità e soddisfazione verso il supervisore (Shikiar et al., 2004). Il benessere non contesto specifico, nella sua connotazione multidimensionale, edonica (Diener, 2000; Kahneman et al., 1999) ed eudaimonica (Keyes & Waterman, 2003; Robitschek & Keyes, 2009) si presenta in termini di qualità di vita (Hollingworth et al. 2002), stati affettivi positivi (Rahm et al., 2017), vissuti di ottimismo e condizione di rilassamento (Barone Gibbs et al., 2021; Pirzadeh & Lingard, 2021; Tušl et al., 2021), relazioni interpersonali soddisfacenti e funzionamento positivo (chiarezza di pensiero, accettazione di sé, competenza, autonomia) (Lang et al., 2017). Il benessere è stato inoltre misurato in termini negativi, ovvero come percezione di stress o distress (Fliege et al. 2001; Goldberg et al., 1997). All'interno del presente lavoro sono stati presentati i risultati differenziandoli rispetto alla diversa concezione di benessere; questo per rendere più comprensibili e comparabili gli studi. Da

sottolineare che tale eterogeneità rende comunque il confronto parziale e non esaustivo. Rispetto alla metodologia solo tre studi presentano un disegno longitudinale, mentre cinque cross-sezionale; ciò rende difficoltoso fare inferenze generalizzabili rispetto al rapporto di causalità tra le diverse variabili considerate.

Un punto di forza degli studi considerati riguarda la provenienza geografica: sono, infatti, presenti ricerche realizzate nel contesto americano, australiano, canadese, giapponese ma anche europeo. Questo aumenta il potenziale di generalizzazione dei risultati. Inoltre, la strategia di ricerca adottata ha considerato il benessere nella sua connotazione multidimensionale, ma anche contesto specifica. Nelle intenzioni dei ricercatori, questo avrebbe consentito di considerare un bacino più ampio di studi, tuttavia, il numero di ricerche considerate è stato esiguo. Dall'altra parte è possibile ipotizzare che un limite importante di tale strategia di indagine riguarda il fatto di non avere dettagliato meglio le configurazioni del benessere dominio specifiche, questo tuttavia avrebbe potuto porre delle difficoltà di comparazione tra le misure. Tali riflessioni suggeriscono che sarebbe importante chiarire e definire meglio le cornici teoriche degli studi.

Considerando il numero esiguo di studi considerati, occorre essere cauti nel supporre generalizzazioni, ciò che emerge all'interno della presente revisione sistematica è che il legame tra modello di lavoro (da casa o in sede) e il benessere e attività fisica dei lavoratori nel periodo Covid-19 rimane una questione aperta. Ovvero, i risultati appaiono limitati e divergenti. I livelli di stress sembrano essere più alti nei lavoratori in sede per due studi (Ervasti et al., 2021; Rieth et al., 2021) e più bassi in un altro studio longitudinale (Barone Gibbs et al., 2021); mentre gli stati affettivi positivi sembrano maggiori in coloro che lavorano da casa in due studi cross-sezionali (Parent-Lamarche & Boulet, 2021; Rieth et al., 2021) ma non in altri tre studi, di cui due longitudinali e uno cross-sezionale dove non emergono differenze tra i gruppi (Barone Gibbs et al., 2021; Pirzadeh et al., 2021; Tušl et al., 2021). Non emergono, invece, differenze per il benessere contesto specifico.

Per quanto riguarda la relazione tra lavoro domestico ed esercizio fisico, solo tre studi sono stati considerati nella presente revisione; di questi, solo uno mostra delle differenze significative tra i due gruppi di lavoratori, chi lavora da casa sembra infatti dedicare minor tempo all'attività fisica rispetto a chi lavora in presenza (Fukushima et al., 2021); gli altri due studi non evidenziano alcun legame.

Tali risultati consentono di formulare alcune riflessioni importanti. Innanzitutto, per comprendere meglio il legame tra lavoro da casa e benessere occorre considerare la possibile influenza delle caratteristiche individuali dei lavoratori, aspetto non preso in considerazione nella presente revisione ma sicuramente di rilievo. Ad esempio, vi sono studi che mostrano come individui maggiormente propensi all'interazione sociale o privi di una rete sociale al di fuori del lavoro, siano influenzati negativamente dal telelavoro (Anderson et al., 2015). Oppure, coloro che presentano tratti di apertura possono vivere l'esperienza di sperimentazione di nuovi modi di lavorare più positivamente (Anderson et al., 2015). Non solo le caratteristiche individuali possono influenzare il modo di percepire il lavoro a distanza ma anche quelle contestuali, ad esempio potrebbe essere differente l'esperienza da remoto per i lavoratori che vivono da soli rispetto a quelli che devono occuparsi dei figli o devono svolgere il ruolo di caregiver. O ancora, alcune mansioni da remoto potrebbero richiedere modelli organizzativi differenti e competenze aggiuntive per i lavoratori (Kniffin et al., 2021). Rispetto al legame tra attività fisica e lavoro da remoto sarebbe importante considerare variabili mediatriche o moderatrici sia individuali, come la motivazione, l'atteggiamento nei confronti dell'esercizio fisico, le convinzioni di autoefficacia, sia ambientali, quali lo spazio a disposizione. Occorre, infatti, ricordare che tali ricerche sono state svolte durante la pandemia Covid-19, caratterizzata da una serie di misure restrittive, come la chiusura delle palestre o la richiesta di rimanere nella propria abitazione.

Inoltre, sarebbero necessari metodi più rigorosi per giungere a conclusioni più solide. Ad esempio, i dati longitudinali sono scarsi, questo limita la possibilità di definire la causalità e la direzione effettiva per la maggior parte delle relazioni sopra discusse (Charalampous et al., 2019). Sarebbe interessante considerare l'evoluzione del lavoro da remoto nelle fasi post-emergenziali, anche per poter meglio chiarire la relazione tra modalità di lavoro, benessere e comportamenti di salute.

Infine, è bene rimarcare alcuni limiti di questo lavoro. Come strategia di ricerca si è scelto di includere tutti gli studi che hanno indagato il lavoro domestico, senza differenziare per esempio lo smartworking con il telelavoro. Questo, tuttavia, pone il rischio di comparare modelli di lavoro a distanza con caratteristiche diverse. In aggiunta, per alcuni studi è risultato difficile chiarire la tipologia di lavoro svolto a distanza. Come ulteriore limite da evidenziare, vi è la decisione di inserire come criterio di selezione degli studi, il periodo del Covid-19; questo per l'uso massiccio del lavoro da casa a livello mondiale e la possibilità di confrontare lavori totalmente

da remoto con quelli in presenza. Tuttavia, il periodo legato alla pandemia Covid-19 presenta una serie di bias, ad esempio l'impossibilità di avere interazioni sociali al di fuori del contesto domestico nelle prime fasi della pandemia, piuttosto che la percezione del rischio o l'isolamento possono aver influenzato il benessere, insieme al modello di lavoro; la domanda chiave è quanto gli studi sull'effetto del lavoro da casa sul benessere colgono pienamente tale relazione e quanto invece questa può essere influenzata e spiegata con altre variabili intervenienti specifiche del periodo. In aggiunta, un limite di alcuni studi presi in considerazione è che sono basati su misure self-report con strumenti non validati, ciò rende difficile controllare gli errori di misura.

Nonostante questi limiti, il presente contributo offre una sintesi importante rispetto agli studi che indagano la relazione tra lavoro da casa, benessere e attività fisica nel periodo Covid-19. Le prospettive applicative riguardano sia l'ambito di ricerca che quello aziendale. A livello accademico sarebbe auspicabile chiarire meglio le teorie di riferimento sul benessere e definire dei disegni di ricerca il cui modello teorico appare chiaro ed esplicito. Inoltre, vi è la necessità di costruire degli studi con disegni longitudinali o Mixed Method in grado di comprendere maggiormente l'esperienza dei dipendenti rispetto al lavoro da casa e indagare effettivamente se sussiste un rapporto di causalità tra le variabili considerate. Un'ulteriore prospettiva riguarda il considerare fattori intervenienti di natura psicologica, ma anche sociale e ambientale, che possono mediare o moderare la relazione tra lavoro da casa, benessere e comportamenti di salute. A livello organizzativo-aziendale, considerando i profondi cambiamenti in atto, appare strategico focalizzare l'attenzione sull'esperienza dei lavoratori in merito allo smartworking o telelavoro, questo per chiarire quali elementi risultano funzionali allo svolgimento del proprio ruolo e quali invece potrebbero rappresentare delle fatiche, in termini di adattamento individuale e sociale.

Bibliografia

- Ainsworth, B. E., Leon, A. S., Richardson, M. T., Jacobs, D. R., & Paffenbarger, R. S., Jr (1993). Accuracy of the College Alumnus Physical Activity Questionnaire. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1403–1411. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90140-v](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90140-v)
- Anderson, A. J., Kaplan, S. A., & Vega, R. P. (2015). The impact of telework on emotional experience: When, and for whom, does telework improve daily affective well-being? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 882–897. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2014.966086>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187–200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- * Barone Gibbs, B., Kline, C. E., Huber, K. A., Paley, J. L., & Perera, S. (2021). Covid-19 shelter-at-home and work, lifestyle and well-being in desk workers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 71(2), 86–94. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab011>
- Bellefontaine, S. P., & Lee, C. M. (2013). Between Black and White: Examining Grey Literature in Meta-analyses of Psychological Research. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1378–1388. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9795-1>
- Bolisani, E., Scarso, E., Ipsen, C., Kirchner, K. and Hansen, J.P (2020), “Working from home during COVID-19 pandemic: lessons learned and issues”, *Management & Marketing. Challenges for the Knowledge Society*, Vol. 15, No. Special Issue, pp. 458-476, DOI: 10.2478/mmcks-2020-0027.
- Bonacini, L., Gallo, G., & Scicchitano, S. (2021). Working from home and income inequality: risks of a 'new normal' with COVID-19. *Journal of population economics*, 34(1), 303–360. <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00800-7>
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B., & Broom, D. H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine*, 68(11), 806–812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Chesley, N. (2010). Technology use and employee assessments of work effectiveness, workload, and pace of life. *Information, Communication & Society*, 13(4), 485–514. <https://doi.org/10.1080/13691180903473806>
- Chesley, N. (2014). Information and communication technology use, work intensification and employee strain and distress. *Work, employment and society*, 28(4), 589-610. <https://doi.org/10.1177/0950017013500112>
- Choudhury, P., Koo, W.W. and Li, X. (2020), Working (From Home) during a Crisis: Online Social Contributions by Workers during the Coronavirus Shock, Harvard Business School – Technology and Operations Management Unit, Boston, MA, Working Paper No. 20-096.
- Collins, M., (2005). The (not so simple) case for teleworking: a study at Lloyd's of London. *New Technol. Work. Employ.* 20 (2), 115–132. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2005.00148.x>

Cooper, H. (2015). *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach (Vol. 2)*. Sage publications.

Crocetti, E. (2015). *Rassegne sistematiche, sintesi della ricerca e meta-analisi*. North Charleston, NC, USA: CreateSpace.

* Da, S., Fladmark, S. F., Wara, I., Christensen, M., & Innstrand, S. T. (2022). To Change or Not to Change: A Study of Workplace Change during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1982. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041982>

de Beer, L. T., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Shimazu, A., Glaser, J., Seubert, C., Bosak, J., Sinval, J., & Rudnev, M. (2020). Measurement Invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) Across Seven Cross-National Representative Samples. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5604. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>

* Ervasti, J., Aalto, V., Pentti, J., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2022). Association of changes in work due to COVID-19 pandemic with psychosocial work environment and employee health: a cohort study of 24 299 Finnish public sector employees. *Occupational and environmental medicine*, 79(4), 233–241. <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107745>

Eurofound and the International Labour Office (2017), Working anytime, anywhere: The effects on the world of work, Publications Office of the European Union, Luxembourg, and the International Labour Office, Geneva. <http://eurofound.link/ef1658>

Felstead, A., Henseke, G. (2017). Assessing the growth of remote working and its consequences for effort, well-being and work—life balance. *New Technol. Work Employ*, 32, 195–212. <https://doi.org/10.1111/ntwe.12097>

Fukushima, N., Amagasa, S., Kikuchi, H., Takamiya, T., Odagiri, Y., Hayashi, T., Kitabayashi, M., & Inoue, S. (2020). *Sangyo eiseigaku zasshi = Journal of occupational health*, 62(2), 61–71. <https://doi.org/10.1539/sangyoeisei.2019-013-B>

* Fukushima, N., Machida, M., Kikuchi, H., Amagasa, S., Hayashi, T., Odagiri, Y., Takamiya, T., & Inoue, S. (2021). Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. *Journal of occupational health*, 63(1), e12212. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12212>

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191–197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>

Grant, C. A., Wallace, L. M., Spurgeon, P. C. (2013). An exploration of the psychological factors affecting remote e-worker's job effectiveness, well-being and work-life balance. *Empl. Relat.*, 35 (5), 527–546. <https://doi.org/10.1108/ER-08-2012-0059>

Grant, C.A., Wallace, L.M., Spurgeon, P.C., Tramontano, C. and Charalampous, M. (2019), "Construction and initial validation of the E-Work Life Scale to measure remote e-working", *Employee Relations*, 41 (1), 16-33. <https://doi.org/10.1108/ER-09-2017-0229>

Grzywacz, J. G., Butler, A. B., & Almeida, D. M. (2008). Work, family, and health: Work-family balance as a protective factor against stresses of daily life. In A. Marcus-Newhall, D. F. Halpern, & S. J. Tan (Eds.), *The changing realities of work and family: A multidisciplinary approach* (pp. 194–215). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444305272.ch10>

Haddon, L., Brynin, M., (2005). The character of telework and the characteristics of teleworkers. *New Technol. Work. Employ.* 20 (1), 34–46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2005.00142.x>

Hayes B. (2020). Working from home in medicine during coronavirus: What equipment do you need to get started and what can you do to help from home?. *Future healthcare journal*, 7(2), 163–164. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0025>

Ingram, J., Maciejewski, G., & Hand, C. J. (2020). Changes in Diet, Sleep, and Physical Activity Are Associated With Differences in Negative Mood During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in psychology*, 11, 588604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588604>

Johnson, A., Dey, S., Nguyen, H., Groth, M., Joyce, S., Tan, L., et al. (2020). A review and agenda for examining how technology-driven changes at work will impact workplace mental health and employee well-being. *Australian Journal of Management*, 45(3), 402–424. <https://doi.org/10.1177/0312896220922292>

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.

Keyes, C. L. M., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erl.

Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International archives of occupational and environmental health*, 89(4), 561–573. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1107-1>

Kniffin, K. M., Narayanan, J., Anseel, F., Antonakis, J., Ashford, S. P., Bakker, A. B., Bamberger, P., Bapuji, H., Bhave, D. P., Choi, V. K., Creary, S. J., Demerouti, E., Flynn, F. J., Gelfand, M. J., Greer, L. L., Johns, G., Kesebir, S., Klein, P. G., Lee, S. Y., . . . Vugt, M. v. (2021). COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. *American Psychologist*, 76(1), 63–77. <https://doi.org/10.1037/amp0000716>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, Springer.

Lunde, L. K., Fløvik, L., Christensen, J. O., Johannessen, H. A., Finne, L. B., Jørgensen, I. L., Mohr, B., & Vleeshouwers, J. (2022). The relationship between telework from home and employee health: a systematic review. *BMC public health*, 22(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12481-2>

- Charalampous, M., Grant, C. A., Tramontano, C., & Michailidis, E. (2019). Systematically reviewing remote e-workers' well-being at work: A multidimensional approach. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 28*(1), 51–73. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1541886>
- Marino, L., & Capone, V. (2021). Smart Working and Well-Being before and during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *European journal of investigation in health, psychology and education, 11*(4), 1516–1536. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11040108>
- Mascherini, G., Catelan, D., Pellegrini-Giampietro, D. E., Petri, C., Scaletti, C., & Gulisano, M. (2021). Changes in physical activity levels, eating habits and psychological well-being during the Italian COVID-19 pandemic lockdown: Impact of socio-demographic factors on the Florentine academic population. *PloS one, 16*(5), e0252395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252395>
- Moe, K. & Shandy, D. (2010). *Glass Ceilings & 100-Hour Couples: What the Opt-Out Phenomenon Can Teach Us about Work and Family*. Athens, GA: The University of Georgia Press.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- * Parent-Lamarche, A., & Boulet, M. (2021). Employee well-being in the COVID-19 pandemic: The moderating role of teleworking during the first lockdown in the province of Quebec, Canada. *Work (Reading, Mass.)*, 70(3), 763–775. <https://doi.org/10.3233/WOR-205311>
- * Pirzadeh, P., & Lingard, H. (2021). Working from Home during the COVID-19 Pandemic: Health and Well-Being of Project-Based Construction Workers. *Journal of Construction Engineering and Management*, 147(6), 1–17. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0002102](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0002102)
- * Rieth, M., & Hagemann, V. (2021). The impact of telework and closure of educational and childcare facilities on working people during COVID-19. *Zeitschrift Für Arbeits-Und Organisationspsychologie A&O*, 65(4), 202–214. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000370>
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology, 56*(2), 321–329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Rowe, F. (2014) What literature review is not: diversity, boundaries and recommendations. *European Journal of Information Systems, 23*(3), 241–255. <https://doi.org/10.1057/ejis.2014.7>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>

Sacks, H. S., Reitman, D., Pagano, D., & Kupelnick, B. (1996). Meta-analysis: an update. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 63(3-4), 216–224.

Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>

Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M., & De Witte, H. (2019). An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(4), 577–591. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000430>

Sirgy, M. J., & Lee, D.-J. (2018). Work-life balance: An integrative review. *Applied Research in Quality of Life*, 13(1), 229–254. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9509-8>

Snyder, H., (2019) Literature review as a research methodology: an overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>

Taris, T. W., & Schaufeli, W. (2015). Individual well-being and performance at work: A conceptual and theoretical overview. In M. Van Veldhoven & R. Peccei (Eds.), *Well-being and performance at work: The role of context* (pp. 15-34). London Psychology Press.

Ter Hoeven, C. L., & Van Zoonen, W. (2015). Flexible work designs and employee well-being: examining the effects of resources and demands. *New Technology, Work and Employment*, 30(3), 237-255. <https://doi.org/10.1111/ntwe.12052>

Tietze, S., & Musson, G. (2005). Recasting the home-work relationship: A case of mutual adjustment? *Organization Studies*, 26(9), 1331-1352.

Timms, C., Brough, P., O’Driscoll, M., Kalliath, T., Siu, O.L., Sit, C., Lo, D. (2015). Flexible work arrangements, work engagement, turnover intentions and psychological health. *Asia Pac. J. Hum. Resour*, 53, 83–103. <https://doi.org/10.1177/017084060505461>

* Tušl, M., Brauchli, R., Kerksieck, P., & Bauer, G. F. (2021). Impact of the COVID-19 crisis on work and private life, mental well-being and self-rated health in German and Swiss employees: a cross-sectional online survey. *BMC public health*, 21(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10788-8>

van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2004). The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 365–375. <https://doi.org/10.1348/0963179041752718>

Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84-97. <https://doi.org/10.1080/02678379408259982>

Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

WHO (2020). *Public Health Criteria to Adjust Public Health and Social Measures in the Context of COVID-19*, WHO Publication Office, Geneva.

Yang, G. Y., Lin, X. L., Fang, A. P., & Zhu, H. L. (2021). Eating Habits and Lifestyles during the Initial Stage of the COVID-19 Lockdown in China: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, *13*(3), 970. <https://doi.org/10.3390/nu13030970>

Zappalà, S., Bonnato, R., Torre, T., Scapolan, A., Mizzau, L., Maggi, B., Neri, M. (2017). Smart working e fattori psicosociali. In *Smart Working. Una Prospettiva Critica*; Neri, M., Ed.; Tao: Bologna, Italy, 15–22.

5. Il cambiamento degli stili alimentari dei lavoratori: un'indagine quali-quantitativa nel periodo post-emergenziale

5.1. Abstract

L'ambiente di lavoro rappresenta oggi un contesto importante dove poter investire sul benessere e la salute dei lavoratori. Il periodo pandemico legato al Covid-19 ha determinato, in molte situazioni, un cambiamento profondo delle abitudini e degli stili di vita nella quotidianità delle persone. Le Aziende si sono dovute adattare e riadattare adottando strategie e modalità di lavoro e di convivenza nuove, riorganizzando anche gli spazi e i momenti di convivialità e condivisione tra colleghi, come il momento del pasto. Il presente contributo si pone come finalità generale quella di indagare se e come sono cambiate le abitudini e le pratiche alimentari legate alla commensalità dei lavoratori nel periodo Covid-19, all'interno di un'azienda bergamasca. Un secondo obiettivo generale concerne l'investigare l'influenza di fattori psicologici, sociali e contestuali sull'adozione di comportamenti alimentari salutari dei dipendenti. Mediante uno studio di caso Mixed Method qualitativo-quantitativo sono stati coinvolti 22 lavoratori nella prima fase e 91 nella seconda. Le interviste e focus group sono stati analizzati mediante l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA); la commensalità è stata profondamente impattata dalla pandemia, soprattutto a causa dei cambiamenti legati all'ambiente della mensa. Dalla fase qualitativa è stata costruita la scala sulla commensalità nei luoghi di lavoro. Inoltre, mediante l'analisi cluster sono stati individuati quattro differenti profili nati dalla combinazione tra stile alimentare e supporto sociale per l'alimentazione salutare di colleghi e famiglia: gli emotivi-controllati, gli influenzabili, gli autonomi e gli incoraggiati. Gli emotivi-controllati presentano livelli di stress più alti, mentre gli influenzabili risultano in sovrappeso. Tale studio offre risvolti applicativi importanti per ricerche future e interventi di promozione del benessere e di un'alimentazione salutogenica all'interno del contesto organizzativo.

5.2. Introduzione

Irruzione nella quotidianità, è questa l'espressione che spesso si associa alla pandemia Covid-19. La vita di tutti i giorni, caratterizzata da familiarità, continuità, stabilità, da processi e azioni spesso implicite ed automatiche (Emiliani & Passini, 2016) ha subito un forte impatto, in ogni ambito di vita. Uno di questi ambiti è rappresentato dal lavoro. I modelli e i setting lavorativi, infatti, sono stati profondamente cambiati a causa dell'adozione delle misure di contenimento del virus. In particolare, ciò a cui si è assistito è un passaggio massiccio al lavoro da remoto per garantire la prosecuzione delle mansioni sia nel contesto pubblico che in quello privato (Bonacini et al., 2020; Choudhury et al., 2020; Hayes, 2020). Alcune categorie, considerate essenziali, hanno invece proseguito il lavoro in presenza, adottando misure preventive stringenti come il distanziamento, l'uso della mascherina, la turnazione. Una recente revisione ha concluso che questo repentino cambiamento dei modelli di lavoro ha richiesto l'adattamento sia dei datori di lavoro che dei dipendenti, generando anche condizioni di fatica e distress psicologico (Kniffin, et al., 2021). Marino e Capone (2021), all'interno di una scoping review hanno indagato la relazione tra l'introduzione di pratiche di smart working e il benessere individuale, tenendo conto delle eventuali differenze determinate dallo scenario pandemico. Ciò che emerge è che nel periodo della pandemia i lavoratori abbiano maggiormente fatto esperienza del "tecnostress", dovuto alla necessità di "riconvertire" il proprio lavoro e la propria vita personale adattandosi al periodo da remoto; oltre che ad una difficoltà nel bilanciare vita privata con quella lavorativa, anche a causa della mancanza di differenziazione tra tempi e spazi. In aggiunta, sia per coloro che lavoravano da casa, sia per quelli che hanno continuato a lavorare in presenza, la mancanza di conoscenza rispetto all'andamento del fenomeno, la paura di contrarre il virus, l'isolamento fisico e la costante attenzione mediatica sul numero di contagi hanno creato una condizione potenzialmente stressante e ha favorito condizioni di distress psicologico (Arslan et al., 2020; Capone et al., 2020; Wang et al., 2020). Quelli documentati riguardano una rilevante presenza di sintomatologia legata a depressione e ansia, disturbi del sonno e insonnia, ma anche sintomi da stress post-traumatico (Cellini et al., 2020; Fiorillo et al., 2020; Gualano et al., 2020; Rossi et al., 2020).

L'impatto psicologico della pandemia è quantomai evidente, ciò che è cambiato profondamente sono anche le abitudini delle persone, intese in psicologia della salute

come quell'insieme dei comportamenti sollecitati automaticamente da contesti e segnali (Gardner, 2015; Wood & Neal, 2009). Sappiamo, dalla ricerca scientifica, quanto le abitudini siano importanti per lo stile di vita (Gardner, 2015) e quanto quest'ultimo sia un tema estremamente attuale in ambito epidemiologico, ma anche in psicologia della salute. Sono ormai storici gli studi che legano i comportamenti di salute al benessere (Kukihara et al., 2018; Patel et al., 2013) o con l'insorgere di patologie croniche, quali diabete e disturbi cardio-vascolari (Arnett et al., 2019). La letteratura scientifica testimonia quanto il periodo della pandemia abbia portato ad un peggioramento dell'alimentazione e del consumo di fumo e alcool, oltre che una riduzione dell'esercizio fisico (Coulthard et al., 2021; Elmacıoğlu et al., 2020; Ingram et al., 2020; Zaccagni et al., 2021; Znazen et al., 2020). Ma abbia anche favorito un miglioramento e cura nei confronti delle proprie abitudini salutari quali appunto alimentazione ed attività fisica, spesso giustificate dal rallentamento dei ritmi frenetici, dall'attivazione di strategie di coping adattive e dalla possibilità di avere maggior tempo da dedicare a sé (Coulthard et al., 2021; Di Renzo et al., 2020). Il fatto che non tutti gli individui abbiano sperimentato le stesse variazioni nelle abitudini alimentari, o in generale nei comportamenti di salute, porta a domandarsi quali possano essere i fattori che hanno avuto un'influenza su tali cambiamenti.

È sempre più riconosciuto come i comportamenti alimentari siano l'esito di fattori individuali, sociali e ambientali (Ball et al., 2006; Williams et al., 2010). In letteratura è stato identificato il costrutto di stile alimentare, ovvero un modello di comportamenti alimentari che coinvolge fattori psicologici come motivazione, sentimenti e pensieri sul cibo (Chen et al., 2020; Scherwitz et al., 2005; Van Strien et al., 1986; Zarychta et al., 2019). In letteratura si distinguono tre stili alimentari: alimentazione emotiva, esterna e controllata (Van Strien et al., 1986). Lo stile emotivo si associa ad un comportamento alimentare influenzato dalle emozioni, sia negative che positive; in questo caso il cibo viene utilizzato come meccanismo per far fronte a vissuti quali angoscia, tristezza o potrebbe servire come ricompensa (Konttinen et al., 2010; Van Strien et al., 2013). Lo stile esterno, invece, si caratterizza per la tendenza a mangiare in risposta a fattori ambientali come la disponibilità di cibo, l'aroma gradevole del cibo o la presenza di altre persone (Kakoschke et al., 2015; Stroebele et al., 2004). L'alimentazione controllata si osserva principalmente nelle abitudini restrittive al fine di regolare il peso corporeo (Linardon, 2018). La letteratura evidenzia come un'alimentazione controllata, emotiva ed esterna potrebbe predisporre separatamente

ad un maggiore apporto calorico, in particolare prodotti ad alto contenuto di grassi e zuccheri, come dolci, snack salati e fast food (Camilleri et al., 2014; Cleobury & Tapper, 2014; Magklis et al., 2019; Paans et al., 2019; Van Strien et al., 2020). Studi recenti mostrano come lo stile controllato si associ positivamente ad una maggior assunzione di frutta e verdura e all'adesione ad una dieta mediterranea (Małachowska et al., 2021; Paans et al., 2019). Oltre allo stile alimentare, dal punto di vista soggettivo, la ricerca ha dimostrato che una conoscenza sulla nutrizione (Ball et al., 2006; Guillaumie et al., 2010; Maclellan et al., 2004), un'autoefficacia elevata riguardo al perseguimento di un'alimentazione salutare (Anderson et al., 2007), le preferenze di gusto (Williams et al., 2010) e un'assenza di barriere come la mancanza di tempo (Giskes et al., 2002; Rose, 2007) siano positivamente associati al consumo di frutta e verdura. Per quanto riguarda invece i fattori sociali, questi includono le influenze della famiglia sulle scelte alimentari e il sostegno di familiari e amici (Ball et al., 2006; Inglis et al., 2005; Van Duyn et al., 2001). A livello ambientale, invece, la percezione della disponibilità e dell'accessibilità dei cibi sani risulta essere il fattore più indagato (Inglis et al., 2008; Kamphuis et al., 2007; Williams et al., 2012).

Rispetto al contesto lavorativo, in una revisione sistematica della letteratura proposta da Clohessy e colleghi (2019), vengono esplorati i fattori che influenzano le abitudini alimentari delle persone nel luogo di lavoro. Oltre alle variabili individuali sopracitate, la maggior parte dei fattori che influenzano l'alimentazione in ufficio riguardano il ruolo lavorativo (ad es. la pressione nell'ambiente di lavoro e lo stress associato al lavoro) e l'ambiente (ad es. l'aumento della disponibilità e la riduzione dei costi per le opzioni di cibo più salutari come la frutta gratis, l'aumento di frutta/verdura nella mensa aziendale, la riduzione il numero di opzioni malsane e la disponibilità di attrezzature per preparare o riscaldare il cibo). A queste si aggiunge l'influenza sociale, in particolare il supporto dei colleghi nel consumo di cibi salutari (Lake et al., 2016; Nicholls et al., 2017; Thorsen et al., 2010; Wang et al., 2014).

Come precedentemente accennato, rispetto allo stile emotivo, lo stress e gli stati emotivi negativi possono influenzare il comportamento alimentare, alterando sia la quantità di cibo consumato (aumentandolo o riducendolo) sia la scelta del cibo (Caso et al., 2020; Hill et al., 2018; Reichenberger et al., 2018; Torres & Nowson, 2007). Più specificamente, le emozioni negative, in particolare l'ansia e la paura, possono provocare un consumo eccessivo di cibo e una tendenza a consumare cibi ricchi di zuccheri o grassi come strategia per evitare o ridurre tali emozioni negative (Macht,

2008; Wallis & Hetherington, 2009). Recenti studi suggeriscono che le persone che hanno segnalato uno stress percepito più elevato durante la pandemia, avevano anche un maggior livello di emotional eating ossia la tendenza a mangiare troppo in risposta ad emozioni come stress, tristezza, noia, ansia o irritabilità (Cecchetto et al., 2021). Lo stress rappresenta quindi un fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti alimentari disadattivi come: aumento o diminuzione della fame, eccesso di cibo emotivo, sviluppo di un disturbo da alimentazione incontrollata, disregolazione della percezione dei segnali di fame e sazietà. Tuttavia, le emozioni (e lo stress) non hanno un impatto su tutti gli individui allo stesso modo. Alcune persone sembrano più propense di altre a rispondere alle emozioni e allo stress modificando il loro consumo di cibo. Ciò può dipendere dal loro stile alimentare (Conner & Armitage, 2002; Van Strien et al., 1986) ma non solo. Gli esseri umani raramente regolano il loro consumo di cibo basandosi su segnali di fame e sazietà. Usano invece il cibo per strutturare le loro giornate, per creare opportunità di incontro con altre persone, per rispondere a stimoli esterni, per controllare la propria forma fisica e anche per regolare i propri stati emotivi.

È risultato evidente come il contesto sociale abbia una grande influenza sulle pratiche alimentari: le persone e, più in generale, la società condizionano la dieta degli individui, i rituali in cucina, le modalità di consumazione dei pasti e il significato che si attribuisce a questi momenti (Fischler, 2011). Sempre più studi hanno, infatti, mostrato come i comportamenti che si osservano negli altri, ciò che dicono e gli atteggiamenti che hanno quando si condivide un pasto, si possano trasformare in “norme interiorizzate”, ovvero in regole interne e automatiche, che vanno ad influenzare le pratiche alimentari anche quando si è in solitudine (Cruwys et al., 2015; Herman et al., 2003; Higgs, 2015). In particolare, una dinamica che recentemente ha attirato l’attenzione dei ricercatori nell’ambito dell’alimentazione è l’influenza sociale. Tale costrutto fa riferimento all’insieme di condizionamenti che provengono dalle persone significative che, consapevolmente o no, possono influenzare l’alimentazione e lo stile di vita generale (Herman et al., 2003; Higgs & Thomas, 2016). Diversi studi, ad esempio, hanno riportato come i partecipanti siano stati influenzati dalle modalità di assunzione di cibo dei loro compagni, tendendo a mangiare di più quando gli altri mangiavano di più e di meno nella situazione opposta (Cruwys et al., 2015). L’influenza sociale risulta una dinamica complessa che può condizionare il comportamento attraverso diversi meccanismi, quelli più studiati sono: la facilitazione

sociale, cioè la tendenza ad assumere maggiori quantità di cibo in situazioni sociali (Herman, 2015), la modellazione, ossia l'apprendimento basato sull'imitazione del comportamento eseguito da un'altra persona presa come modello (Cruwys et al., 2015) e le norme sociali, ovvero codici di condotta impliciti che forniscono una guida per un'azione appropriata (Higgs, 2015). Ad oggi le ricerche sul supporto sociale dei colleghi nel promuovere una sana alimentazione sono relativamente limitate.

Importante sottolineare come, ad oggi, non vi siano studi che integrino variabili disposizionali, come lo stile alimentare, con variabili legate alla rete sociale ed in particolare al supporto verso un'alimentazione salutare da parte della famiglia e dei colleghi, costruendo quindi dei cluster frutto di tale combinazione.

Dal panorama sin qui tratteggiato, appare chiaro che l'assunzione di frutta e verdura o di alimenti grassi e zuccherati è solo una piccola parte del fenomeno dell'alimentazione. Essa rappresenta una vera e propria pratica, che assume significato nel momento in cui viene osservata all'interno del contesto specifico in cui si esercita (Mielewczyk & Willig, 2007). Il modo in cui il cibo viene rappresentato ha il potere di influenzare le esperienze emotive degli individui. Il cibo e il nutrirsi sono evocativi e possono suscitare un'ampia gamma di emozioni positive e negative (Hormes & Rozin, 2011; Macht et al., 2005; Steenhuis, 2009). Inoltre, le pratiche alimentari sono profondamente intrecciate con le relazioni sociali. Fin dall'infanzia, essere nutriti è sinonimo di ricevere cure, affetto e ricompense dagli altri (Locher et al., 2005; Lupton, 1996; Moisió et al., 2004). Diversi studi hanno riportato come le persone preferiscano mangiare in compagnia di altri e come questa tendenza sia comune ad ogni società umana (Fischler, 2011; Yates & Warde, 2017; Larson et al., 2009). Diviene quindi importante ampliare la nostra considerazione dell'alimentazione in termini di nutrienti assunti, andando ad esplorare il significato simbolico e relazionale che questo assume all'interno delle dinamiche e dei contesti sociali (Dodds & Chamberlain, 2017). I significati, difatti, definiscono il contenuto espressivo della pratica e il modo in cui il soggetto interpreta la pratica stessa (Wittgenstein, 1953), che può avere un significato diverso all'interno di contesti di significato differenti (Reimer, 1995).

Un recente campo di indagine al quale si sono interessati gli studiosi rispetto alla dimensione sociale dell'alimentazione è rappresentato dalla commensalità. Il termine "commensalità", nel suo senso letterale, significa mangiare alla stessa tavola (dal latino "commensalis": "com" che significa insieme e "mensa" che viene tradotto con "tavola"). In letteratura sono state proposte diverse sfumature di significato: il termine

viene spesso usato per descrivere il processo sociale del mangiare con gli altri, la condivisione di cibo o, in senso più ampio, il consumo condiviso abituale dei pasti (Andersen et al., 2015; Fischler, 2011; Sobal & Nelson, 2003). Uno studio di Kniffin e colleghi (2015), condotto all'interno di alcune caserme di vigili del fuoco, ha indagato le ricadute che la commensalità tra colleghi di lavoro potrebbe avere sulle prestazioni del gruppo. Tale ricerca sul campo ha rilevato che la commensalità è una parte importante della cultura delle unità antincendio ed è risultata positivamente e significativamente associata ad un buon funzionamento del rapporto tra i colleghi in quanto facilita la cooperazione migliorando le prestazioni del team (Kniffin et al., 2015). Altri studi hanno osservato come la commensalità sul luogo di lavoro costituisca un momento in cui è possibile stabilire legami informali, dinamica che può promuovere un senso di comunità e di gruppo e avere implicazioni nel migliorare il benessere dei lavoratori, ad esempio riducendo il burnout (Šidiškienė, 2021; Swensen & Shanafelt, 2017). Il mangiare insieme rappresenta, infatti, un'occasione sia per discutere questioni importanti e scambiare conoscenze sul proprio lavoro, migliorando la comunicazione e collaborazione nel gruppo, sia un momento per sfogarsi o prendersi una pausa da ruoli stressanti (Kniffin et al., 2015; Šidiškienė, 2021). L'importanza della commensalità nei luoghi di lavoro è emersa anche all'interno di una revisione di Gupta e colleghi (2019), i quali hanno evidenziato come la motivazione che spinge i lavoratori su turni a consumare il proprio pasto a lavoro piuttosto che a casa sia la possibilità di mangiare con i colleghi.

Sebbene gli studi presenti in letteratura evidenzino l'importanza e i benefici della commensalità sul luogo di lavoro, tale ambito ha ricevuto ancora poca attenzione e richiede quindi ulteriore approfondimento dalla ricerca scientifica. Inoltre, non sembrano essere presenti scale specifiche che indaghino tale costrutto a livello organizzativo. Infine, sono ad oggi assenti studi che esplorino il cambiamento della commensalità nei luoghi di lavoro a seguito del Covid-19.

Il presente studio

L'ambiente di lavoro rappresenta oggi un contesto importante dove poter investire sul benessere e la salute dei lavoratori. Il periodo pandemico legato al Covid-19 ha determinato, in molte situazioni, un cambiamento profondo delle abitudini e degli stili di vita nella quotidianità delle persone. Diverse ricerche hanno messo in evidenza da una parte come l'impatto emotivo, la percezione di stress, l'isolamento fisico abbiano

influenzato i comportamenti di salute e in particolare l'alimentazione, portando ad un aumento di consumo di cibi poco salutari; dall'altra, la possibilità di passare più tempo a casa, lo stare in famiglia abbiano fatto emergere pratiche di commensalità familiare e maggior attenzione al consumo alimentare.

Le Aziende si sono dovute adattare e riadattare adottando strategie e modalità di lavoro e di convivenza nuove, riorganizzando anche gli spazi e i momenti di convivialità e condivisione tra colleghi, come il momento del pasto. Il presente contributo si pone come finalità generale quella di indagare se e come sono cambiate le abitudini e le pratiche alimentari legate alla commensalità dei lavoratori nel periodo Covid-19, all'interno dell'Azienda Volvo con sede a Zingonia (BG). Un secondo obiettivo generale concerne l'esplorare l'influenza di fattori psicologici, sociali e contestuali sull'adozione di comportamenti alimentari salutari dei dipendenti.

Obiettivi specifici del progetto saranno:

1. Indagare in profondità il contesto specifico, attraverso l'esperienza dei lavoratori, esplorando i vissuti emotivi e i significati attribuiti ai cambiamenti nei modelli di lavoro, nelle strategie di promozione della salute e nella convivialità;
2. Ricercare i significati e vissuti sperimentati nel momento del pasto in Azienda; se e come il cambiamento delle pratiche e dei modelli lavorativi e/o l'introduzione dei protocolli anti Covid-19 abbiano influito sullo stile di vita e in particolare sulle abitudini alimentari dei lavoratori;
3. Investigare i fattori che possono influire sulle pratiche alimentari dei lavoratori, con particolare attenzione ai fattori individuali (Modelli comportamentali per l'alimentazione, percezione dello stress), sociali (supporto sociale per la sana alimentazione da parte di colleghi e famiglia) e contestuali;
4. Costruire e presentare in via preliminare la validazione della Scala sulla commensalità nei luoghi di lavoro;
5. Identificare una classificazione o tipizzazione integrata e combinata derivata empiricamente dai modelli di comportamento alimentare e supporto sociale.

In particolare, rispetto all'obiettivo specifico 3, si formulano le seguenti ipotesi:

- a) Lo stile alimentare emotivo si associa positivamente alla percezione di stress;
- b) La commensalità correla negativamente con la percezione di stress;
- c) Lo stile controllato si associa positivamente all'aderenza alla dieta mediterranea;
- d) Vi è un legame positivo tra supporto sociale verso l'alimentazione salutare da parte di famiglia e colleghi e l'adozione di un'alimentazione salutare.

Infine, rispetto all'obiettivo 5, ipotizziamo che i gruppi con bassi livelli di stile alimentare emotivo, esterno e controllato e alto supporto sociale positivo manifestino un'alimentazione maggiormente salutare, un BMI normopeso e livelli di stress più bassi.

5.3. Metodo

Design dello studio

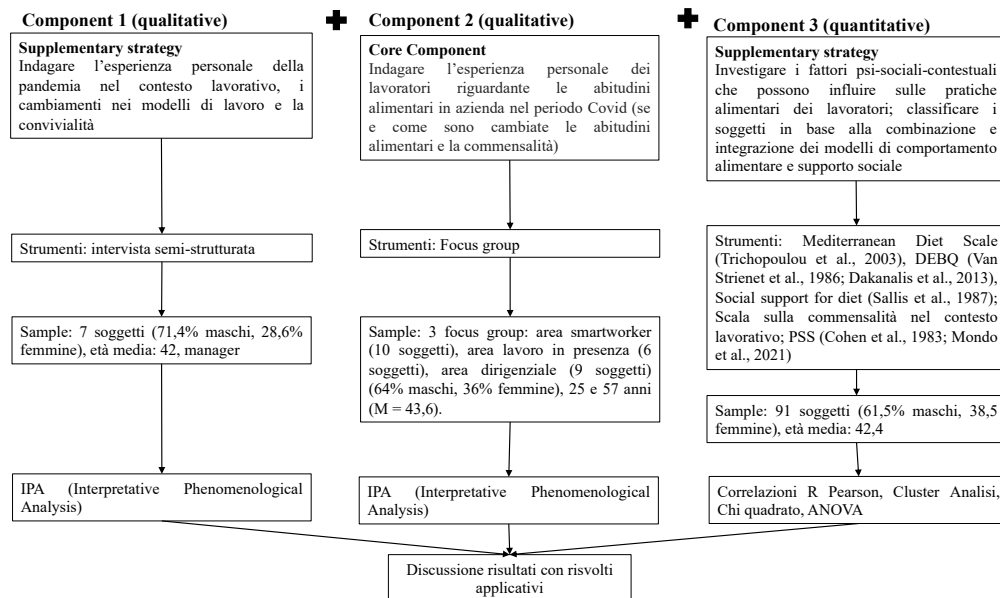
Il presente lavoro di ricerca adotta la metodologia dello studio di caso, secondo la prospettiva promossa da Yin (2003). Attraverso tale metodologia è possibile costruire un disegno di ricerca che ruota appunto attorno ad un "caso studio". Lo studio di caso si ripropone di approfondire un determinato fenomeno, oggetto di analisi, cogliendo l'esperienza ed i vissuti delle persone coinvolte. Le sue principali componenti sono:

1. Le problematiche oggetto di studio: basate su domande "come" e "perché" ovvero domande di ricerca che mirano ad indagare le ragioni ed i modi per cui determinati fenomeni si manifestano in un dato contesto;
2. Definizione delle proposizioni teoriche di riferimento: un primo tentativo di comprensione della realtà, che verrà perfezionato, modificato, riorganizzato nel corso del processo di ricerca. La proposizione è più flessibile dell'ipotesi sperimentale ed espone il ricercatore a definire il proprio punto di vista rispetto all'oggetto di studio. In questa fase si prevede l'enunciazione degli argomenti teorici che orientano il ricercatore nella propria traiettoria di ricerca;
3. Scelta dell'unità di analisi: l'oggetto principale d'indagine sul quale saranno raccolti i dati per rispondere agli interrogativi di ricerca ed alle proposizioni ad essi correlati;
4. Scelta degli strumenti di ricerca e identificazione delle fonti dei dati;
5. Collegamento tra dati raccolti ed assunti teorici di partenza: mediante un processo circolare e ricorsivo si rivisiteranno gli assunti e le proposizioni di partenza. Questo consentirà un'implementazione delle conoscenze sul fenomeno e il mantenimento di un posizionamento critico del ricercatore.

La scelta metodologica dello Studio di Caso appare in sintonia con gli obiettivi della ricerca, esso consente infatti di esplorare in profondità un contesto, soffermandosi sull'esperienza dei partecipanti come unità di analisi e costituendosi come contenitore riflessivo per lo sviluppo di nuove conoscenze (Yin, 2003).

Considerando la tematica complessa e la necessità di coniugare un approccio più esplorativo che vada maggiormente in profondità dell'esperienza individuale e un approccio più confermativo rispetto alla verifica di alcune ipotesi formulate a partire dalla letteratura di riferimento, il presente studio ha adottato un approccio Mixed Method, secondo un disegno costituito da tre fasi: qualitativo-qualitativo-quantitativo. La componente principale è quella qualitativa, mentre la strategia supplementare è di tipo quantitativo. Di seguito nella Figura 1 si illustra il diagramma di flusso dello studio (Morse & Cheek, 2014; Morse & Niehaus, 2009).

FIGURA 1 | Diagramma Mixed Method



L'approccio Mixed Method consente di esplorare e comprendere un fenomeno maggiormente in profondità, coniugando e integrando metodologie diverse che si corroborano a vicenda (Martial et al., 2021; Morse, 2018; Shorten & Smith, 2017). I dati qualitativi e quantitativi sono stati raccolti in due fasi separate. La prima fase, avvenuta da Aprile a Maggio 2022 ha visto il coinvolgimento diretto di una parte dei lavoratori, in quanto testimoni privilegiati, in interviste e focus group; questo ha consentito di rivedere e perfezionare la batteria di questionari somministrata nella seconda fase, da Giugno ad Agosto 2022. I dati sono stati analizzati con differenti metodologie e successivamente integrati nella discussione della ricerca (Morse & Niehaus, 2009). I dati qualitativi sono stati utilizzati per ampliare la comprensione

dell'esperienza e dei significati che le persone attribuiscono alla pandemia Covid-19, al cambiamento dei loro stili alimentari e la commensabilità. I dati quantitativi, invece, sono stati essenziali per chiarire quali fattori individuali, sociali e ambientali possono influenzare i comportamenti alimentari e identificare dei cluster derivati dalla combinazione dei modelli disposizionali di comportamento alimentare e supporto sociale di colleghi e famiglia.

In merito alle fasi qualitative della ricerca è stato scelto come metodologia di analisi dei dati l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). L'IPA è un metodo di ricerca qualitativo, derivante dalla prospettiva fenomenologica, esso appare coerente con gli obiettivi di ricerca, in quanto viene impiegato per comprendere come le persone diano un senso delle loro principali esperienze di vita (Smith et al., 2009). Tale metodo consente quindi di mettere al primo posto non l'oggettivazione dei fatti, ma la persona e il suo vissuto attraverso l'analisi del contenuto semantico e del linguaggio utilizzato. Una ricerca sulla letteratura esistente indica che non vi sono ancora studi pubblicati che applichino un approccio IPA all'esplorazione dell'esperienza della pandemia e del cambiamento della commensabilità nel contesto organizzativo.

Le piccole dimensioni del campione sono congruenti rispetto a quanto previsto negli studi che adottano approcci qualitativi e una metodologia IPA e appropriati rispetto alle finalità, ovvero l'indagine in profondità dell'esperienza vissuta.

Procedura

Il presente progetto nasce dalla collaborazione tra l'Area funzionale della Promozione della salute dell'ATS di Bergamo e l'Università degli studi di Bergamo. Lo studio è stato quindi pensato e costruito con gli operatori che si occupano di promozione della salute all'interno delle Aziende, ovvero che coordinano il programma WHP (Workplace Health Promotion). Il WHP si fonda sul modello promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità e si pone come obiettivo prioritario quello di promuovere ambienti di lavoro che favoriscono stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle malattie croniche (WHO, 2010). L'invito alla partecipazione alla ricerca è stato divulgato a tutte le Aziende facenti parte del programma WHP nella provincia di Bergamo. Su 25 aziende contattate, cinque si sono dimostrate interessate al progetto. Nella presente ricerca verrà presentato il caso studio di Volvo. Il progetto più allargato che vede il coinvolgimento di tutte le aziende che hanno aderito è ancora in corso.

Le interviste e i focus group sono stati condotti presso la sede Aziendale e sono stati audio registrati. I dati quantitativi sono stati invece raccolti mediante questionario somministrato online, attraverso Google Moduli. La condivisione e diffusione è avvenuta tramite l'area delle risorse umane dell'Azienda. Dopo aver fornito e sottoscritto il consenso informato, i partecipanti hanno potuto partecipare alle interviste e focus group e alla compilazione del questionario seguendo le istruzioni fornite. La partecipazione è stata su base volontaria, non è stata infatti corrisposta alcuna ricompensa per la partecipazione allo studio. La ricerca è stata condotta in conformità con l'art. Dichiarazione di Helsinki (Associazione medica mondiale (WMA), 2004) e con le linee guida etiche per la ricerca fornite dall'Associazione Italiana di Psicologia (Associazione Italiana di Psicologia, 2015). Tutti i dati sono anonimi, i nomi inseriti nella presentazione dei dati qualitativi sono da ritenersi frutto della fantasia, così da garantire la tutela della privacy.

Strumenti

Intervista semi-strutturata

La fase 1 dello studio ha visto la somministrazione a testimoni privilegiati di un'intervista semi-strutturata (Appendice 1). Obiettivo dell'intervista era indagare l'esperienza personale della pandemia nel contesto lavorativo, i vissuti emotivi e il significato attribuito ai cambiamenti nei modelli di lavoro, nelle strategie di promozione della salute e nella convivialità. Sono state coinvolte quelle figure che hanno avuto un ruolo attivo nella definizione dei protocolli aziendali interni anti-Covid-19.

Traccia focus group

Per facilitare la discussione dei lavoratori all'interno del focus group nella fase 2 è stata creata una traccia semi-strutturata. I temi generali su cui si basavano le domande formulate erano: l'esperienza di commensalità in Azienda: significati e vissuti del momento del pasto in Azienda; se e come il cambiamento delle pratiche lavorative e/o l'introduzione dei protocolli anti Covid-19 abbiano influito sullo stile di vita e in particolare sulle abitudini alimentari dei lavoratori; infine, i fattori che possono influire sulle pratiche alimentari in Azienda. Per un approfondimento della traccia si veda l'Appendice 2.

Questionari

Mediterranean Diet Scale

Al fine di indagare le abitudini alimentari è stata utilizzata una versione modificata della Mediterranean Diet Scale (Trichopoulou et al., 2003), già utilizzata e adattata nel contesto italiano (Steca et al., 2015). Lo strumento consente di misurare il consumo settimanale di nove diversi alimenti e bevande; poiché il focus della ricerca riguarda l'alimentazione si è deciso di non considerare l'alcool (vino), che è anche maggiormente soggetto a desiderabilità sociale. Nel presente contributo si considerano quindi otto diversi tipi di alimenti, questi si differenziano tra cibi considerati "salutari" (frutta, verdura, cereali integrali, pesce, legumi, olio d'oliva) e cibo "meno salutari" (burro, altri grassi o olii vegetali, carne rossa e salumi). Come suggerito da Trichopoulou e colleghi (2003), ogni risposta è stata ricodificata in una variabile dicotomica, dove 1 indica un consumo salutare e 0 indica un consumo non salutare, ad eccezione dei grassi, che sono stati ricodificati utilizzando il seguente sistema: se il consumo dichiarato di olio d'oliva era superiore al consumo di burro/strutto o altri grassi o oli vegetali, allora si considerava l'assunzione di grassi salutare (punteggio 1), altrimenti l'assunzione di grassi era considerata poco salutare (punteggio 0). La somma delle risposte ricodificate ha consentito di ottenere il punteggio finale, più il punteggio è alto, più la persona adotta una dieta salutare. Al fine di individuare dei profili di comportamento alimentare i punteggi finali sono stati poi ricodificati in una versione ordinale: da 0 a 3 = 0 "alimentazione per nulla salutare"; da 4 a 5 = 1 "alimentazione poco salutare"; da 6 a 7 = 2 "alimentazione abbastanza salutare"; 8 = 3 "alimentazione salutare".

Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

La Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) è una scala che valuta tre differenti modelli di comportamento alimentare (emotivo, controllato ed esterno). È stata sviluppata da Van Strien e colleghi (1986) ed è stata validata nella versione italiana da Dakanalis e colleghi (2013). Il questionario è composto da 33 item suddiviso in tre sottoscale: a) alimentazione controllata (item 1-10, es. *durante i pasti cerchi di mangiare meno di quanto vorresti?*) definita in termini di limitazione nell'assunzione di cibo per controllare il peso; b) alimentazione emotiva (item 11-23, es. *quando ti senti deluso/a hai il desiderio di mangiare?*) che si riferisce alla tendenza a consumare cibo come strumento per regolare le emozioni e c) alimentazione esterna (item 24-33,

es. *se vedi altri mangiare hai anche tu il desiderio di mangiare?*), che si esprime nel mangiare in risposta a stimoli esterni come la vista e l'olfatto associati al cibo e comporta una ridotta sensibilità ai segnali interni di fame e sazietà. Le risposte della DEBQ si distribuiscono su una scala Likert a 5 passi da 1 (mai) a 5 (molto spesso). La consistenza interna della scala è adeguata al campione di riferimento, l'alfa di Cronbach è pari a .87 per il primo fattore, .97 per il secondo e .81 per il terzo.

Social support for diet

Al fine di indagare il supporto sociale percepito specifico per l'alimentazione salutare sono state tradotte e adattate le scale di Sallis e colleghi (1987). La batteria di scale originale era costituita da 4 scale specifiche, due sull'alimentazione, una riferita al supporto sociale percepito da parte degli amici e l'altra della famiglia e due sull'esercizio fisico, anche queste riferite al supporto sociale di amici o famiglia. Per prima cosa si è proceduto traducendo e adattando la scala sul supporto sociale per l'alimentazione salutare alla rete dei colleghi, questa è costituita da due fattori: commenti positivi (5 item, es. *mi hanno incoraggiato a non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi quando sono stato tentato di farlo*) e commenti negativi (2 item, es. *mi hanno detto che mangiare cibi a basso contenuto di sale e grassi è una perdita di tempo*). L'adattamento della scala sul supporto sociale familiare per l'alimentazione salutare prevede 9 item, mantenendo i due fattori previsti nell'originale, ossia: incoraggiamento (4 item, es. *mi ha ricordato di non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi*); sabotaggio (5 item, es. *si è rifiutata di mangiare i cibi salutari che preparavo*). Alla persona è stato chiesto di indicare la frequenza con cui ha osservato quel comportamento da parte della propria famiglia o dei propri colleghi negli ultimi tre mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala Likert a 5 passi, da 1 mai a 5 molto spesso.

Mediante analisi fattoriale confermativa si è proceduto a testare l'adattamento della dimensionalità teorica dei fattori delle due scale ai dati empirici. In generale, un χ^2 non significativo, CFI pari o superiori a .90 e RMSEA e SRMR pari o inferiori a .08 indicano un adattamento accettabile. Tuttavia, il χ^2 risulta molto sensibile alla dimensionalità del campione, per cui in caso di significatività dello stesso, si procede alla valutazione degli altri indici (Hu & Bentler, 1999).

La scala sul supporto sociale dei colleghi ha mostrato una buona consistenza interna per il campione considerato ($\chi^2 = 21,8$ $p=.06$, CFI=.97, TLI=.96, SRMR=.04,

RMSEA=.08). La consistenza interna è adeguata, il coefficiente alfa di Cronbach per le 2 sottoscale è risultato accettabile (commenti positivi alfa=.89; commenti negativi alfa=.70).

Anche la scala sul supporto sociale familiare ha mostrato una buona consistenza interna nel nostro campione di ricerca ($\chi^2 = 36,8$ $p=.06$, CFI=.98, TLI=.97, SRMR=.07, RMSEA=.07). Tuttavia, si è reso necessario correlare tra loro gli errori di due item, in particolare, l'item 10 con l'item 12. Il coefficiente alfa di Cronbach per le due sottoscale è risultato accettabile (incoraggiamento alfa=.88; sabotaggio alfa=.91).

Scala sulla Commensalità nel contesto lavorativo

Per la valutazione della Commensalità nel contesto lavorativo è stata costruita una nuova scala che valuta il comportamento di commensalità e la percezione positiva della stessa. I quesiti sono stati formulati a partire da ciò che è emerso nella prima fase della ricerca, coinvolgendo direttamente i lavoratori e da ciò che è presente in letteratura rispetto alla percezione della commensalità come strumento per promuovere cooperazione, legami informali, senso di comunità (Kniffin et al., 2015; Šidiškienė, 2021; Swensen & Shanafelt, 2017). Sono stati così individuati i comportamenti e le percezioni legate alla commensalità. Questi sono stati poi trasformati in item deputati a misurare la commensalità nel contesto lavorativo. In linea con le recenti raccomandazioni relative alla costruzione e validazione di nuove scale (Mear & GirouDET, 2012; Willis, 2005), per verificare la chiarezza espositiva, la comprensibilità e la facilità di risposta è stato organizzato un cognitive debriefing con cinque ricercatori, non coinvolti nel progetto. Ai partecipanti è stato chiesto di indicare su una scala likert a cinque passi quanto le affermazioni presentate fossero chiare (da per nulla a del tutto) e quanto fosse facile rispondere alle stesse (da per nulla a del tutto). In aggiunta sono stati formulati quesiti in merito alla comprensibilità delle istruzioni e alla ripetitività delle affermazioni. Vi era, infine, spazio per ulteriori suggerimenti per migliorare il questionario proposto.

La scala di risposta è distribuita su 5 passi, per le domande sulla frequenza del comportamento legato alla commensalità le opzioni andavano da 1= Mai a 5= Sempre; per i quesiti sulla percezione della commensalità, le opzioni andavano da 1= Per niente d'accordo a 5= Totalmente d'accordo. Per tutti gli indici è stato calcolato il punteggio medio.

Non essendo una scala validata si è proceduto effettuando una prima analisi fattoriale esplorativa (EFA). Importante sottolineare che i risultati presentati risultano essere preliminari in quanto in campione è ridotto. La Tabella 1 riporta i risultati dell'EFA, effettuata con il metodo della fattorializzazione sull'asse principale, con l'applicazione della rotazione Oblimin degli assi fattoriali.

La soluzione finale dell'analisi fattoriale ha confermato l'emergere dei due fattori ipotizzati a livello teorico.

La scala, formata da 10 item, indaga la commensalità nel contesto lavorativo in relazione a:

- Comportamenti di commensalità: attraverso quattro item viene valutata la frequenza dei comportamenti di commensalità (es. *pensando alla tua settimana lavorativa con che frequenza mangi con i colleghi del tuo gruppo di lavoro?*) o non commensalità (es. *con che frequenza mangi davanti al pc/alla tua postazione di lavoro?*);
- Percezione positiva della commensalità: attraverso sei item viene indagata la percezione della commensalità in relazione a sé (es. *mangiare a lavoro con i colleghi è un momento piacevole*) e in relazione al gruppo (es. *mangiare a lavoro con i colleghi migliora la fiducia all'interno del gruppo*).

TABELLA 1 | Struttura fattoriale, correlazione corretta item-scala totale e coefficiente di attendibilità alpha di Cronbach della scala sulla **Commensalità nel contesto lavorativo**

Item	Saturazione su F1	Saturazione su F2	rit
COM_1	-0,67	0,05	0,80
COM_2	-0,46	-0,05	0,67
COM_3	0,84	0,09	-0,80
COM_4	0,62	-0,09	-0,65
COM_5	0,83	0,91	0,91
COM_6	0,65	0,97	0,94
COM_7	0,04	0,95	0,93
COM_8	-0,01	0,67	0,74
COM_9	0,04	0,83	0,87
COM_10	-0,02	0,72	0,82
<i>Varianza spiegata da F1 = 22,12%</i>		<i>Alpha = 0,74</i>	
<i>Varianza spiegata da F2 = 10,13%</i>		<i>Alpha = 0,67</i>	

La varianza spiegata dai cinque fattori estratti dopo la rotazione degli assi fattoriali è pari a 61,4%, rispettivamente 17,8%, 43,6% per i due fattori. Le saturazioni sul primo fattore variano da -.46 a .84 e da .67 a .97 sul secondo fattore.

L'alfa di Cronbach è pari a .74 per il primo fattore e .93 per il secondo. Le correlazioni item-scala totale sono piuttosto elevate, variando da -0,65 a 0,80 sul primo fattore e da 0,74 a 0,94 sul secondo fattore.

Perceive Stress Scale

La Perceived Stress Scale (PSS) è una delle scale più diffuse per misurare lo stress percepito. Sviluppata da Cohen e colleghi (1983), la versione originale comprendeva 14 item, valutati su una scala Likert a 5 passi che andava da 0 (mai) a 4 (molto spesso). Sono state poi create anche due versioni brevi della PSS: PSS-10 con 10 item, sei orientati negativamente e quattro positivamente e la PSS-4, che è costituita da quattro item. Mondo e colleghi (2021) si sono occupati della traduzione e validazione in italiano delle tre versioni della scala. Quella con proprietà psicometriche migliori è la PSS-10; si è quindi deciso di adottare tale versione. I fattori che compongono la scala sono due: stati negativi (6 item, es. *ti sei sentito nervoso e "stressato"*), stati positivi (4 item, es. *ti sei sentito fiducioso sulla tua capacità di gestire i tuoi problemi personali*). La consistenza interna della scala è adeguata per il campione di riferimento, l'alfa di Cronbach è pari a .83 per il primo fattore, .66 per il secondo.

Fattori che influenzano le abitudini alimentari a lavoro

Partendo dai risultati del focus group e dalla revisione della letteratura (Clohessy et al., 2019), sono stati formulati 17 item per indagare i fattori ambientali e contestuali che possono influenzare le abitudini alimentari quando si lavora in presenza (9 item) e quando si lavora da remoto (8 item). In particolare, è stato richiesto di valutare il grado di importanza da 1=per nulla importante a 5=molto importante per una serie di fattori, tra i quali durata della pausa, possibilità di organizzarsi prima con la preparazione dei pasti, disponibilità di cibi salutari in azienda, disponibilità di uno spazio dove consumare il proprio pasto, accessibilità a microonde e scaldavivande, ambiente confortevole, tipologia di mansione svolta, carico di lavoro etc.

Campione

Fase 1: le interviste

Alle interviste hanno partecipato sette reponsabili di diverse aree della Azienda. L'età media dei partecipanti è 42, il 71,4% erano maschi, mentre il 28,6% femmine. I ruoli ricoperti all'interno dell'Azienda sono i seguenti: Direttore commerciale,

Amministratore delegato, Direttore del personale, Responsabile Area risorse umane, People and Culture director, Responsabile Cuoco della mensa aziendale, RSPP. Il criterio di inclusione per le interviste era l'essere responsabili di diverse aree aziendali che si occupano di promozione della salute e che hanno assunto un ruolo di gestione della pandemia nelle sue diverse fasi.

Fase 2: i focus group

Sono stati realizzati tre focus group. L'età media dei partecipanti è 43,6, la composizione del campione è 64% maschi, 36% femmine. Al primo focus group hanno partecipato dieci lavoratori, il criterio di inclusione era quello di aver lavorato nel periodo della pandemia Covid-19 da casa (Working from home). La composizione di questo gruppo era formata prevalentemente la white collar, ovvero con lavoro impiegatizio. Il secondo focus group ha coinvolto sei persone, tutti meccanici e di sesso maschile; il criterio di inclusione era quello di aver lavorato sempre in presenza nel periodo della pandemia Covid-19. Infine, il terzo gruppo ha coinvolto nove lavoratori, che durante il periodo della pandemia ha lavorato in modalità mista, ovvero con giorni in presenza e giorni a distanza. I partecipanti facevano tutti parte dell'area dirigenziale dell'azienda.

Fase 3: l'indagine quantitativa

L'invito alla compilazione della batteria di questionari è stato rivolto a tutto il personale dell'azienda, i rispondenti ad Agosto 2022 sono 91, pari al 46% del totale. Il campione è composto da 61,5% maschi e 38,5% femmine. L'età media è di 42,4 (d.s. 10,7); il 74,7% è coniugato/a o convivente, mentre il restante 17,6% è single e il 5,5% è separato/a o divorziato/a. La maggior parte del campione svolge un ruolo da individual contributor (72,5%), il 25,3% risulta manager di persone e il restante 2,2% manager di manager. Inoltre, la maggior parte delle persone rispondenti lavora in quell'azienda da più di 10 anni (47,3%), seguito da 2-5 anni (22%), 5-10 anni (16,5%) meno di 2 anni (14,3%). Le caratteristiche principali del campione vengono riassunte nella Tabella 2. Come si può osservare l'aderenza alla dieta mediterranea è scarsa o molto scarsa. Mentre la percentuale di soggetti in sovrappeso o obesi risulta comunque essere inferiore alle media nazionale (rispettivamente 36,1% e 11,5%) ma anche alla media regionale (sovrappeso 34,3% e obesità 10,6%) (Rapporto Osservasalute, 2021).

TABELLA 2 Caratteristiche campione			
Sociodemografiche		Informazioni lavorative	
Età - media (ds)	42,4 (10,7)	Modello di lavoro	N (%)
Genere	N (%)	Lavoro in presenza	37 (40,7)
Maschi	56 (61,5)	Lavoro agile	54 (59,3)
Femmine	35 (38,5)	Orario lavorativo	N (%)
Stato civile	N (%)	Giornata	76 (83,5)
Coniugato/a o convivente	68 (74,7)	Orario flessibile	15 (16,5)
Single	16 (17,6)	Mansione lavorativa	N (%)
Separato/a o divorziato/a	5 (5,5)	White collar	79 (86,8)
n.d.	2 (2,2)	Supporto tecnico	7 (7,7)
BMI	N (%)	Stabilimento	2 (2,2)
Sottopeso	4 (4,4)	Altro	3 (3,3)
Normopeso	60 (65,9%)	Ruolo	N (%)
Sovrappeso	22 (24,2)	Manager di manager	2 (2,2)
Obeso	5 (5,5)	Manager di persone	23 (25,3)
Aderenza alla dieta mediterranea	N (%)	Individual contributor	66 (72,5)
Scarsa aderenza	42 (46,2)	Tempo in azienda	N (%)
Bassa aderenza	38 (41,8)	Più di 10 anni	43 (47,3)
Buona aderenza	11 (12,1)	Da 2 a 5 anni	20 (22,0)
		Da 5 a 10 anni	15 (16,5)
		Meno di 2 anni	13 (14,3)

Analisi

IPA

La procedura di analisi dei dati mediante l'IPA ha seguito gli step descritti da Smith e colleghi (Smith et al., 2009).

In primo luogo, le interviste sono state ascoltate, sbobinate e rilette ripetutamente per immergersi nella narrazione del partecipante. La trascrizione delle interviste è stata poi analizzata in un primo step annotando commenti esplorativi nel margine destro della pagina. Questi commenti di natura esplorativa riguardavano in particolare gli elementi linguistici e concettuali e hanno consentito di formulare una serie di domande e significati provvisori. I successivi temi, chiamati da Smith "experiential statements" sono stati identificati dalle note iniziali e riportati nel margine sinistro della trascrizione. Questi temi riflettevano il processo sinergico di descrizione e interpretazione del ricercatore.

Il quarto passaggio si è tradotto nella ricerca di connessioni tra i temi emergenti e la costruzione di una mappa che conteneva i temi sovraordinati estratti. Lo step successivo prevedeva la ripetizione di questo processo con tutte e sette le trascrizioni, consentendo l'emergere di nuovi temi per ciascun partecipante. Infine, i modelli sono stati comparati e integrati, questo ha consentito una riconfigurazione dei temi più sofisticata e a una rietichettatura degli stessi. I temi confermati sono stati quelli presenti

in più della metà delle trascrizioni, è stata assicurata l'analisi della divergenza e convergenza tra i partecipanti, come passaggio chiave della metodologia.

Le analisi IPA per i focus group hanno seguito le indicazioni fornite da Palmer e colleghi (2010), i vari step sono simili a quelli precedentemente descritti, tuttavia, l'attenzione viene posta non solo a livello individuale ma anche della relazione e posizionamento tra i partecipanti e il proprio gruppo; andando a definire convergenze e divergenze dei temi emersi. Nel presente studio si metteranno a confronto gruppi diversi dal punto di vista del modello di lavoro adottato; tali gruppi condividono tuttavia lo stesso contesto organizzativo. Come già avvenuto in studi precedenti, supponendo che siano state soddisfatte le condizioni affinché i dati raccolti possano essere analizzati utilizzando l'IPA, confrontare i temi che emergono da gruppi diversi quando lavorano in aree simili non sembra essere in contrasto con la metodologia scelta (Lamb & Cogan, 2016).

L'analisi basata sull'IPA non prevede, per caratteristica interna ed epistemologia di riferimento l'accordo tra giudici; le analisi sono comunque state condotte da due ricercatori in parallelo e la discussione sui risultati ottenuti è stata un momento prezioso per perfezionare l'interpretazione dei dati raccolti.

Cluster Analisi

L'analisi dei cluster è un metodo multivariato sviluppato appositamente per classificare un campione di persone in base ad un insieme di variabili; i gruppi formati si caratterizzano per similarità ed esclusività di appartenenza dei soggetti, ovvero individui simili vengono riuniti nel medesimo cluster. Al fine di raggruppare il campione e individuare dei profili in base ai modelli disposizionali di comportamento alimentare e il supporto sociale di colleghi e famiglia si è proceduto quindi con una clusterizzazione in due fasi, frutto della combinazione di metodi di clustering gerarchici e non gerarchici (Tan et al., 2006). L'applicazione del metodo gerarchico di Ward (Ward, 1963), seguito dal metodo K-mean non gerarchico è stata condotta mediante il software SLEIPNER 2.1 (Bergman et al., 2002). Sono stati calcolati gli indici di bontà dell'adattamento del modello.

5.4. Risultati

Fase 1: l'esperienza dei responsabili in Azienda

L'impatto del covid-19 sul proprio ruolo professionale

Dall'analisi delle interviste emerge in modo preponderante quanto il Covid-19 abbia impattato sul ruolo professionale dei partecipanti alla ricerca.

Il testo di seguito riportato riguarda Giorgio, amministratore delegato dell'Azienda:

Allora io, allora noi.. Il primo caso di Covid, qui l'abbiamo avuto il 24 di Febbraio, a Codogno è stato il 21... Il 24 abbiamo avuto il primo caso, non lo sapevamo. per fortuna, la domenica 23, una decina dei colleghi sono partiti per la Svezia perché avevamo il lancio del veicolo nuovo, avevamo un sacco di cose, c'era l'inferno da fare tra, ehm il 2020 facevo 20 anni di matrimonio, avevo un sacco di progetti, dovevo lanciare il camion nuovo è andato tutto a farsi benedire. Eh. dico così perché la realtà è stato tutto una cascata di, di di di eventi emozioni situazioni. [...] Ma a parte, quello che era strettamente necessario tutto il resto è stato praticamente congelato. Abbiamo fatto uno shift dal giorno uno al giorno due. Eh dal tutto al niente. [...]

Io normalmente prendo 100 aerei all'anno. quello era la mia media e, da 100 sono sceso a 0. Ee, in in, per due anni, e adesso ancora un po' scioccante, ritornare in Svezia. No, ma è vero, cambia completamente la vita, quello che voi state...Cioè, è come se avessimo resettato 2, 2 anni di vita (Giorgio, Amministratore Delegato).

In questo passo viene ricostruito l'inizio del periodo Covid-19; il ricordo passa attraverso l'ancoraggio a delle date significative che consentono di riportare la persona a quel tempo, a quell'esperienza e a quei vissuti. Interessante notare alcune parole chiave presenti nel testo che consentono di chiarire come Giorgio ha vissuto quel momento, ad esempio “cascata di eventi, emozioni, situazioni”, la cascata rimanda a qualcosa che non puoi controllare. Dall'altra parte c'è il “congelamento”, dal tutto al niente in un lasso di tempo repentino che ha riguardato un periodo di due anni, si noti che due anni viene ripetuto più volte. L'imprevedibilità del cambiamento appare una dimensione centrale in questo frangente. In un altro passo, Paolo (Direttore

Commerciale), sottolinea, il dover gestire qualcosa che non era chiaro da comprendere, “nessuno ci capiva niente [...] ancora oggi non si capisce che che cosa è successo..” (Paolo, Direttore Commerciale).

Un ulteriore elemento che si ritrova nel verbatim di Giorgio ma che connota la maggior parte delle interviste è l'utilizzo del “io-noi”, a qualificare quanto l'identità personale nel racconto di questa esperienza sia intrecciata con l'identità sociale di gruppo a livello aziendale.

L'esercizio del proprio ruolo in questo contesto appare connotato in termini di responsabilità nei confronti degli altri. Simona, RSPP, lo descrive molto bene in questo passo dell'intervista:

L'ho vissuta come una grande responsabilità, perché con il fatto che facevo sicurezza, facevo risorse umane, cosa c'era in quel momento di cui si aveva bisogno? C'era bisogno di sicurezza e gestione risorse umane. Quindi l'ho vissuto con un grande senso di responsabilità, e, ad esempio, la prima settimana di aprile avevo la febbre, ma io riconosco i sintomi, ho la tonsillite, io so che una volta all'anno mi si gonfia tutto, mi viene la tonsillite; quindi, sapevo che non era covid ed era quello e mi ricordo che ho dovuto parlare con il capo, dirgli guarda io qua sto male, ma so che è quello. Okay, dai vai a casa. Diciamo che hai deciso di fare smart working per X motivi, rispondi al telefono, io mi ricordo ero nel letto con la febbre che non riuscivo a ragionare, ma rispondevo al telefono facendo finta di niente, perché non dovevo far capire dall'altra parte che c'era qualcosa che non andava [...]. Diciamo che sono stati mesi in cui ho messo davanti gli altri a me (Simona, RSPP).

L'esercizio della responsabilità passava per Simona attraverso la presenza fisica in azienda e il mettere davanti a tutto, anche a sé, le esigenze degli altri e l'esercizio del proprio ruolo. Interessante notare il passo riguardante le vicende di salute dell'intervistata, il dover fare finta di niente di fronte agli altri, come se per un responsabile della sicurezza non fosse possibile ammalarsi in una condizione del genere. Il tema della responsabilità e il mettere davanti le esigenze dell'azienda appare centrale in tutte le interviste. Si veda questo passo dell'intervista di Simona:

io ho in mente telefonate, ho in mente una giornata in particolare in cui ho ricevuto sette chiamate nell'arco di due ore in cui parlavo con le persone per tranquillizzarle e sotto sentivamo le ambulanze che passavano, perché la sede di Boltiere è accanto all'ospedale, e mi ricordo che dovevo tranquillizzare loro dicendo; ma si vedete, tranquilli, andrà tutto bene. E io avevo a casa mio padre con il covid, la febbre alta, che non riusciva a respirare, noi non sapevamo se era covid, perché marzo 2020 il tampone non si faceva. Però febbre molto alta, che non riusciva a respirare, che lui per quanto roccia il covid ce l'aveva. Qui ho dovuto anch'io sviluppare tutta una serie, sai quando si dice la donna somatizza, ho somatizzato tanto, ho somatizzato tanto. E io mettevo giù il telefono e piangevo, però non dovevo farlo sapere agli altri. Anche adesso mi sto un attimo commovendo se ci ripenso. (Simona, RSPP)

Il tema della rassicurazione dell'altro come esercizio del proprio ruolo di leadership emerge in modo evidente, vedi più volte la ripetizione della parola “tranquillizzare” e del verbo “dovere”, ovvero il percepire che in quel momento il proprio ruolo consisteva nello svolgere quel compito. Inoltre, il passaggio della vicenda con il padre è importante “*lui per quanto roccia il covid ce l'aveva*”, a significare che il Covid-19 non risparmia nessuno. Tale compito appare faticoso e al di là del proprio ruolo “tradizionale”:

“soprattutto in quel periodo io dicevo “ragazzi ma cioè finisci asciugato”. Perché, fai cose completamente diverse, devi parlare con le persone banalmente e ascoltare, tutti i casi che ti raccontano: uno è andato in farmacia ha visto quello, si è positivo, si perché mio figlio, cioè due coglion eh scusate [ride] non era facile ascoltare tutti anche perché a noi non ci ascoltava nessuno. ce lo raccontavamo tra di noi. oppure vai a casa e racconti tutto, questi che sono in casa tutto il giorno” (Paolo, Direttore commerciale).

L'umorismo presente in questo tratto fa ipotizzare le necessità di sdrammatizzare la narrazione, che comunque appare carica dal punto di vista emotivo e fa trasparire un sentimento di solitudine “*a noi non ci ascoltava nessuno*”.

Tornando al verbatim precedente di Simona si osserva come la vita privata impatta sulla sfera lavorativa e attiva vissuti emotivi di angoscia e paura. Le emozioni passano

attraverso il corpo, un corpo che somatizza (parola più volte enfaticizzata). Interessante notare la connotazione di genere “*si dice la donna somatizza*”.

All'esterno si doveva apparire solidi e in grado di gestire e controllare la situazione, dando una direzione chiara, anche se non c'era in quel momento. Appare quindi evidente l'incertezza nell'esercizio del proprio ruolo professionale. Questo tema emerge in tutte le interviste realizzate:

“Questo per me era estremamente importante che tutti avessero la sensazione, che io e xxx, principalmente avessimo il controllo di quello che stavamo, di quello che stavamo facendo e che, e che sapessimo, che riuscissimo a dare una direzione, perché purtroppo, una direzione non c'era quel momento.”
(Giorgio, Amministratore delegato)

Modelli di lavoro e benessere

Per l'Azienda di questo caso studio i modelli di lavoro non sono stati rivoluzionati. O meglio, nella fase iniziale è stato attuato un lavoro da remoto massivo, secondo le indicazioni dei Decreti-legge previsti da Marzo 2020. Tuttavia, come sottolinea il Direttore People and Culture Alessandro l'azienda era già attrezzata per il “working from home” “*Perché noi quella roba lì la facevamo 12 anni fa. Anzi 15 anni fa abbiamo cominciato a fare smart working, no? Poi c'è stata la pandemia, quindi il lavoro forzato tutti a casa, e poi c'è stato il, tornare in azienda.*”

Dal punto di vista delle prestazioni aziendali è stato efficiente, anzi sorprendente:

[...] sapevamo già come lavorare in smartworking. Eravamo, avevamo già la tecnologia, tutti eravamo già pronti. Per noi non è stata una sorpresa. La sorpresa è stato quello che si è portato dietro. Lavorativamente il 2021 è stato il miglior anno, di sempre e il 2020 abbiamo chiuso con dei risultati straordinari, in termini di performance aziendali. Perché funziona, perché Eh, perché siamo capaci, no? Perché già eravamo abituati a lavorare così. [...]
Per noi in un certo senso ha deluso. Non deluso, ci ha fatto riscoprire, delle altre cose positive del venire in ufficio, che prima non coglievamo.
(Alessandro, Direttore People and Culture)

La novità, invece, riguarda i vissuti associati alla modalità di lavoro da remoto, come già viene anticipato da Alessandro, che parla di delusione o meglio di riscoperta della presenza in ufficio. Viene ben sottolineato da Luis in questo passo dell'intervista:

allora devo dire che lavorare è abbastanza alienante, nel senso che io quando ero in... dove per mesi non sono andato in ufficio, anche per lavori che teoricamente possono essere svolti da remoto è veramente, come ho detto proprio alienante, porta quindi ad una serie di derive anche nella percezione di sé e nel modo di relazionarsi che non sono salutari. Ovvero, siamo come specie, siamo una specie, l'uomo, che ha fatto della comunicazione, il contatto con i simili, una delle più grandi differenziazioni rispetto alle altre specie animali. Quindi ce l'abbiamo nel DNA, e il fatto di eliminarlo completamente necessariamente non è salutare (Luis, Direttore del personale).

La parola che colpisce di più e che viene ripetuta più volte all'interno del passo riportato è “alienante”, l'intervistato legge la ricerca di uno scambio sociale come qualcosa di naturale, specifico per la specie umana, che la differenzia rispetto alle altre specie. La conseguenza di questo cambiamento rimanda a qualcosa che non è salutare. Interessante notare come l'impossibilità di interazione con altri porti anche ad una “deriva nella percezione di sé”, sottolineando quanto l'aspetto identitario sia profondamente legato alla dimensione sociale-relazionale.

In linea con questo pensiero, Simona e Paolo, che hanno lavorato sempre in azienda, parlano dell'essere fisicamente presenti come qualcosa di salvifico.

la fortuna di comunque uscire di casa vedere gente, fare le cose in maniera, pseudo normale da un punto di vista di ciclo di vita, quotidiano. Penso che ha aiutato psicologicamente inconsciamente a, rimanere solido (Paolo, Direttore Commerciale).

Oppure

La mia fortuna è stato proprio il fatto di non aver fatto smart working. Perché lavorando anch'io tutti i giorni con loro, all'inizio, parlo di marzo e aprile, facevamo almeno due riunioni al giorno con i ragazzi di Bergamo. [...] Tutti non sapevano cosa fosse, tutti che erano preoccupati. Ma io non me la sentivo

di abbandonare, arrivavo in azienda alle 8:30, uscivo alle 20 in serenità. [...] non poteva essere vissuto diversamente. Anche perché per come sono fatta io che ho bisogno di essere a contatto con le persone, dare supporto alle persone, non poteva essere fatto diversamente (Simona, RSPP)

Andare fisicamente a lavoro è stato vissuto come una fortuna. Gli elementi che consentono di mantenere una “pseudo normalità” e di “rimanere solido” sono uscire di casa, incontrare persone, avere un ritmo quotidiano fatto di orari e abitudini. Simona sottolinea il contatto con i colleghi (i ragazzi di Bergamo sono i meccanici dell’officina che hanno sempre lavorato in quanto categoria essenziale). Vengono rimarcate alcune caratteristiche individuali come il bisogno di contatto e il dare supporto, come dimensione qualificante del proprio sé. Un ulteriore elemento che torna due volte all’interno del breve passo dell’intervista è “*non poteva essere vissuto diversamente o non poteva essere fatto diversamente*” come a sottolineare che per le proprie caratteristiche individuali era inevitabile affrontare la situazione in questo modo.

Tornando ad Alessandro, nel verbatim successivo viene enfatizzata la dimensione sociale del lavoro in presenza, che viene riscoperta:

Io percepisco più di, umanità non so come dire, cioè si è, si è tornati a cogliere il valore delle relazioni interpersonali. Al di là delle gerarchie, al di là, dell’organizzazione all’apprezzare il bere il caffè insieme, sedersi vicini, mangiare insieme, stare insieme. (Alessandro, Direttore People and Culture)

Le relazioni interpersonali vengono viste in termini di valore, sopra qualsiasi organigramma o struttura aziendale. “Essere tornati” rimanda a qualcosa che era presente anche prima e che ritorna e si riscopre.

Promozione della salute come valore aziendale

Il tema della sana alimentazione in Azienda viene vissuto dagli intervistati come espressione di uno dei valori centrali nella cultura organizzativa, ovvero la dimensione di *caring*. Tale aspetto viene sottolineato in modo particolare da due intervistati, dall’amministratore delegato e dal Direttore dell’area People and Culture.

per me la parola, la parola chiave è Caring. Cioè, noi, quello che cerchiamo di fare è fare in modo che le persone che stanno con noi che lavorano con noi, stiano bene, e che si sentano protette. Queste sono le due parole chiave per me. Well being e caring. In realtà le due cose sono assolutamente fuse fuse insieme. [...] Però l'azienda comunque cerca di fare tutto quello che sia possibile per occuparsi del, del bene delle delle persone. Questo secondo me è, è bellissimo e andrebbe raccontato molto di più perché, è abbastanza, non è proprio comune, cioè quando ci sei dentro da vent'anni ti sembra normale. ma non è normale. Cioè non è normale. non è normale avere il caffè gratis, non è normale avere la frutta fresca non è normale che apri i rubinetti e ti esce acqua frizzante. Non è norm.. Cioè son tutta una serie di cose che per me ormai sono normali. ma in realtà normali non sono. Abbiamo creato durante il Covid, abbiamo creato sale dove le persone potessero andare a prendersi il cibo, portarselo su, e mangiare, cercando di mantenere una sorta di, convivialità, ma con, ma protetta. Piuttosto che invece andare giù in orari diversi, completamente splittati da soli, in maniera estremamente triste. (Giorgio, Amministratore delegato)

Valorizzazione di quello che si fa, eccezionalità di quello che si attua, questi due aspetti emergono in modo preponderante all'interno dell'intervista a Giorgio; così come la volontà di garantire una convivialità protetta. Il benessere passa per il caring e viceversa, si parla infatti di fusione e si traduce nel far star bene le persone e nel farle sentire protette; come? attraverso diversi interventi e progetti, che riguardano anche l'alimentazione, ad esempio far parte del programma WHP, dotarsi di un menù curato da un nutrizionista, avere opzioni più salutari all'interno delle proposte mensa. Più volte viene sottolineata la scelta, costosa, di mantenere la mensa aperta per preservare una pseudo-normalità e garantire soprattutto ai meccanici la possibilità di avere un luogo in cui poter mangiare ma anche vivere un minimo di socialità *“Però è stata proprio un scelta aziendale di dire no, continuiamo così, perché di sicuro è un bel segnale, di sicuro da una mano ed effettivamente ha fatto la differenza” (Simona, RSPP).*

Questa dimensione di cura viene affermata anche dal cuoco e responsabile mensa, che vive il suo ruolo come quello di un genitore:

Sono la mamma io, la mamma e il papà. Sì, sì, è vero ma funziona in tutte le mense più o meno così eh, quando ci si affeziona di solito a un cuoco. Dopo come dicono non. Cioè oggi non so, ho fatto 70 persone, non tutte e 70 saranno contente perché accontentare tutti è impossibile sempre. Però, la maggior parte sono contenti e, l'importanza del del cuoco che ti fa un po' da mamma, che ti fa un po' da, che lo conosci, che gli dai fiducia. le persone si affidano anche un po' nel mangiare.. (Matteo, responsabile cucina)

Conoscere, affidarsi, affezionarsi, come se fosse un ruolo genitoriale, questo è il sentimento che viene espresso da Matteo nei confronti della sua attività all'interno dell'azienda. Cucinare per l'altro corrisponde ad un prendersi cura dell'altro.

Rispetto agli svariati progetti messi in atto nel corso degli anni, comune è il racconto di come il Covid-19 abbia sospeso tutto, salvo brevi formazioni erogate online. Questo ha profondamente impattato sulle azioni di team building.

[...] sospesi, perché la formazione a distanza utilissima, utilissima, non è la formazione in aula [...] c'è un pochino di inefficacia, nei corsi a distanza. Che però sono stati la soluzione, altrimenti saremmo stati fermi non so, proprio fermi e non avremmo fatto più nulla, e non era, non era pensabile. anche meeting, adesso al di là del corso di formazione in sé. tutte le altre attività. Ludiche, più ludiche, sono state sospese. non ci sono state pizze, in compagnia, non ci sono stati, viaggi magari viaggi clienti ma, capitava di andare in Svezia per qualche attività, non c'è stato più niente per due anni e questo secondo me, un po' ha impattato sul senso di appartenenza delle persone. (Monica, Responsabile area risorse umane).

Il fare viaggi insieme, i momenti di convivialità, di svago e ludici sono alla base della costruzione del senso di gruppo e del senso di appartenenza per gli intervistati. Torna la dimensione di sospensione e di azzeramento data dalla pandemia e dal lavoro da remoto.

Rispetto agli interventi di promozione della salute, interessante notare come queste scelte aziendali siano condivise e sentite come proprie dalla maggior parte degli intervistati. In contrapposizione, solo una persona critica il modello *caring* di promozione della salute.

[...] Di avere un approccio abbastanza paternalistico al rapporto di lavoro, ovvero l'azienda si deve prendere cura di una serie di cose, come se i dipendenti fossero dei bambini, dei bambini ancora che stanno crescendo, vanno difesi, vanno coccolati. È un approccio, che secondo me, alla lunga abitua le persone a agire come dei bambini, a non prendersi responsabilità, a non essere più autonomi. (Luis, Direttore del personale)

Luis descrive il caring aziendale in modo critico, secondo lui infatti rappresenta un'espressione del modello paternalistico che non lascia libertà e infantilizza le persone, rendendole non autonome. Quella dimensione familiare che veniva valorizzata dagli altri intervistati rappresenta per lui un vincolo, un limite all'esercizio della propria responsabilità.

Alimentazione e convivialità al tempo del Covid-19

Tema centrale all'interno delle interviste è quello della convivialità e dell'alimentazione. Quello che emerge è sostanzialmente un'assenza di cambiamento nella quantità o tipologia di cibo assunto contrapposto ad una profonda modificazione delle pratiche legate all'alimentazione e soprattutto dei vissuti legati a queste pratiche.

le persone che prima, essendo qua da otto anni le conoscevo come erano prima, sono anche adesso. Non non è cambiato molto. anzi quasi niente direi. i gusti di prima sono stati gusti di adesso. Io ho notato questo non è cambiato. (Matteo, responsabile cucina)

Stesso pensiero viene riportato da tutti gli intervistati, anche se quattro di loro fanno riferimento al cibo e all'alcool come valvola di sfogo.

la sera effettivamente con xxx e coi ragazzi qualche volta un po' l'alcol... ci bevevamo [...] lei fa "guarda che bevevamo tutte le sere", faccio "xxx io non mi ricordo che tutte le sere ci fermavamo a bere il cicchettino", sì avevamo una bottiglia di amaro del capo mi ricordo poi quando c'era un po' più di gente, distanti ci facevamo il proseccino... ecco l'unica concessione che ci facevamo (Paolo, Direttore Commerciale)

o ancora

amavo la convivialità amavo cene amavo, il bicchiere di vino, già prima era così però veniva vissuto come, il sabato, la domenica e il venerdì, cioè l'eccezionalità, no? la volta.

Si è un po' esteso a tutti i momenti in cui, siamo seduti insieme a tavola. nel senso che forse abbiamo imparato ad apprezzare di più il momento in cui si è insieme e la compagnia delle persone con cui stiamo, e quindi abbiamo fatto di ogni momento il momento, mentre prima c'era il Momento rispetto alla normalità. E diventa che, ovviamente non faccio, non ho tempo di cucinare quindi si mangia un po' quel che capita, .. Ma magari il bicchiere di vino c'è, ma magari..Eh, le fragole ci sono, ma magari c'è il gelato dopo, c'è sempre un qualcosa che, da, da un po' l'etichetta di speciale a un momento tradizionalmente più normale. (Monica, Responsabile Area risorse umane)

Questo pensiero risulta essere condiviso dalla maggior parte degli intervistati, il cibo e alcool come *“l'unica cosa divertente da fare”*, *“era rimasto solo quello”* (Paolo Amministratore delegato). Il cibo e l'alcool consentono anche di ricreare una dimensione di *“specialità”*, al di là della routine quotidiana. Il Covid-19 sembra aver privato le persone del piacere che viene ricercato attraverso il consumo di alimenti zuccherini e bevande alcoliche.

Per quanto riguarda la convivialità, questa viene strettamente legata a due aspetti: un primo aspetto riguarda la riscoperta della famiglia *“sono tornato a conoscere i miei figli”*, riprendendo le parole di Alessandro; un secondo aspetto riguarda il mangiare a lavoro, strettamente connesso con gli ambienti della mensa.

Matteo, il cuoco e responsabile della cucina descrive molto bene i cambiamenti avvenuti all'interno degli ambienti della mensa (si riportano sinteticamente in modo discorsivo): i tavoli singoli sono stati posizionati a due metri di distanza l'uno dall'altro, i piatti sono stati riorganizzati in monoporzioni e non è più previsto un servizio buffet, le posate sono state imbustate, così come il pane; sono stati posizionati dei plexiglass dove vengono servite le pietanze e dei segnalatori di posizione a terra per facilitare il mantenimento della distanza. Sono stati inoltre messi disposizione igienizzanti mani e igienizzanti per tavoli e sedie. Ognuno, al termine del pasto, deve provvedere a sanificare la sua postazione.

prima la mensa era, è sempre stata la mensa aziendale un momento di convivialità. Quindi una persona stacca, va a mensa, vedi anche colleghi di altri uffici che se no non sempre durante la giornata incontra. Durante la pandemia, il fatto di separare gli orari, gli accessi e di anche allontanare i tavoli ha influito, ovvero la mensa di zingonia, nel set up anticovid... è praticamente.... i tavoli sono distanti due metri, tavolini singoli, quindi non è neanche facile parlare, perché... alla fine non c'è quel quel quell'intimità che permette di scambiarsi, di parlare e più quando si parla alla mensa, ormai come è strutturata oggi si parla con tutti perché è come parlare con tutte le persone nel salone mensa. Mentre invece prima i vari tavoli creavano i loro capannelli. (Luis, Direttore del personale)

Le narrazioni sulla mensa sono tutte connotate da una marcatura temporale tra il prima e il dopo. La convivialità è la dimensione maggiormente impattata dalla pandemia “*mancava l'aspetto forte della convivialità. per poter dire “ti aspetto scendiamo insieme”, è inutile sederci in sei tavoli separati e, questo non, non c'è più.*” (Monica, Responsabile Area Risorse Umane). Quello che viene a mancare maggiormente è l'intimità della relazione; Alessandro fa riferimento agli spazi attuali della mensa come una “*piazza*”; per cui ci sono dei momenti in cui se ricerchi una maggior intimità non vai in mensa ma prendi il vassoio e ti posizioni in sala riunioni.

Questa nuova disposizione ha facilitato da una parte il rafforzamento dei legami nel piccolo gruppo di lavoro, denominato da Alessandro “*clan*” ma dall'altra parte ha “*ampliato le distanze*” come afferma Monica, nei confronti delle persone con cui quotidianamente non lavori.

Prospettive di salute post pandemia

Veniamo ora all'ultimo tema emerso all'interno delle interviste, ovvero le prospettive di salute post-pandemia, che vengono tratteggiate dagli intervistati.

Giorgio, Alessandro, Monica, Luis sottolineano quanto la pandemia, per quanto sia stato un periodo faticoso, difficile da affrontare, abbia fatto capire quanto sia importante investire sulla qualità di vita. Sono stati scelti, tra le diverse interviste due frammenti. Il primo è di Giorgio, amministratore delegato:

Non dobbiamo dare per buono tutto quello che abbiamo imparato. dobbiamo essere critici su quello che abbiamo imparato, ma non dobbiamo buttare via tutto. Cioè. nel lavorare a distanza, nel viaggiare di meno, nel, non viaggiare per qualsiasi motivo [...] la settimana scorsa. [ride] mia figlia è un personaggio. Stavo uscendo la mattina e faccio “stasera non torno”. “come non torni, dove vai?”, ho detto “vado in Svezia” “perché vai in Svezia?”... “ti ricordi che ci andavo?”. Fa “sì, ma adesso non ci andavi più” “eh si ma adesso devo andare”. Cioè. perché comunque siamo stati molto di più a casa. Che è, bellissimo da un lato, ci siamo ci ha permesso di di di stare più vicino ai nostri bambini ma è chiaro che adesso bisogna, rigestire la ripartenza, tenendo la parte buona, però ripeto. con equilibrio e con, con molta. il caring vale anche anche per noi stessi insomma non è che deve essere solo per gli altri. (Giorgio, Amministratore Delegato)

E ancora

sono stati due anni, drammatici mi vien da dire, cioè l'epidemia non può essere vista come qualcosa di positivo perché non lo è stato. però dall'esperienza dolorosa e e negativa che che tutti in misure diverse abbiamo avuto, sicuramente dobbiamo cercare di cogliere, degli aspetti dei segnali dei messaggi, e secondo me è uno dei messaggi forti che.. Che tutti abbiamo, e poi riprenderemo a sottovalutare comunque, è il valore, il valore del nostro tempo e e della nostra vita, cioè vita intesa come fisica, no? Anche, sfruttiamo il nostro corpo, lo maltrattiamo io son la prima, cioè faccio, mangio bevo, ma non solo voglio dire, non sono attenta a tutto, eee.. e, Anche il tempo cioè, non ho mai tempo per fare niente, cioè corro in continuazione perché bisogna correre, chi di, chi lo corre non va bene. Ecco, forse no. Forse no, abbiamo capito che si può non correre, si può fare bene, dedicando il giusto tempo alle cose, Si può fare bene anche senza telefono, che è un'altra tragedia che la dentro abbiamo usato tutti in maniera. Insomma bah folle. e che le relazioni sono molto importanti e vanno protette, sempre. Secondo me è un po' questo cioè. Cerchiamo di, ehm, leggere e ascoltare i segnali che ci sono stati, fortissimi per ciascuno di noi diversi. (Monica, Responsabile Area Risorse Umane)

Prendersi cura di sé, dei propri spazi personali e familiari, il dare valore al tempo e il prendersi del tempo; il prendersi cura delle relazioni e del proprio corpo. Viene chiaramente tratteggiato cos'è la salute per Monica, l'unione delle dimensioni fisiche, sociali, psicologiche. Interessante notare questo passaggio “*Che tutti abbiamo, e poi riprenderemo a sottovalutare comunque*”, come se si desse per scontato che il potere epifanico di un evento eccezionale come la pandemia avesse un potere temporale limitato.

Ci sono aspetti chiave che vengono tratteggiati in termini di future traiettorie all'interno dei verbatim, da una parte Monica, Simona e Paolo che ribadiscono l'importanza della formazione, della sicurezza e salute e di investire sulla crescita personale a tutti i livelli.

Vorrei che fossero loro i promotori della loro sia salute che sicurezza, nel senso che non devo arrivare io con il piano del WHP dirti cosa potrei pensare per te, ma vorrei che sia tu che mi dici guarda che... Ma tu, o l'officina o il singolo guarda che secondo me ci sarebbe questo da migliorare. Mi sono accorto che in fumiamo in tanti, perché il fumo fa parte di quel filone lì, però mi sono accorto che in questa sede abbiamo tutti questo questo problema. Ci puoi dare una mano a risolverlo? Lì è dove vorrei arrivare, arrivare io, perché sono loro i promotori per per se stessi. Credo che sia possibile, perché no? (Simona, RSPP)

Partire dal basso e rendere protagonisti nella progettazione e realizzazione degli interventi i diretti interessati.

Dall'altra, soprattutto riguardo l'aspetto dell'alimentazione, Luis e Matteo rimarcato l'importanza di investire su una personalizzazione e customizzazione:

secondo me bisognerebbe investire di più, come detto, nell'ascoltare le persone, e nel proporre soluzioni customizzate, nel dare flessibilità [...] A me piacciono più approcci che [...] Che dia degli strumenti alle persone per poi decidere, per esempio, quanto investire anche, nella loro salute, chiaramente fare promozione, diciamo così dare gli strumenti alle persone per capire quanto è vantaggioso alimentarsi bene, per esempio. Però poi alla fine sono le persone che devono decidere, e fanno le loro scelte. Io penso che un approccio

del genere sia molto più positivo, più costruttivo di un approccio paternalistico, in cui l'azienda sceglie un qualcosa e lo impone a tutti. Anche perché poi le persone... a nessuno piace sentirsi dire cosa deve fare. (Luis, Direttore del personale)

Per Luis si traduce in un approccio in cui vengono dati gli strumenti alle persone, ma sono poi queste ultime a decidere la strada da percorrere. Interessante notare il tema della libertà, di poter decidere da sé ciò su cui si vuole investire e il non sentirsi imbrigliato in scelte altrui che limitano la libertà di azione. Questo passaggio è chiaramente legato alla visione critica precedentemente tratteggiata legata al paternalismo che ruota intorno agli interventi di promozione della salute in Azienda. Per Matteo invece, il tema della customizzazione si traduce come un'attenzione alle differenze individuali, soprattutto in termini di esigenze e ruoli professionali:

Che sarebbe importante ecco quello piuttosto che il WHP in generale magari sarebbe importante un, un, Piano, piano di, di, dieta ecco forse. Da dire. Così è un po' generale la piramide è un po' messa lì ma è un po' così. Sarebbe importante dire "se vuoi mangiare bene, devi mangiare due volte a settimana il pesce", c'è scritto, però una cosa un po' più chiara, ecco. E dopo in base anche al lavoro che uno fa perché, ecco, tutto lì. Sì, ecco magari, personalizzato nel senso da mansione, ecco, una persona che consuma. al giorno a livello lavorativo non so 1000 calorie, è diversa da una persona che a livello lavorativo ne consuma 100. Su sopra, sopra, io parlo sempre su sopra negli uffici, sono seduti. E quindi non consumano molto e hanno un certo tipo di dieta. Le persone che, lavorano fisicamente, hanno bisogno di un altro tipo di dieta. Invece il WHP è un po' generalizzato, ecco, forse è un po' improntato a una persona d'ufficio più che una persona. No? Sbaglio? di di di lavoro, la linea quella che bisognerebbe tenere. (Matteo, responsabile mensa)

Il suggerimento che viene tratteggiato rispecchia le conoscenze e le convinzioni frutto dell'esperienza e del senso comune. Quella che viene delineata è una critica ad un approccio generalista della promozione della salute che definisce a priori degli standard senza considerare le differenze individuali o di ruolo professionale, cercando

anche di personalizzare le strategie e i messaggi che vengono consegnati. Tale personalizzazione passa soprattutto dal ruolo e dalla mansione professionale.

Fase 2: I focus group con i lavoratori

Il cambiamento dei modelli di lavoro e vissuti personali

Il primo tema che si snoda nella narrazione dei partecipanti al focus group è legato al cambiamento dei modelli di lavoro e l'esperienza personale dei dipendenti.

Questa prima tematica differenzia parzialmente i tre gruppi di lavoratori (chi ha lavorato a distanza, chi ha lavorato sempre in presenza, chi misto con ruolo gestionale).

Di seguito verranno tratteggiate le esperienze personali dei tre gruppi.

Per chi ha lavorato da remoto per tutto il tempo della pandemia racconta i propri vissuti legati allo svolgimento del proprio ruolo professionale in termini di fatica, colpa, difficoltà a conciliare la propria figura di genitoriale, di supporto alla didattica e lavoratore.

Figlia unica, quindi mi sono ritrovata a fare comunque lavoratrice, mamma, maestra. Compagna di giochi.. in più con le preoccupazioni di quello che stava accadendo intorno e al resto della mia famiglia... ee.. Insomma. Diciamo non è stato un periodo facilissimo (Laura, impiegata).

In questo passo viene descritto molto bene il conflitto famiglia-lavoro, caratteristico soprattutto nelle prime fasi della pandemia quando le scuole erano chiuse. Ciò che accresce la fatica del dover conciliare i diversi ruoli è la preoccupazione per ciò che stava accadendo. Tale vissuto è stato confermato da coloro che avevano figli.

C'è un po' questa cosa dello smart working, non so se voi avete la stessa sensazione, dove lavoriamo anche molto di più. Nel senso che tendi a staccare molto poco e questa cosa non so quanto sia sana. Da una parte è molto bello lo Smart working, [...] devo dire che mi piace l'idea dello smart working, mi dà molta più autonomia. L'orario lavorativo è molto molto lungo (Michela, impiegata).

Michela si sofferma sulla sua esperienza nel lavoro da remoto, quello che colpisce è l'ambivalenza dei vissuti associati a questo tipo di lavoro. Da una parte, infatti, il lavoro da casa favorisce l'autonomia, altri riportano una maggiore produttività “*La produttività è sicuramente più alta*” [Luca, impiegato] e ancora una maggior capacità di gestione del tempo “*abbiamo imparato a essere molto più sbrigativi, molto più dritti al punto*” (Filippo, manager); dall'altra si tende a staccare meno e lavorare di più. Interessante notare l'uso frequente dell'aggettivo “molto”, a rimarcare i poli opposti.

io non so se anche per voi è così, ma è come se tu ti senti un pochino in colpa perché hai questa libertà e quindi ti attacchi prestissimo, poi magari tu, invece che bere il caffè con il collega alla macchinetta, vai a mettere la lavatrice o passi l'aspirapolvere, cinque minuti. Però siccome stai facendo questa attività che non è consueta ti genera un senso di colpa per il quale poi tu fino alle otto sei lì, attaccato, in qualsiasi momento. Io ho dedicato uno spazio della mia casa a generare un ufficio, una postazione, e questo pc sempre acceso, e tu sei sempre connessa. La cosa che io ho apprezzato del ritornare in ufficio è quella che quando esci di qui spegni, hai chiuso. E quindi hai poi il diritto di fare lo switch off del telefono e dire; senti io sono uscita basta. Invece a casa hai queste sensazioni di iper-connessione (Sara, impiegata).

Sara introduce il sentimento della colpa associato al fatto che quando si è a casa ci si dedica nelle pause ad attività meno consuete rispetto al setting dell'ufficio, che portano via magari cinque minuti in più; la colpa è associata alla libertà, quindi alla percezione della concessione dello stare a casa. Associato alla dimensione della colpa c'è il vissuto legato all'iper-connessione, il percepire di non avere il diritto di staccare.

Interessante notare che in questo passaggio e in quello precedente sono presenti espressione tipo “*io non so se anche per voi è così*” oppure “*non so se voi avete la stessa sensazione*” che fanno pensare ad una ricerca di conferme e rispecchiamento nei confronti dei propri colleghi che hanno vissuto la medesima esperienza. Sollecitano anche il dilemma se abbiano avuto modo di confrontarsi sui loro vissuti prima di allora. Il tema della labilità dei confini tra lavoro e non lavoro è un tema emerso anche nel gruppo dei manager:

forse non c'è più il confine tra ferie e non ferie è più labile. Il confine tra lavoro e non lavoro e pausa è molto più labile. Penso che il telefono influisca tantissimo. Il fatto di non viaggiare anche il fatto di... va beh io sono curioso quest'estate dopo due anni rivado lontano e sono curioso di vedere se riesco a liberarmi di questo per una settimana [indica il telefono]. Questa secondo me è una delle differenze più sostanziali. Io e Bruno ci scrivevamo i risultati alle 11/11:30 di sera, ma è vero che ci rispettiamo, ma quando sei a casa che non fai niente è tutto buono. Perché tanto sei lì a fare nulla. Capitava di lavorare in maniera differente senza mettere un vero limite tra lavoro e non lavoro. Siamo tornati a rispettare gli orari questo sì. Però per esempio io rispondo a mail o a messaggi a qualsiasi ora (Valter, Manager).

La labilità si traduce nel contattare i colleghi in orari tardo-serali, nel rimanere sempre connessi attraverso il telefono, a rispondere a mail e messaggi a qualsiasi ora. Ciò che colpisce è la valutazione della “bontà” della cosa, dovuta al fatto che non vi erano o meglio si aveva la percezione di non avere altre attività da svolgere nel contesto domestico. Inoltre, lo smartworking è stato vissuto per chi aveva un ruolo più gestionale come un sovraccarico.

in realtà quello che abbiamo sperimentato essendo tutti responsabili di gruppi di lavoro, noi smartworking era valso il doppio. Perché? perché un'azienda lavori chi gestisce il gruppo deve lavorare il doppio. Perché deve coordinare questo gruppo, c'è poco da fare. O il gruppo è coordinato, chiaro e strutturato o lo smartworking non funziona. E alcuni di noi non vedevano l'ora di tornare qui, e quanto meno togliersi una parte, incontrando le persone. [...] Perché comunque quando devi organizzare lo smart working degli altri, in realtà devi lavorare di più. Richiedeva uno sforzo enorme. Un investimento di tempo che invece può essere dedicato ad altro (Alfio, Manager).

Torna più volte l'aggettivo doppio per rimarcare lo sforzo dei responsabili di gruppi di lavoro nel gestire lo smartworking; tale fatica era legata al ruolo, ovvero organizzare il lavoro degli altri per rendere la modalità di lavoro funzionale. La frase finale sull'investimento di tempo che potevi dedicare ad altro oppure il non vedere l'ora di

tornare in presenza sembrano far intravedere una preferenza verso la modalità di lavoro in presenza per l'esercizio della propria leadership.

Veniamo ora all'esperienza di chi ha vissuto il lavoro sempre in presenza, anche nei momenti più restrittivi dei provvedimenti normativi in merito al contenimento del contagio da Covid-19. Di seguito, attraverso i verbatim, verranno tratteggiati soprattutto i vissuti emotivi dei meccanici di Volvo.

all'inizio è stata.. non è stato facilissimo, comunque come tutti del resto penso erano un po' preoccupati, non sapevamo come comportarci, a poco a poco comunque abbiamo preso confidenza tra di noi e fra anche questo maledetto covid.. e poi dopo niente abbiamo trovato la collaborazione giusta e nel quotidiano abbiamo lavorato come prima.. (Daniele, meccanico)

cioè, quando c'è stato il lock down forse era quasi meglio perché stare a casa a fare... ho fatto di tutto, le piastrelle, ho fatto il pane (risate) non sapevo più che cosa fare quindi.. il lavoro ci voleva perché se no impazzisci fuori se no, perché ti occupa tempo dalla vita no? Leggi un libro, fai qualcosa, ma dopo un po' ... se sei abituato a muoverti... (Antonio, meccanico)

In questi due frammenti del focus group con il gruppo di meccanici emergono alcuni aspetti importanti. Innanzitutto, il vissuto di paura, il non sapere come muoversi ma anche la fiducia nel gruppo che ha fatto sì che si potessero trovare modalità di lavoro funzionali, addirittura sottolineando il poter lavorare come prima. Nel secondo passaggio viene sottolineato soprattutto la dimensione "salvifica" del lavoro, come qualcosa che occupa tempo, che consente di muoversi, che consente anche di distrarsi rispetto alle preoccupazioni e al confinamento domestico.

c'è stata la paura all'inizio di come gestire la cosa, di come lavorare (Michele, meccanico)

anche il fatto che comunque ad avere contatti con clienti , quindi coi mezzi, lo spostamento dei mezzi, più che altro anche quello, è stato l'approccio un po' difficile per noi.. (Davide, meccanico)

Interessante notare come questi due passaggi nel focus group siano consecutivi, spesso infatti accadeva che i partecipanti integrassero il punto di vista del collega. Anche in questo caso emergono i vissuti di paura e l'incertezza nel ripensare le modalità di lavoro per mantenersi al sicuro.

Alimentazione come pratica sociale

I partecipanti ai focus group hanno riportato trasversalmente come il momento della pausa all'interno del contesto lavorativo venga considerato sia un momento di stacco, che consente di allentare la tensione lavorativa, sia un'occasione di socialità. Dall'analisi dei verbatim è infatti emerso come il pasto rappresenti un momento conviviale e come il cibo stesso possa diventare uno strumento per mettere le persone in relazione: le occasioni per festeggiare determinati avvenimenti, ad esempio i compleanni o battesimi, diventano un'opportunità di condivisione del cibo e di socialità. I vissuti associati a questi momenti sono di positività.

il momento del pranzo secondo me è un momento di condivisione” (Michela, impiegata)

perché abbiamo anche delle belle abitudini.. quando è il compleanno di qualcuno c'è la tendenza a portare le brioches (Omar, meccanico)

o battesimi, a volte portano o confetti.. alla fine mangiamo sempre [ride] (Daniele, meccanico)

Inoltre, è emerso come anche le semplici occasioni di commensalità tra colleghi possano rappresentare opportunità di team building.

ultimamente se facciamo qualcosa per noi, diciamo extra-lavorativo o riunioni, in realtà non cerchiamo divertimento, cerchiamo un momento di socialità. Cioè andiamo magari volentieri a mangiare insieme [...] se prima lo stare insieme era trovare l'occasione per andare a fare un'arrampicata in montagna, per dire. Adesso invece è vediamo di stare insieme e ci troviamo per andare a mangiare a fare... lo scopo non è andare in montagna, non so se mi

spiego. Cioè rimane lo stesso, ma è cambiato un po' la modalità. (Valter, manager)

Appare evidente quanto in modo trasversale venga ricercata la dimensione di gruppo e come questa dimensione passi attraverso attività extra-lavorative legate al mangiare insieme. Da notare come la parola “insieme” appaia più volte all’intero del verbatim sopra riportato.

Un altro significato attribuito al cibo è quello di percepirlo come modalità per prendersi cura dell’altro, esprimendolo attraverso “attenzioni” e “favoritismi” particolari. Questa dimensione si ritrova esclusivamente nel gruppo dei meccanici.

abbiamo dei venditori che quando devono consegnare il camion arrivano con il cabaret delle paste, perché è un evento, è un cabaret, lo mettono di qua, un cabaret lo mettono di là, sono attenzioni.. (Daniele, meccanico)

per me il cuoco fa favoritismi! Non sto scherzando, lo dico sempre, va bene.. [...]. Ormai ti conosce, lo sa, dice ma ne vuoi due? Ne vuoi un po' di piu? Io sono uno che riceve i favoritismi, però lo vedo.. (Michele, meccanico)

La dimensione di socialità nel pasto è stata rimarcata anche nell’ambiente domestico. I dipendenti che hanno lavorato da casa durante il lockdown hanno riferito come il fatto di ritrovarsi a pranzare assieme al resto della famiglia abbia consentito un rafforzamento dei legami familiari e una maggior comunicazione e condivisione tra i membri.

Comunque nei periodi precedenti per me è stato un momento di ritrovo della famiglia, perché giustamente, avendo due figli, è stato il momento in cui ho di nuovo conosciuto e avuto la possibilità di stare di nuovo con loro. Un momento di unione, cosa che non succedeva mai (Filippo, manager)

Tuttavia, a fianco di questo aspetto sono stati sottolineati la difficoltà e lo stress nel dover gestire la preparazione del pranzo per tutta la famiglia nel tempo limitato della pausa (un’ora). Anche in questo caso è possibile notare l’uso di una terminologia con

forte accezione negativa “stress”, “incubo”, “odiato”, “difficile”, “complicato”, “pesantissimo”.

Un fattore che ha consentito di mitigare tale fatica è stato il supporto sociale da parte del/della partner o dei familiari.

è stato un momento di stress perché significava preparare pasti e cibo più volte rispetto alla consueta abitudine, dalla colazione, al pranzo, alla cena e per me è stato un incubo. Io penso che il cucinare sia una delle cose che ho più odiato nella situazione Covid” (Laura, impiegata)

La convivialità perduta e ... ritrovata?

La convivialità in azienda passa attraverso i luoghi della convivialità, ovvero la mensa aziendale e l’area break. Per far fronte alle norme anti Covid-19 sono stati ridisegnati gli spazi: è diminuito il numero dei tavoli presenti e sono stati separati in modo da consentire la consumazione di una persona per tavolo con un’adeguata distanza; per un periodo di tempo, inoltre, si è mantenuto un ingresso scaglionato su turni in base al proprio ruolo lavorativo. Al momento della raccolta dati questi cambiamenti sono ancora in essere. La revisione degli spazi è stata percepita sia dal gruppo dei manager, che quello degli impiegati come un ostacolo alla commensalità. Questo ha portato ad una consumazione del pasto più sbrigativa e l’interazione con i colleghi più difficoltosa. L’attuale disposizione sembra, infatti, ostacolare la comunicazione, richiedendo un volume maggiore di voce e riducendo di conseguenza l’intimità e la riservatezza.

È possibile notare come i termini e le espressioni utilizzate per descrivere l’attuale esperienza con la mensa abbiano forti connotati negative: “triste”, “orrore”, “strana” “scappare”, “dispiace”, “non mi ispira” “sembra di essere durante un esame”, “disagio a dialogare”, “ti senti accerchiato”, “mi ingozzo e vado subito a lavorare”, “pranzo molto veloce e rapido”.

in questo momento andare in mensa sembra di essere tutto tranne che conviviale perché sono tavoli separati, perché non c’è un contatto, siamo tanti singoli, cioè il momento del pranzo secondo me è un momento di condivisione. E la situazione attuale di come la mensa è strutturata in questo momento è

*triste, e mi mette tanta tristezza; quindi, preferisco fare molto veloce e scappare
(Sara, impiegata)*

*rispetto al passato che avevamo l'area relax che ti consentiva di staccare
completamente, proprio di giocare a ping-pong o a calcetto, ma anche
mezzoretta. Adesso per le varie restrizioni che ci sono .. non c'è più niente..
cioè torno a lavorare subito poi occupandomi della parte digital ti attacchi al
cellulare, quindi... (Luisa, impiegata)*

Lo stacco nell'area relax aveva a che fare con una dimensione di socialità, si citano infatti giochi di squadra come calcetto, ping-pong che in questo momento mancano; ciò porta le persone ad isolarsi, magari attraverso l'uso dello smartphone.

Ciò ha portato in alcuni casi ad una riorganizzazione delle modalità di consumazione del proprio pasto: alcuni dipendenti hanno infatti spostato i tavoli della mensa in modo da creare, sempre mantenendo le distanze, una configurazione “a piazzetta”, mentre la componente amministrativa del campione ha riferito di essersi più volte spostata per mangiare all'interno di una sala riunioni.

*c'è rumore, ci sono esterni. È un ambiente eterogeneo, per cui si fa abbastanza
veloce. Viceversa, quando prendiamo il vassoio, andiamo in sala riunioni, tipo
questa, ci mettiamo o in quattro o in sei, mangiamo e poi rimaniamo lì a
chiacchierare di lavoro, del più o del meno (Laura, impiegata)*

Questa percezione negativa dell'attuale strutturazione della mensa, tuttavia, non è stata riportata in maniera uniforme all'interno del campione. Infatti, si può osservare come la componente dei meccanici non abbia riferito questi disagi nella commensalità.

*comunque mangi sempre con i tuoi colleghi, si chiacchiera sempre [...] per me
sì, da quel punto di vista il problema non c'è stato, secondo me (Daniele,
meccanico)*

Il ritorno in presenza nei luoghi di lavoro ha significato sperimentare una socialità “diversa” nel post Covid-19:

poi siamo diventati un po' più branco, perché comunque prima frequentando la mensa dove c'erano comunque altri colleghi c'era più contatto con gli altri. Poi ovviamente il covid ci ha costretto a stare o un po' più da soli o un po' più in piccoli gruppi. E questa cosa del piccolo gruppo l'abbiamo mantenuta. Piacevolmente, nel senso che non è forzata. (Alfio, manager)

Tuttavia, tale pensiero di ritrovo e valorizzazione della fisicità e del gruppo, non è condiviso da tutti. Significativo è il messaggio portato da Monica. Pranzare insieme viene vissuto come un oltrepassare i limiti personali, un tollerare la vicinanza; tali pensieri fanno intravedere un vissuto legato al rischio e alla paura del contagio.

È anche poter decidere di invitare una collega a pranzo e dire, andiamo a pranzo insieme, ti sedevi vicino e chiacchieravi. Oggi no. Ma anche per parlare di lavoro, guarda ci vediamo giù a pranzo, okay per te? E funzionava. Adesso no. Un po' perché anche concettualmente invitare una persona a pranzo è un po' andare oltre; perché devi togliere la mascherina devi tollerare la vicinanza. Anche oltrepassare dei limiti personali, quindi secondo me è una cosa che non fai. È una funzione. Mentre, secondo me, prima, era più piacevole. (Monica, impiegata)

I fattori che influenzano le scelte alimentari

Dall'analisi effettuata sono emersi diversi fattori che possono influenzare le scelte alimentari nel contesto lavorativo e in quello casalingo, tali fattori sono ovviamente intrecciati con le esperienze personali, la percezione di sé, le conoscenze più o meno ingenuie sull'alimentazione. Per chiarezza espositiva verranno raggruppati in quattro macroaree: fattori personali, sociali, ambientali e lavorativi.

Tra i **fattori personali** vengono citati la motivazione a mantenere un'alimentazione sana, che può essere intrinseca oppure estrinseca, come in questo passaggio: *“È la motivazione che uno ci mette, perché magari ha il colesterolo alto o ha la pancia e deve dimagrire, o piuttosto che ha un problema di salute e deve seguire una determinata dieta (Filippo, Manager), ma anche la capacità di autoregolazione “No, perché l'esempio che facciamo qua è io mangio ti dico le costine, non dovremmo mangiarlo, però come fai a non mangiare le costine. Raramente succede (Alfio,*

manager), che richiama anche ad una dimensione di piacere e gratificazione, come espresso da Omar:

penso anche che sia una forma di, non so, di come gratificarti dopo una giornata di lavoro cioè dopo una parte di giornata di lavoro, magari che sei stanco, vai in mensa e mangi magari un piatto che ti piace che ti dà comunque soddisfazione ecco! È come ti gratifichi con te stesso no, piuttosto che mangiare un piatto che non ti piace solo per la dieta (Omar, meccanico)

Oltre a ciò, emergono i gusti personali, l'organizzazione e pianificazione del menù "Io, per esempio, mi faccio il menù settimanale, così so già che cosa devo preparare prima la mattina [...] Come catena di montaggio preparo tutto" (Silvia, impiegata), l'emotional eating "io essendo chiuso in casa e così, non potevo uscire e cosa facevi? Mangiavi e bevevi, sono andato a pesare 80 kg" (Omar, meccanico) e il praticare sport "perché io faccio sport e quindi ho una disciplina nell'alimentazione" (Filippo, manager). Lo sport sembra quindi legarsi ad un'autodisciplina che investe anche le proprie abitudini alimentari.

Rispetto alle dimensioni personali non emergono particolari differenze all'interno dei gruppi. La variabilità è più legata in questo caso ad una dimensione individuale, ciò è giustificabile considerata la tipologia di fattore.

Per quanto riguarda i **fattori sociali** solo i meccanici sottolineano le tentazioni offerte dal contesto lavorativo, soprattutto in quei momenti di convivialità informale. Emerge tuttavia anche il tema del supporto sociale esterno, in questo caso offerto dalla moglie, che conoscendo i colleghi, ricorda al marito di non fermarsi al bar a prendere la brioche.

difatti mia moglie mi ha detto stamattina: non fermarti al bar a mangiare la brioche che ce l'hai al lavoro. Sapeva già lei precedentemente che c'erano le brioches del compleanno di xxx (Daniele, meccanico)

Solo un'impiegata introduce un tema legato al controllo dovuto alla presenza di altri in mensa "in mensa ti controlli un po' di più, a casa ti lasci un po' più andare (Sara, impiegata).

I **fattori ambientali**, condivisi da tutti i gruppi coinvolti, riguardano le scelte disponibili all'interno della mensa aziendale, ritenuta dalla maggior parte come

“comoda”, “adeguata”, “con opzioni salutari”. Il contesto di consumazione del pasto sembra avere un grosso impatto. Alcuni partecipanti nell’area impiegatizia hanno infatti riportato di mangiare in modo differente in base al luogo nel quale stanno lavorando.

il fatto di avere la mensa sul lavoro può aiutare a rispettare una dieta un po' più sana perché comunque, lui si porta il mangiare da casa, però dipende sempre che mangiare ti fai da casa, cosa ti porti, veloce o qualcosa di preparato.. se devi uscire si può andare magari in un locale, una trattoria, in un ristorante così.. però di solito un po' per i tempi, hai fretta o per economizzare magari sul pasto se prendi qualcosa di già pronto o se vai a prendere magari, [...] in posti dove hai vicino il centro commerciale quindi devi andare a prendere.. burger king, mc donald, quelle cose lì, penso che sia.. avere la mensa sul lavoro è tanta roba, indifferentemente che uno può piacere o non piacere, [...] però il fatto di poter scegliere, il fatto di poterti sedere e mangiare comunque seduto a tavola così.. aiuta sicuramente l'alimentazione. [...] anche il fatto di.. la campagna che avevamo fatto contro il sale, avendo comunque dei cibi già cotti da chi comunque ne sa.. ehh è comunque più sano di mangiare comunque fuori... (Michele, meccanico)

Il fatto di avere qualcun altro che cucina, rispettando per esempio le campagne per l'uso ridotto del sale, porta le persone a mangiare meglio e a non usufruire dei fast food.

Viceversa, chi lavora da casa spesso mangia davanti al pc qualche snack o qualcosa di veloce “davanti al computer, mi siedo a mangiare lì da sola, diciamo davanti al pc. C'è il computer prendo qualcosa e mangio, insomma non ho il mio momento del pranzo quando sono a casa” (Laura, impiegata).

La dimensione di solitudine porta a consumare il pasto velocemente, perdendo quella dimensione di socialità e piacere.

Infine, **i fattori lavorativi** si concentrano in particolare su tre aspetti: tempo a disposizione per la pausa pranzo, tipologia di lavoro (carico di lavoro, mansione, se si deve viaggiare molto) e cultura aziendale. Fin da subito è interessante notare le differenze legate al ruolo, che consentono di contrapporre chi ha un ruolo impiegatizio

o di manager e chi svolte una mansione da meccanico. I meccanici, facendo un lavoro manuale hanno bisogno di “sostanza”, di porzioni più abbondanti perché il lavoro è più faticoso.

Gli impiegati invece sottolineano maggiormente la dimensione tempo, anche in connessione con il modello di lavoro da remoto. Un’ora a casa è poco sostenibile perché comprende anche la preparazione e il riordino, situazione diversa invece sul posto di lavoro, dove si percepisce maggiormente la dimensione di stacco:

E un po' anche le tempistiche, perché comunque la preparazione richiede tempo. E deve cadere all'interno di un'organizzazione lavorativa, familiare che ti porta ad avere del tempo. Perché io sfido chiunque, a master chef lo fanno in 20 minuti, fanno di tutto, io in venti minuti metto su la pentola e aspetto. Cioè devo in un'ora preparare, mangiare, riordinare, perché poi comunque devi ripristinare una situazione secondo me un'ora di pausa è troppo poco, per gestire a casa una situazione diversa. Invece un'ora in ufficio significa che scendo, scelgo, cinque minuti, mi siedo, mangio in venti minuti, chiacchiero, poi torno su. Quindi il fattore tempo sicuramente. Tempo, preparazione, quindi decidi, cosa scegliere, cosa mangiare, quindi se hai una dieta più sana o accontentarti di quello che c'è. Richiede tempo (Laura, impiegata).

Il tema dei viaggi riguarda invece solo il gruppo dei manager, ciò che emerge è che il ridimensionamento dei viaggi ha avuto un impatto positivo sulle scelte alimentari: “devo dire che questo ha portato più ordine alimentare da un certo punto di vista [...] quando arrivi in aeroporto alle 5 e torni a casa a mezzanotte, di solito mangi le cose dell'aeroporto” (Valter, manager).

La cultura aziendale, infine, fa riferimento al valore che viene dato dall'azienda al momento del pasto e, in generale, al benessere dei lavoratori. Questa attenzione è molto presente all'interno di questa azienda e si esprime anche attraverso il programma del WHP:

“abbiamo investito molto sull'alimentazione, prima ancora del WHP per il senso di caring verso le persone che lavorano qua” (Alfio, manager).

Fase 3: L'analisi quantitativa

Analisi preliminari

Le correlazioni tra le variabili dello studio

Sono state condotte correlazioni r di Pearson tra tutte le variabili considerate nel presente studio. I risultati delle stesse sono disponibili nella Tabella 3. Seguendo le linee guida presentate da Cohen (1988), abbiamo interpretato le correlazioni come misure della dimensione dell'effetto. Nello specifico, le correlazioni sono state considerate deboli ($|.10| < r <|.29|$), moderate ($|.30| < r <|.49|$) o forti ($|.50| < r <|1|$). Lo stile alimentare controllato correla positivamente e in modo moderato con lo stile emotivo ma non con lo stile esterno. Lo stile emotivo correla in modo moderato e positivo con lo stile esterno e il sabotaggio della famiglia e in modo negativo con il comportamento di commensalità; inoltre, presenta una correlazione debole ma significativa con i commenti positivi dei colleghi, stress e percezione positiva della commensalità. Si può osservare una correlazione positiva e moderata tra i commenti positivi dei colleghi, i commenti negativi dei colleghi, l'incoraggiamento e il sabotaggio della famiglia. Correlazioni deboli, invece, sono presenti tra commenti positivi dei colleghi e il BMI. Infine, la commensalità presenta una correlazione negativa con la percezione dello stress; ovvero sembra che il comportamento di commensalità favorisca una minor percezione dello stress negativo. Non emergono correlazioni significative tra l'aderenza alla dieta mediterranea e le variabili psico-sociali considerate.

TABELLA 3 | Matrice di correlazioni tra DEBQ, Supporto sociale di colleghi e famiglia, stress, commensalità, BMI, dieta mediterranea

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1-Controllato	-	0,31**	0,01	0,14	0,64	0,20	0,17	0,25	0,16	-0,17	-0,02	0,18	0,14
2-Emotivo		-	0,37**	0,25*	0,12	0,21	0,32**	0,27*	0,08	-0,30**	-0,24*	0,14	-0,03
3-Esterno			-	0,15	0,0	0,05	0,44**	0,13	-0,04	-0,15	0,03	-0,10	-0,12
4-PosComCol				-	0,49**	0,58**	0,36**	0,20	0,12	-0,04	-0,10	0,25*	-0,10
5-NegComCol					-	0,34**	0,37**	0,04	0,09	-0,14	-0,07	0,13	0,11
6-IncoraggiamentoF						-	0,31**	0,16	0,21*	-0,08	-0,06	0,18	-0,01
7-SabotaggioF							-	0,12	0,01	0,04	0,08	-0,08	0,01
8-PSS negativo								-	-0,07	-0,29**	0,09	0,07	-0,10
9-PSS positivo									-	-0,12	0,12	0,14	0,12
10-C_Commensalità										-	0,29**	0,06	-0,15
11-PosCommensalità											-	-0,09	0,06
12-BMI												-	-0,07
13-MDS													-

Note: PosComCol = commenti positivi dei colleghi; NegComCol = commenti negativi dei colleghi; IncoraggiamentoF = incoraggiamento famiglia; Sabotaggio F = sabotaggio famiglia; PSS negativo = Perceived Stress Scale negativo; PSS positivo = Perceived Stress Scale positivo; C_commensalità = comportamento di commensalità; PosCommensalità = percezione positiva della commensalità; MDS = Mediterranean Diet Scale.

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Differenze tra i Profili di aderenza alla dieta mediterranea

Mediante le statistiche dell'ANOVA univariata e Chi quadrato, si è esplorato se vi fossero delle differenze significative per i profili di adesione alla dieta mediterranea, rispetto alle caratteristiche socio-demografiche e alle variabili psico-sociali. Da sottolineare che la piena aderenza alla dieta mediterranea era presente in un unico soggetto del campione, per cui si è deciso di creare una categorizzazione a tre livelli e non a quattro, unendo l'adesione media con quella alta. Nella Tabella 4 sono presenti i risultati dell'ANOVA, come si può osservare i profili si differenziano in modo significativo per età, ovvero l'età media di coloro che seguono un'alimentazione più salutare è maggiore di coloro che adottano un'alimentazione poco salutare. Inoltre, lo stile alimentare esterno è più basso in coloro che portano avanti la dieta mediterranea. Infine, il sabotaggio della famiglia è maggior in coloro che hanno un'alimentazione poco salutare. Non vi sono invece differenze per genere, stato civile, ruolo e modello di lavoro.

TABELLA 4 | Medie e deviazioni standard per età, DEBQ e Supporto Sociale per l'alimentazione salutare. Risultati confronti e test post-hoc.

Variabili	Profili			Levene's test	F/Welch test value (gdl)	η^2
	Alimentazione non salutare	Alimentazione poco salutare	Alimentazione salutare			
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			
Età	43,74 (10,63)	38,74 ^c (9,82)	49,91 ^b (9,81)	0,62	5,79** (2, 90)	0,12
DEBQ						
Controllato	2,49 (0,67)	2,84 (0,91)	2,90 (0,65)	2,59	2,50 (2, 90)	0,05
Emotivo	1,97 (0,87)	2,28 (1,11)	1,52 (0,59)	2,94	3,00 (2, 90)	0,06
Esterno	2,77 ^c (0,51)	3,07 ^c (0,67)	2,19 ^{ab} (0,40)	1,67	10,46*** (2, 90)	0,19
Supporto sociale alimentazione salutare - colleghi						
Commenti positivi	1,90 (1,00)	1,89 (0,87)	1,67 (0,78)	1,36	0,28 (2, 90)	0,01
Commenti negativi	1,56 (0,73)	1,71 (0,91)	1,81 (1,06)	2,05	0,55 (2, 90)	0,01
Supporto sociale alimentazione salutare – famiglia						
Incoraggiamento	2,15 (1,11)	2,24 (1,03)	2,05 (1,15)	0,35	0,16 (2, 90)	0,0
Sabotaggio	1,81 (0,74)	2,23 ^c (0,96)	1,42 ^b (0,73)	4,72*	4,79* (2, 29,50)	0,10

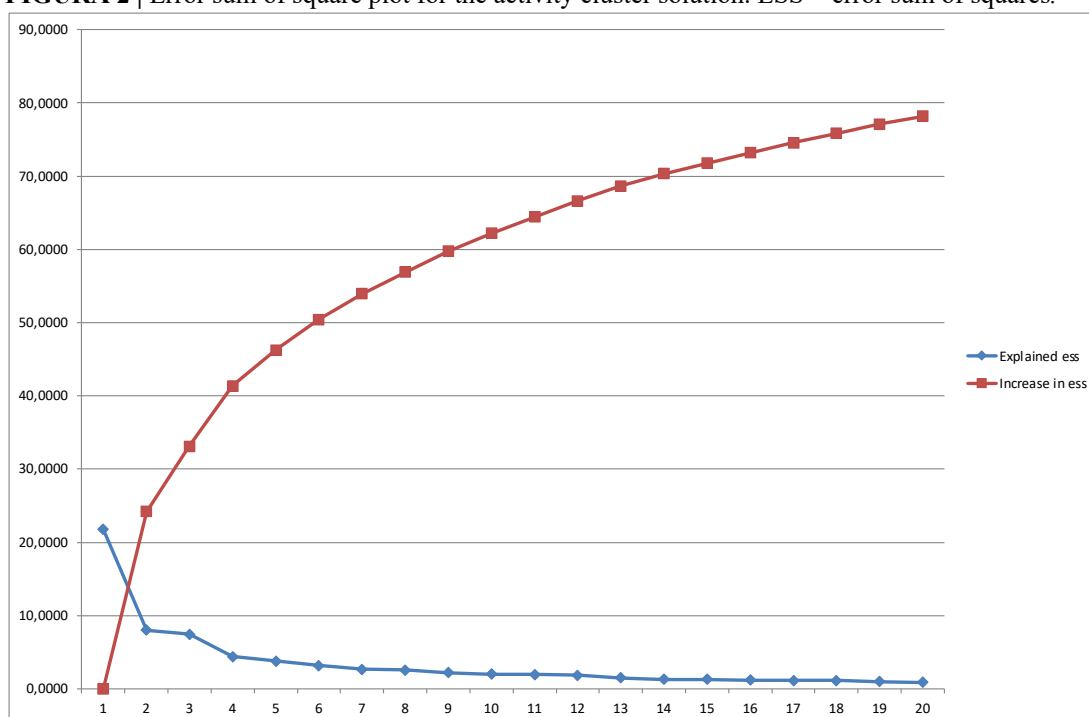
Note: DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire). Le lettere diverse indicano differenze significative tra i profili. Se il test di Levene risultava significativo, è stato utilizzato il robust test di Welch per confrontare i profili, seguito dal test post-hoc di Turkey; dove il test di Levene non risultava significativo, per confrontare i profili è stata utilizzata l'analisi univariata del test di varianza, seguita dal test post-hoc di Bonferroni.

* $p < .05$
 ** $p < .01$
 *** $p < .001$

La Cluster Analisi tra Stile alimentare e supporto sociale per la sana alimentazione di colleghi e famiglia

L'analisi cluster è stata condotta per individuare gruppi di soggetti in base allo stile alimentare e al supporto sociale per l'alimentazione salutare di famiglia e colleghi. L'approccio utilizzato ha combinato metodi di clustering gerarchici e non gerarchici (Cohen, 1988). La tecnica di raggruppamento gerarchico adottata è quella di Ward che consente di collegare gradualmente i soggetti in base alla loro distanza euclidea al quadrato. Questo ha consentito di minimizzare gli incrementi all'interno del cluster o ridurre la somma dei quadrati dell'errore (ESS) e massimizzare la varianza tra i cluster (Aldenderfer & Blashfield, 1984). Nella Figura 2 si può osservare la variazione nell'ESS in base alle diverse soluzioni cluster. Una sostanziale diminuzione dell'ESS indica che durante il processo di partizione, individui non omogenei vengono confusi nello stesso cluster. Come suggerito da Bergman (1998), considerando la dimensione della variazione dei valori ESS tra soluzioni di cluster adiacenti, si è optato per scegliere e approfondire con ulteriori analisi quelle a due e a quattro cluster.

FIGURA 2 | Error sum of square plot for the activity cluster solution. ESS = error sum of squares.



Poiché nel metodo gerarchico di Ward, i cluster vengono fusi all'inizio e i soggetti non si spostano nei passaggi successivi, si ritiene che le soluzioni ottenute possano non essere ottimali. Per ovviare tale limite si è quindi proceduto con un'analisi cluster non

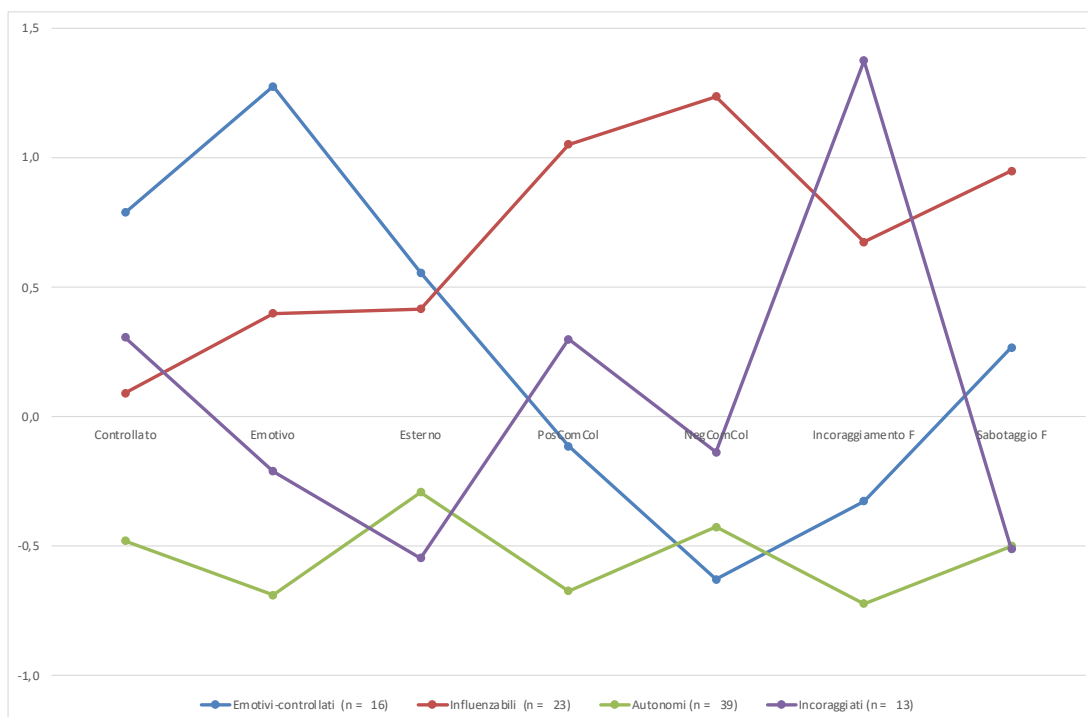
gerarchica K-mean, utilizzando come centro del cluster iniziale quelli della soluzione gerarchica. Mediante questa soluzione, è stato possibile perfezionare il raggruppamento dei partecipanti, assegnati al cluster più simile in base alla loro distanza euclidea dai centri del cluster iniziale. Il metodo non gerarchico riduce l'ESS totale della soluzione cluster, produce cluster più omogenei e migliora ulteriormente, attraverso un processo iterativo, la soluzione cluster preliminare (Bergman & El-Khoury, 2001). Successivamente, sono stati utilizzati cinque indici per valutare il numero ottimale di cluster: l'indice C (Hubert & Levin, 1976), l'indice G (+) (Rholf, 1974), l'indice Gamma (Barker & Hubert, 1975) e la correlazione punto-biseriale (Milligan et al., 1981) e il Wb index (McClain and Rao, 1975). In particolare, livelli alti per EES, correlazione punto biseriale, indice G e livelli bassi per C index, Wb index e G+ index dimostrano un buon adattamento del modello. Come si può osservare dalla Tabella 5, gli indici di adattamento suggeriscono che la soluzione a quattro cluster sia quella ottimale poiché combina allo stesso tempo parsimonia nel numero di gruppi e omogeneità all'interno dei gruppi.

TABELLA 5 | Indici di adattamento della soluzione a due e a quattro cluster identificati tramite l'analisi dei cluster K-mean.

	Explained error sum of squares	Point biserial	C index	Gamma index	Wb index	G+ index
2 Cluster	30,4688	0,4953	0,203	0,6125	0,5219	0,0969
4 Cluster	46,9850	0,5074	0,237	0,7331	0,4128	0,0551

La Figura 3 mostra la soluzione finale a quattro cluster. Per poter meglio chiarire e rappresentare le differenze all'interno dei cluster sull'asse Y sono stati indicati i punteggi z. La clusterizzazione è stata eseguita con i punteggi grezzi, gli z-score medi di ciascun cluster indicano le distanze tra le medie dei cluster e la media standardizzata del campione totale (Scholte et al., 2005). Gli intervalli, espressi in unità di deviazione standard, consentono di chiarire la dimensioni dell'effetto; ossia, come avviene per l'indice d di Cohen (1988), una deviazione standard di 0,2 è da considerarsi un effetto piccolo, una deviazione standard di 0,5 mostra un effetto medio o moderato e una deviazione standard di 0,8 è indicatore di un effetto grande.

FIGURA 3 | Puntezzi Z per Stile alimentare controllato, emotivo, esterno, commenti positivi e negativi dei colleghi, incoraggiamento e sabotaggio della famiglia



Il cluster 1, nominato “*emotivi-controllati*”, conta il 17,6% dei partecipanti e si caratterizza per punteggi alti nello stile alimentare emotivo e moderatamente alto nello stile controllato; mostra inoltre punteggi moderatamente bassi per il supporto sociale, in particolare commenti negativi dei colleghi e incoraggiamento della famiglia. Il cluster 2, “*gli influenzabili*” comprende il 25,3% del campione e si caratterizza per punteggi alti e moderatamente alti nel supporto sociale, sia positivo che negativo di colleghi e famiglia. Il cluster 3, definito “*gli autonomi*”, riguarda il 42,9% dei soggetti e presenta punteggi bassi o moderatamente bassi in tutte le variabili; infine, il cluster 4, “*gli incoraggiati*”, riguarda il 14,3% e si caratterizza per i punteggi alti nell’incoraggiamento della famiglia.

A seguito dell’identificazione dei cluster si è proceduto con analisi del chi quadrato e Anova Univariata per individuare differenze all’interno dei cluster stessi per le variabili socio-demografiche e psico-sociali. L’appartenenza al cluster è stata considerata la variabile indipendente mentre le altre variabili sono state utilizzate come dipendenti. L’Anova Univariata mostra come non vi siano differenze tra i cluster considerando l’età ($F(3, 90) = 0.76, p = n.s., \eta^2 = .03$). Nella Tabella 6 vengono mostrati i risultati del chi quadrato. Come si può osservare è presente per i quattro cluster una differenza significativa per il genere, ovvero, vi è una

sovrarappresentazione di femmine nel cluster degli “*emotivi-controllati*”, all’opposto vi è una sovrarappresentazione dei maschi nel cluster degli “*influenzabili*”. Per quanto riguarda lo stato civile, non risulta significativo ma si può notare come vi sia una sovrarappresentazione dei separati/divorziati nel cluster degli “*emotivi-controllati*”. Infine, rispetto al BMI vediamo che nel cluster degli “*autonomi*” vi è una sovrarappresentazione dei soggetti sottopeso, non vi è tuttavia alcuna significatività.

TABELLA 6 | Analisi χ^2 significative per la soluzione finale a quattro cluster per genere, stato civile, istruzione, reddito, esercizio fisico: percentuali e residui adjusted.

Variabile					χ^2
	Emotivi-controllati	Influenzabili	Autonomi	Incoraggiati	
	% (Adj)	% (Adj)	% (Adj)	% (Adj)	
Genere					12,81**
Maschi	31,3 (-2,7)	87,0 (2,9)	61,5 (0,0)	53,8 (-0,6)	
Femmine	68,8 (2,7)	13,0 (-2,9)	38,5 (0,0)	46,2 (0,6)	
Stato Civile					12,18
Coniugato/convivente	68,8 (-0,8)	69,6 (-0,9)	74,4 (0,4)	92,3 (1,5)	
Single	12,5 (-0,6)	30,4 (1,8)	17,9 (0,2)	7,7 (-1,8)	
Separato/divorziato	18,8 (2,5)	0,0 (-1,4)	2,6 (-1,0)	0,0 (0,4)	
Ruolo					2,59
Manager di manager	0,0 (-0,7)	4,3 (0,8)	2,6 (0,2)	0,0 (0,6)	
Manager di persone	37,5 (1,2)	21,7 (-0,5)	23,1 (-0,4)	23,1 (-0,2)	
Individual contributor	62,5 (-1,0)	73,9 (0,2)	74,4 (0,3)	76,9 (0,4)	
WHF					2,28
Presenza	25,0 (-1,4)	47,8 (0,8)	41,0 (0,1)	46,2 (0,4)	
Ibrido	75,0 (-1,4)	52,2 (-0,8)	59,0 (-0,1)	53,8 (-0,4)	
MDS					7,89
Alimentazione non salutare	37,5 (-0,8)	39,1 (-0,8)	51,3 (0,8)	53,8 (0,6)	
Alimentazione poco salutare	56,3 (1,3)	56,5 (1,7)	33,3 (-1,4)	23,1 (-1,5)	
Alimentazione abbastanza salutare/salutare	6,3 (-0,8)	4,3 (-1,3)	15,4 (0,8)	23,1 (1,3)	
BMI					11,58
Sottopeso	0,0 (-0,9)	0,0 (-1,2)	10,3 (2,4)	0,0 (-0,8)	
Normopeso	62,5 (-0,3)	60,9 (-0,6)	71,8 (1,0)	61,5 (-0,4)	
Sovrappeso	31,3 (0,7)	26,1 (0,2)	17,9 (-1,2)	30,8 (0,6)	
Obeso	6,3 (-0,1)	13,0 (1,8)	0,0 (-2,0)	7,7 (0,4)	

Note: WHF, working from home; MDS, Mediterranean diet scale. % = percentages computed on total, Adj = adjusted residuals
 * p<.05
 **p<.01
 ***p<.001

La tabella 7 mostra i risultati dell’Anova Univariata e presenta le medie e le deviazioni standard per gli indicatori di stress, commensalità, aderenza alla dieta mediterranea, BMI. All’interno della tabella sono presenti anche i risultati del test di Levene per verificare l’omogeneità delle varianze per ciascuna variabile dipendente e il risultato dell’analisi non parametrica Kruskal-Wallis. Si è valutato di procedere anche con

un'analisi non parametrica visto il numero ridotto di soggetti all'interno dei cluster. Come si può osservare i risultati tra Anova e Kruskal-Wallis risultano coerenti. Se il test di Levene è significativo indica che l'omogeneità delle varianze è stata violata; in questo caso, per confrontare i cluster è stato utilizzato il test robusto di Welch, seguito dai test post-hoc di Bonferroni per i test post-hoc. Se il test di Levene non è significativo indica che è stata rispettata l'omogeneità delle varianze; in questo caso, è stata utilizzata una serie di Anova univariata per confrontare i cluster, seguita dal test post-hoc di Tukey. Il confronto dei test post hoc hanno evidenziato differenze significative per stress e BMI. In particolare, il cluster degli *emotivi-controllati* presenta un livello di stress, in termini di stato negativo maggiore rispetto al cluster degli *autonomi*. Per quanto riguarda il BMI si osserva che il cluster degli *influenzabili* presenta una media più alta rispetto agli *autonomi*. Non emergono differenze significative per l'aderenza all'adozione alla dieta mediterranea.

TABELLA 7 | Medie e deviazioni standard per stress, commensalità, dieta mediterranea, BMI per la soluzione finale a quattro cluster. Confronto dei risultati e test post-hoc.

Variabili	Profili				Levene's test (3, 87)	F/Welch test value (gdl)	χ^2 Kruskal- Wallis	η^2
	Emotivi- controllati (a)	Influenzabili (b)	Autonomi (c)	Incoraggiati (d)				
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)				
Stress								
Stato negativo	3,43 ^c (0,55)	3,07 (0,68)	2,70 ^a (0,90)	3,24 (0,86)	3,49*	4,52** (3, 37,23)	10,30*	0,12
Stato positivo	3,09 (0,51)	3,28 (0,53)	3,12 (0,67)	3,31 (0,47)	0,54	0,66 (3, 90)	1,90	0,02
Commensalità								
C_commensalità	3,48 (0,99)	3,22 (0,98)	3,70 (0,71)	3,60 (1,04)	0,93	1,46 (3, 90)	3,66	0,05
Pos_commensalità	4,15 (0,72)	3,68 (1,21)	3,84 (0,80)	4,04 (0,64)	3,32*	1,05 (3, 37,32)	2,28	0,03
MDS	3,75 (1,29)	3,70 (1,46)	3,72 (1,72)	3,62 (2,06)	1,45	0,02 (3, 90)	0,15	0,00
BMI	24,00 (1,72)	25,09 ^c (3,31)	22,56 ^b (2,90)	24,68 (4,31)	0,37	3,17* (3, 90)	7,86*	0,10

Note: C_commensalità = comportamenti di commensalità; Pos_Commensalità = percezione positiva della commensalità; MDS = Mediterranean Diet Scale; le lettere diverse indicano differenze significative tra i profili. Se il test di Levene risultava significativo, è stato utilizzato il robust test di Welch per confrontare i profili, seguito dal test post-hoc di Bonferroni; dove il test di Levene non risultava significativo, per confrontare i profili è stata utilizzata l'analisi univariata del test di varianza, seguita dal test post-hoc di Turkey.

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

5.5. Discussione

La pandemia Covid-19 ha rappresentato un evento critico e imprevisto che ha cambiato profondamente la quotidianità delle persone e le proprie abitudini. Il presente contributo si pone come obiettivo generale quello di indagare se e come sono cambiate le abitudini e le pratiche alimentari legate alla commensalità dei lavoratori nel periodo Covid-19. Un secondo obiettivo concerne l'esplorazione dell'influenza delle strategie di adattamento psicologiche e sociali sull'adozione di comportamenti salutari e sul benessere dei dipendenti. Inoltre, gli obiettivi specifici erano: 1) analizzare in profondità il contesto Volvo Trucks, attraverso l'esperienza dei lavoratori, approfondendo i vissuti emotivi e i significati attribuiti ai cambiamenti nei modelli di lavoro, nelle strategie di promozione della salute e nella convivialità; 2) ricercare i significati e vissuti sperimentati nel momento del pasto in Azienda; se e come il cambiamento delle pratiche e dei modelli lavorativi e/o l'introduzione dei protocolli anti Covid-19 abbiano influito sullo stile di vita e in particolare sulle abitudini alimentari dei lavoratori. Ulteriori obiettivi erano: 3) investigare i fattori che possono influire sulle pratiche alimentari dei lavoratori, con particolare attenzione ai fattori individuali (Modelli comportamentali per l'alimentazione, percezione dello stress), sociali (supporto sociale per la sana alimentazione da parte di colleghi e famiglia) e contestuali; 4) Costruire e validare la Scala sulla commensalità nei luoghi di lavoro; 5) Identificare una classificazione o tipizzazione integrata e combinata derivata empiricamente dai modelli di comportamento alimentare e supporto sociale.

Attraverso uno studio di caso e adottando una metodologia Mixed Method è stato possibile indagare il contesto aziendale di Volvo Trucks con sede a Zingonia (Bergamo).

La ricerca si è sviluppata in tre fasi, due qualitative e una quantitativa che si sono concatenate e integrate. Le interviste sono state funzionali per perseguire il primo obiettivo e in particolare comprendere l'esperienza personale dei lavoratori associati al periodo Covid-19 e ai cambiamenti nei modelli di lavoro e di commensalità. Le interviste sono state realizzate con coloro che hanno svolto un ruolo attivo nella definizione dei protocolli aziendali anti-Covid-19. Mediante l'uso dell'Interpretative Phenomenologica Analysis (IPA) sono stati individuati cinque macro-temi: l'impatto del Covid-19 sul ruolo professionale, modelli di lavoro e benessere, la promozione

della salute come valore aziendale, l'alimentazione e convivialità al tempo del Covid-19 e prospettive di salute post pandemia.

Il primo tema delle interviste descrive quanto la pandemia sia stata vissuta come un evento inatteso, impreveduto, che ha impattato a livello personale e professionale i dipendenti. L'esercizio del proprio ruolo è stato vissuto in termini di incertezza e responsabilità, quest'ultima, per quanto necessaria è stata faticosa dal punto di vista emotivo e in alcuni casi si è ripercossa anche nel corpo, attraverso somatizzazioni. Tale risultato amplia la letteratura scientifica, numerose ricerche sono state infatti realizzate nel contesto sanitario (ad esempio Hao et al., 2021), mentre risultano poco esplorati gli altri tipi di organizzazione. La presenza, le decisioni rapide e la comunicazione costante con le varie aree aziendali sono state strategie funzionali all'interno dell'azienda per affrontare le continue riconfigurazioni che le disposizioni ministeriali richiedevano. La letteratura ci conferma come il promuovere un senso di identità di gruppo da parte dei leader in un momento di crisi consente di preservare una maggior soddisfazione lavorativa e ridurre il sentimento di solitudine (Krug et al., 2021). Tale strategia è stata efficace soprattutto con coloro che sono rimasti a lavorare in presenza. Nel secondo tema, infatti, su "modelli di lavoro e benessere" appare chiara la contrapposizione tra chi ha continuato a recarsi presso la sede aziendale e chi invece ha dovuto transitare il proprio lavoro da remoto. Il lavoro "da casa" non è stata una novità dal punto di vista dell'organizzazione presa in esame, già da dodici anni, infatti, si portava avanti tale modello. Questo ha fatto sì che dal punto di vista prestazionale si mantenesse una certa efficacia nel perseguimento dei risultati. Ciò che invece appare in modo evidente è il cambiamento di percezione del setting domestico di lavoro, descritto in termini di alienazione e solitudine. L'assenza della fisicità viene vista come privazione importante anche per il proprio sé. Ciò dimostra quanto l'identità individuale sia intrecciata e inseparabile da quella sociale, che si esercita e mantiene attraverso il contatto fisico, il dialogo e i momenti di condivisione. L'identità, quindi, si costruisce e si mantiene socialmente, attraverso gli scambi sociali (Mead, 1934). A rimarcare questo aspetto chi ha mantenuto una presenza in azienda sottolinea la dimensione salvifica del recarsi presso la sede lavorativa, del parlare con i propri colleghi anche se a distanza; ciò sembra aver contribuito a preservare le proprie abitudini e a mantenere un certo grado di benessere.

Il terzo tema "la promozione della salute come valore aziendale" enfatizza il benessere e il caring come due facce della stessa medaglia ed espressione di un valore aziendale,

che si manifesta a livello esplicito, attraverso la partecipazione a programmi di promozione della salute come il WHP e a livello implicito, attraverso una certa visione del contesto come familiare. Il far star bene le persone, il sentirsi genitore per i dipendenti, nel caso del cuoco, è espressione di una cultura organizzativa. Questi aspetti richiamano i concetti di “artefatti” o di “cultura locale”, formulati da Schein, ossia lo strutturarsi di valori e prassi consolidate e spesso implicite all’interno di un’organizzazione sociale. Tale cultura influenza il comportamento degli individui che ne fanno parte determinando modalità di pensiero e azione condivisi (Schein, 1990).

Il penultimo tema, emerso dalle interviste, riguarda invece “l’alimentazione e la convivialità al tempo del Covid-19”. La contrapposizione tra contesto domestico, caratterizzato dal piacere di ritrovare la dimensione familiare, si contrappone all’azzeramento della socialità tra colleghi che può, per una parte degli intervistati, avere un impatto sul senso di appartenenza. Studi in letteratura confermano quanto i momenti di convivialità siano importanti per la costruzione di intimità, senso di gruppo; mangiare insieme agli altri promuove infatti la creazione e il rafforzamento di legami sociali (Dunbar, 2017; Fischler, 2011; Yates & Warde, 2017). Il consumo condiviso dei pasti favorisce momenti relazionali regolari che consentono alle persone di soddisfare il loro bisogno di interazione e integrazione sociale, stabilendo e rafforzando identità comuni (Sobal & Nelson, 2003). Per quanto riguarda invece il cambiamento delle abitudini alimentari si segnala un aumento del consumo di alcool; tale dato trova conferma nelle ricerche condotte durante la pandemia (Ingram et al., 2020) e una tendenza a servirsi del cibo come fonte di piacere. È stato dimostrato in letteratura come il consumo di cibi zuccherini o con alti valori di grassi stimolano il rilascio di serotonina nel cervello, aumentando la sensazione di piacere. Allo stesso tempo, riduce l’attività dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che è ampiamente implicato nella regolazione della risposta allo stress (Macht, 2008).

Infine, nel quarto tema, gli intervistati tratteggiano alcune prospettive di promozione della salute nello scenario post-pandemico. I focus all’interno dei quali vengono delineate sono due: quello individuale, dove si parla di prendersi cura del proprio corpo, dare valore al tempo, dare valore alle relazioni e quello sociale-organizzativo, in cui si valorizza il ricostruire momenti collettivi, anche di convivialità, il favorire approcci dal basso che coinvolgano direttamente le persone rispetto all’individuazione degli oggetti di lavoro (che riguardano in primis sicurezza e comportamenti di salute) e un’attenzione alla customizzazione, alla personalizzazione come strategia funzionale

per rispondere meglio agli esigenze dei dipendenti. Secondo le linee guida formulate dall'OMS (2010) sulla "Workplace Health Promotion" il coinvolgimento attivo dei lavoratori nel definire e portare avanti strategie di intervento efficaci è un elemento essenziale. L'aspetto della partecipazione attiva è contenuta anche nella definizione stessa di luogo di lavoro sano "*A healthy workplace is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement process to protect and promote the health, safety and wellbeing of all workers and the sustainability of the workplace...*" (WHO, 2010).

Coinvolgere le diverse categorie di lavoratori nella seconda fase del progetto, nonché quella principale all'interno del nostro disegno di ricerca basato sul Mixed Method, ha consentito di raggiungere il secondo obiettivo; ossia esplorare l'esperienza personale riguardante le abitudini alimentari e la commensalità in azienda nel periodo Covid-19. Ai focus group hanno partecipato tre diverse categorie di lavoratori, l'area impiegatizia, che ha lavorato a distanza durante il periodo della pandemia, l'area dei meccanici, che ha mantenuto la presenza fisica presso la sede e l'area dei manager che ha adottato un modello di lavoro misto. Sono stati tratteggiati quattro macro-temi: il cambiamento dei modelli di lavoro e i vissuti personali; l'alimentazione come pratica sociale, la convivialità perduta.. e ritrovata?; E i fattori che influenzano le scelte alimentari. Di seguito verranno ripresi e discussi sinteticamente.

"Il cambiamento dei modelli di lavoro e i vissuti personali" rappresenta il primo tema individuato mediante l'uso dell'IPA. Il modo in cui viene esplicitato all'interno delle tre categorie dei lavoratori è profondamente diverso: per gli impiegati il cambiamento del modello di lavoro, trasferito nel setting domestico viene vissuto in termini di fatica, colpa e difficoltà a conciliare lavoro con la vita familiare; ma anche percezione di maggior autonomia e flessibilità. L'esperienza dei manager appare simile anche se si aggiungono temi legati all'iper-connesione, alla labilità dei confini e al sovraccarico per coloro che devono organizzare e gestire un team di lavoro a distanza. I vissuti tratteggiati dai lavoratori trovano conferma in letteratura, Ter Hoeven e Van Zoonen (2015) sostengono che la maggior flessibilità del lavoro domestico favorisce, infatti, una maggior autonomia e soddisfazione, elementi che sembrano accrescere il benessere. Altri studi, invece, rimarcato quanto lo svolgere le proprie mansioni da remoto si associ spesso a vissuti di colpa (Moe & Shandy, 2010) e una tendenza a lavorare maggiormente per ricambiare la flessibilità consentita, per esempio rispondendo a mail anche al di fuori dell'orario lavorativo (Chesley, 2010). Questa

labilità dei confini tra lavoro e non lavoro può rappresentare una fonte di stress (Chesley, 2014; Tietze & Musson, 2005). Il sovraccarico per i team leaders appare un tema interessante e poco approfondito in letteratura, si auspica quindi che venga indagato ulteriormente mediante studi futuri. Infine, i meccanici narrano la loro esperienza di lavoro in presenza durante la pandemia in termini di paura, preoccupazione ma anche di fiducia nel gruppo, che è stata la base per poter continuare a svolgere le proprie mansioni. Torna quindi in questo passaggio, ciò che era emerso anche nelle interviste, ovvero il lavoro in presenza come fonte di benessere, perché preserva la dimensione di gruppo.

Nel secondo tema “alimentazione come pratica sociale” viene confermata l’importanza dell’alimentazione come occasione di ritrovo, convivialità, intimità e costruzione di significati condivisi, già emersa all’interno delle interviste. Il cibo rappresenta un veicolo per festeggiare momenti gioviali come un compleanno o un battesimo. Questo aspetto viene rimarcato soprattutto dai meccanici. Ma è anche occasione di rafforzamento, soprattutto durante il periodo della pandemia, dei legami familiari, presente soprattutto in coloro che hanno proseguito le proprie mansioni a distanza. Rispetto alla dimensione domestica, una parte dei lavoratori condividono anche la fatica della gestione e organizzazione familiare. Il semplice atto di mangiare insieme si conferma essere simbolo di intimità nelle relazioni sociali e può rafforzare i legami attraverso la promozione di modelli comportamentali familiari e della reciprocità tra gli individui (Dunbar, 2017; Giacomani, 2016; Wang et al., 2021). L’opportunità di interagire socialmente è inoltre vista come una fonte di piacere e benessere (Pramudya et al., 2022).

L’alimentazione come convivialità è quella che è stata maggiormente impattata dalla pandemia Covid-19 nei contesti lavorativi. Il caso della riorganizzazione della mensa di Volvo è emblematico, i lavoratori, soprattutto impiegati e manager vivono l’ambiente della mensa con tavoli singoli e distanziamento con vissuti emotivi negativi (tristezza, disgusto, orrore) perché non favorisce quella dimensione di intimità e convivialità perduta. Diversa è invece l’esperienza dei meccanici poiché la mensa ha rappresentato, nel momento più difficile della pandemia, un segnale di conservazione della socialità. La relazione tra cambiamenti della mensa, percezione della commensalità e benessere risulta essere un tema pressoché inesplorato nel panorama nella ricerca scientifica, soprattutto in ambito psicologico. La prospettiva ecologica potrebbe rappresentare una cornice importante, in quanto riconosce gli individui come

incorporati all'interno di sistemi sociali e contestuali più ampi e descrive la salute e i risultati sulla salute entro relazioni interattive tra individui e i propri ambienti, tra i quali gli ambienti fisici (Sallis et al., 2008; Stokols, 1992).

Infine, nell'ultimo tema individuato vengono tratteggiati i diversi fattori che influenzano le scelte alimentari. Molti di questi trovano già conferma in letteratura: *fattori personali*, quali motivazione (Brug, 2008), controllo o capacità di autoregolazione (Baumeister et al., 2006; Teixeira et al., 2011), piacere e gratificazione (Macht et al., 2005), gusto personale (Williams et al., 2010), fare sport; *fattori sociali* come il supporto familiare (Ball et al., 2006; Inglis et al., 2005; Van Duyn et al., 2001), le norme sociali (Herman et al., 2003), la presenza o meno di altre persone (De Castro, 1991); il giudizio sociale ma anche la facilitazione sociale (Herman, 2015). A questi si aggiungono, i *fattori ambientali* più specificatamente legati al contesto lavorativo come le proposte della mensa, la presenza di programmi di promozione della sana alimentazione e i *fattori lavorativi* riguardanti il tipo di mansione e carico di lavoro e il tempo a disposizione per la pausa (Clohessy et al., 2019). Tranne il supporto sociale familiare presentato solo dai meccanici e la paura del giudizio, maggiormente presente negli impiegati; gli altri temi risultano essere trasversali a tutti i ruoli lavorativi; questo fa pensare che la tipologia di lavoro non presenti un fattore che possa moderare i comportamenti di salute legati all'alimentazione. Tale dato è stato ulteriormente confermato anche nella fase quantitativa dello studio di caso in cui né la mansione, né il ruolo appaiono variabili discriminanti per l'alimentazione. Ulteriori studi sarebbero tuttavia necessari per meglio comprendere tale aspetto. Attraverso questo tema è possibile rimarcare quanto i comportamenti di salute siano l'esito di più fattori, che riguardano l'ambiente, i rapporti con le altre persone e fattori più specificatamente legati all'individuo. Ciò dev'essere considerato anche nella definizione e realizzazione dei programmi di promozione della salute in azienda. Una ricerca condotta da Tauber e colleghi (2018) infatti, ha sottolineato come l'aderenza al programma WHP non sia di per sé sinonimo di promozione della salute; messaggi e interventi costruiti con un focus sulla responsabilità individuale sembrano promuovere infatti maggiore stigma e comportamenti poco salutari nei lavoratori in sovrappeso o obesi.

Da segnalare, un cambiamento emerso nelle abitudini alimentari che meriterebbe attenzione sia in un'ottica di approfondimento ulteriore di ricerca, sia in un'ottica di intervento futuro riguarda l'aumento nel consumo di alcool, che è stato usato come

modo per allentare lo stress e la tensione e, in alcuni casi, per creare un'occasione di distacco dalla routine. I partecipanti hanno inoltre riferito il mantenimento di questa nuova abitudine anche al termine del lockdown.

Le fasi qualitative hanno consentito di esplorare in profondità l'esperienza dei lavoratori in merito al cambiamento dei modelli di lavoro e il loro legame con il benessere e l'alimentazione nella sua connotazione di pratica sociale ma anche di comportamento influenzato da una serie di fattori, individuali, sociali, ambientali. Al fine di costruire degli interventi ad hoc per promuovere le risorse del soggetto e dell'organizzazione e favorire un'alimentazione più salutogenica, in termini di pratica collettiva, non solo di aderenza ad una dieta mediterranea è importante comprendere le caratteristiche specifiche del campione preso in considerazione. La fase quantitativa dello studio aveva proprio questo focus. Attraverso la cluster analisi sono stati individuati quattro differenti profili: gli *emotivi-controllati*, gli *influenzabili*, gli *autonomi*, gli *incoraggiati*. Gli *emotivi-controllati* che presentano uno stile alimentare più emotivo e controllato, appaiono sovra rappresentati da soggetti separati o divorziati e percepiscono un maggiore stress; l'ipotesi formulata appare quindi confermata, il legame tra stile alimentare più emotivo e stress appare coerente rispetto agli studi in letteratura (Cecchetto et al., 2021). Gli *influenzabili*, che percepiscono maggiormente l'influenza sociale positiva e negativa della rete sociale, sia familiare che della colleganza, sono in prevalenza maschi e risultano in sovrappeso. Tale risultato appare interessante, all'interno di questo cluster, infatti, sembrano essere presenti persone sensibili all'opinione e presenza altrui, sia in termini positivi, sia in termini negativi. Il fatto che siano anche quelli con una media più alta di BMI fa pensare che possano essere maggiormente soggetti a fenomeni quali la facilitazione sociale, ovvero la tendenza a mangiare di più quando ci si trova in gruppo (Herman, 2015), la quale infatti, si riscontra in letteratura maggiormente negli uomini (Ruddock et al., 2021). Ulteriori approfondimenti sarebbero, tuttavia, necessari per comprendere meglio tale profilo, sia in termini di caratteristiche socio-demografiche, sia in termini di caratteristiche psicologiche. Gli *autonomi*, in contrapposizione, presentano livelli più bassi della media per tutti gli stili alimentari (controllato, emotivo, esterno), hanno una sovrarappresentazione dei soggetti sottopeso e percepiscono meno una condizione di stress negativa; inoltre presentano un BMI più basso. Non emergono differenze significative per l'aderenza alla dieta mediterranea. Infine, gli *incoraggiati*, mostrano più alti livelli di incoraggiamento da parte della famiglia, ma non sembrano

differenziarsi in modo significativo per le altre variabili. Tale profilo sembra quello che lega maggiormente la propria alimentazione al contesto domestico. Un dato importante da evidenziare è che i cluster individuati, ma anche le variabili considerate, non sembrano direttamente connessi con l'adesione alla dieta mediterranea, com'era stato inizialmente ipotizzato. Occorre sottolineare, tuttavia, che all'interno del campione la percentuale di soggetti con un'alimentazione salutare era piuttosto scarsa, inoltre la numerosità all'interno dei cluster e del campione era relativamente ristretta. Per tale ragione ulteriori studi sarebbero opportuni per validare il modello a quattro cluster su una popolazione più ampia, esplorando anche ulteriormente il legame con variabili quali ad esempio atteggiamenti legati all'alimentazione oppure la percezione di autoefficacia.

Un ulteriore risultato chiave raggiunto dallo studio è stato quello di costruire e validare uno strumento per indagare la commensalità nel contesto organizzativo. Tale scala è stata formulata a partire dalla revisione della letteratura ma anche dai risultati e quindi dall'esperienza dei lavoratori raccolta mediante le interviste e focus group. Auspicabile sarà la validazione con un campione più ampio di soggetti.

Per quanto concerne i limiti dello studio, innanzitutto lo studio di caso, in quanto focalizzato su un'unica azienda non consente di giungere a risultati generalizzabili; tale ricerca ha aiutato a comprendere quella realtà specifica, ulteriori dati empirici saranno importanti per formulare prospettive teoriche e di ricerca sulla commensalità e sulle pratiche alimentari nel contesto lavorativo e sui fattori che le influenzano. La questione della generalizzabilità riguarda anche il modello di clusterizzazione che merita, come precedentemente sottolineato, approfondimenti successivi. Inoltre, per quanto concerne la fase quantitativa, il campione risulta parzialmente rappresentativo, una parte importante dei lavoratori, ad esempio la categoria dei meccanici ha aderito parzialmente, ciò non ha consentito di esplorare ulteriormente le differenze in base al ruolo professionale; il numero di soggetti è limitato per cui la clusterizzazione individuata può essere rappresentativa del campione considerato, ulteriori studi andrebbero condotti per comprendere se possa essere generalizzabile ad altre popolazioni.

Un ulteriore importante limite del presente studio riguarda il suo disegno che è cross-sectionale; una ricerca longitudinale avrebbe consentito di esplorare ulteriormente l'esperienza dei lavoratori e i cambiamenti a livello organizzativo determinati dai vari provvedimenti legati al Covid-19, che possono influenzare, come abbiamo visto, gli

ambienti della commensalità e il benessere dei lavoratori. Inoltre, uno studio longitudinale sarebbe necessario per determinare la stabilità nel tempo dei cluster individuati, oltre che valutare il valore predittivo dei profili psico-sociali.

Per quanto riguarda i punti di forza dello studio è importante evidenziare il valore del Mixed Method, i temi emersi nelle fasi qualitative sono stati poi ulteriormente approfonditi ed integrati nella fase quantitativa, vedi ad esempio la costruzione della scala sulla commensalità nel contesto lavorativo. Inoltre, ad oggi, la maggior parte degli studi che utilizzano l'IPA nell'analizzare i focus group tendono a considerare gruppi omogenei (ad es. Dunne & Quayle, 2002). In questo studio, invece, come avvenuto per esempio in Lamb e Cogan (2016) nell'indagare stress e resilienza all'interno del contesto organizzativo sanitario, sono state analizzate e confrontate popolazioni con alcune caratteristiche diverse; questo ha consentito di far affiorare somiglianze e differenze tra i temi emergenti. L'uso di gruppi eterogenei (ma che lavorano in aree simili) ha fornito l'opportunità di confrontare il modo in cui il contesto può influenzare i risultati (WHO, 2005) e ha tratteggiato intuizioni concettuali che non sarebbero potute emergere se fossero stati utilizzati metodi più tradizionali, ad esempio la percezione ambivalente della commensalità da parte dei lavoratori, alla luce dai cambiamenti ambientali, i vissuti legati al cambiamento dei modelli di lavoro. La natura interconnessa di questi concetti è qualcosa che ha aiutato a comprendere meglio il caso studio considerato e non è mai stato affrontato in lavori precedenti. Ciò è stato possibile grazie alla metodologia qualitativa e comparativa di questa ricerca.

Un ulteriore elemento da valorizzare riguarda l'emergere dell'intreccio tra promozione della salute e dimensione della cura, che ha a che fare non solo con l'aspetto fisico, es. la promozione di comportamenti salutari, ma anche con un investimento sul benessere emotivo, sociale, psicologico del contesto di lavoro e di chi ne fa parte. Questo rimarca l'importanza di un intervento della psicologia e in particolare della psicologia della salute su questi aspetti, considerando quindi uno sguardo allargato.

I risvolti applicativi che derivano da questo studio sono differenti: la riorganizzazione dei modelli di lavoro ha fatto emergere una molteplicità di vissuti e percezioni legate a questo tema. Trovare risposte in grado di bilanciare questi aspetti potrà rappresentare una delle possibili sfide future per l'azienda. Per quanto riguarda la promozione della salute, appare auspicabile trovare nuove modalità per valorizzare e/o perfezionare gli attuali interventi, quali la maggior customizzazione, partendo dalla profilazione del target e la valorizzazione della partecipazione, con un'attenzione alle conoscenze

ingenua sul tema dell'alimentazione. Infine, riguardo la commensalità, dallo studio è emerso quanto tale pratica sia importante per lavorare sul senso del gruppo, favorire spazi di recovery e benessere e promuovere influenza sociale positiva; è stato rilevato inoltre, quanto tale pratica sia condizionata anche dall'ambiente della mensa, ripensare gli spazi per favorire la commensalità e mantenere il rispetto delle normative anti-Covid sarà più che mai importante per la realtà considerata.

Bibliografia

Aldenderfer, M. S. & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster Analysis*. London, Sage Publications.

Andersen, S. S., Holm, L., & Baarts, C. (2015). School meal sociality or lunch pack individualism? Using an intervention study to compare the social impacts of school meals and packed lunches from home. *Social Science Information*, 54(3), 394–416. <https://doi.org/10.1177/0539018415584697>

Anderson, E. S., Winett, R. A., & Wojcik, J. R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 34(3), 304–312. <https://doi.org/10.1007/BF02874555>

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr, Virani, S. S., Williams, K. A., Sr, Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e563–e595. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>

Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Bulus, M., & Allen, K. A. (2020). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>

Baker, F. B., & Hubert, L. J. (1975). Measuring the Power of Hierarchical Cluster Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 70(349), 31–38. <https://doi.org/10.2307/2285371>

Ball, K., & Crawford, D. (2006). An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *International journal of obesity (2005)*, 30(8), 1240–1249. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803267>

Ball, K., Crawford, D., & Mishra, G. (2006). Socio-economic inequalities in women's fruit and vegetable intakes: a multilevel study of individual, social and environmental mediators. *Public health nutrition*, 9(5), 623–630. <https://doi.org/10.1079/phn2005897>

Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of personality*, 74(6), 1773–1801. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00428.x>

Bergman, L. R. (1998). A pattern-oriented approach to studying individual development: Snapshots and processes. In Cairns R.B., Bergman L.R., & Kagan J. (Eds.), *The individual as a focus in developmental research*. New York, NY, Sage Publication.

Bergman, L. R., & El-Khoury, B. M. (2001). Developmental processes and the modern typological perspective. *European Psychologist*, 6(3), 177–186. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.6.3.177>

- Bergman, L. R., El-Khoury, B. M. (2002). *Spleiner: A statistical package for pattern-oriented analysis*. (Computer software; Version 2.1).
- Camilleri, G. M., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V. A., Bellisle, F., Hercberg, S., & Péneau, S. (2014). The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *The Journal of nutrition*, *144*(8), 1264–1273. <https://doi.org/10.3945/jn.114.193177>
- Capone, V., Caso, D., Donizzetti, A. R., & Procentese, F. (2020). University student mental well-being during COVID-19 outbreak: What are the relationships between information seeking, perceived risk and personal resources related to the academic context? *Sustainability*, *12*(17), 7039. <https://doi.org/10.3390/su12177039>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Caso, D., Capasso, M., Fabbricatore, R., & Conner, M. (2020). Unhealthy eating and academic stress: The moderating effect of eating style and BMI. *Health Psychology Open*. <https://doi.org/10.1177/2055102920975274>
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, *160*, 105122. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105122>
- Chen, P. J., & Antonelli, M. (2020). Conceptual Models of Food Choice: Influential Factors Related to Foods, Individual Differences, and Society. *Foods (Basel, Switzerland)*, *9*(12), 1898. <https://doi.org/10.3390/foods9121898>
- Chesley, N. (2010). Technology use and employee assessments of work effectiveness, workload, and pace of life. *Information, Communication & Society*, *13*(4), 485–514. <https://doi.org/10.1080/13691180903473806>
- Chesley, N. (2014). Information and communication technology use, work intensification and employee strain and distress. *Work, Employment and Society*, *28*(4), 589–610. <https://doi.org/10.1177/0950017013500112>
- Cleobury, L., & Tapper, K. (2014). Reasons for eating 'unhealthy' snacks in overweight and obese males and females. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, *27*(4), 333–341. <https://doi.org/10.1111/jhn.12169>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (2002). *The social psychology of food*. Open University Press.
- Coulthard, H., Sharps, M., Cunliffe, L., & van den Tol, A. (2021). Eating in the lockdown during the Covid 19 pandemic; self-reported changes in eating behaviour, and associations with BMI, eating style, coping and health anxiety. *Appetite*, *161*, 105082. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105082>

- Cruwys, T., Bevelander, K. E., & Hermans, R. C. (2015). Social modeling of eating: a review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite*, *86*, 3–18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035>
- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, *71*, 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.010>
- de Castro J. M. (1991). Social facilitation of the spontaneous meal size of humans occurs on both weekdays and weekends. *Physiology & behavior*, *49*(6), 1289–1291. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(91\)90365-u](https://doi.org/10.1016/0031-9384(91)90365-u)
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attinà, A., Bianco, F. F., Caparello, G., Camodeca, V., Carrano, E., Ferraro, S., Giannattasio, S., Leggeri, C., Rampello, T., Lo Presti, L., Tarsitano, M. G., & De Lorenzo, A. (2020). Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, *12*(7), 2152. <https://doi.org/10.3390/nu12072152>
- Dodds, A., & Chamberlain, K. (2017). The problematic messages of nutritional discourse: A case-based critical media analysis. *Appetite*, *108*, 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.021>
- Dunbar R. (2017). Breaking Bread: the Functions of Social Eating. *Adaptive human behavior and physiology*, *3*(3), 198–211. <https://doi.org/10.1007/s40750-017-0061-4>
- Dunne, E. A., & Quayle, E. (2002). The impact of iatrogenically acquired hepatitis C infection on the well-being and relationships of a group of Irish women. *Journal of Health Psychology*, *6*, 679–692. doi:10.1177/1359105302007005676
- Elmacioğlu, F., Emiroğlu, E., Ülker, M. T., Özyılmaz Kırçali, B., & Oruç, S. (2021). Evaluation of nutritional behaviour related to COVID-19. *Public health nutrition*, *24*(3), 512–518. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004140>
- Emiliani, F., & Passini, S. (2017). Everyday life in social psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *47*(1), 83–97. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12109>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, *58*(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Fischler, C. (2011). Commensality, society and culture. *Social Science Information*, *50*(3–4), 528–548. <https://doi.org/10.1177/0539018411413963>
- Gardner B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health psychology review*, *9*(3), 277–295. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238>
- Giacoman, C. (2016). The dimensions and role of commensality: A theoretical model drawn from the significance of communal eating among adults in Santiago, Chile. *Appetite*, *107*, 460–470. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.08.116>
- Giskes, K., Turrell, G., Patterson, C., & Newman, B. (2002). Socioeconomic differences among Australian adults in consumption of fruit and vegetables and intakes of vitamins A, C and folate. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, *15*(5), 375–390. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2002.00387.x>

- Godlee, F. (2011). What is health? *BMJ* 2011;343:d4817
- Guillaumie, L., Godin, G., & Vézina-Im, L. A. (2010). Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7, 12. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-12>
- Gupta, C. C., Coates, A. M., Dorrian, J., & Banks, S. (2019). The factors influencing the eating behaviour of shiftworkers: what, when, where and why. *Industrial health*, 57(4), 419–453. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0147>
- Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H., & Wang, Q. (2021). Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 567381. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.567381>
- Herman C. P. (2015). The social facilitation of eating. A review. *Appetite*, 86, 61–73. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.016>
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: a normative interpretation. *Psychological bulletin*, 129(6), 873–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873>
- Higgs S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviours. *Appetite*, 86, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.021>
- Higgs, S., & Thomas, J. (2016). Social influences on eating. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.10.005>
- Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.109>
- Hormes, J. M., & Rozin, P. (2011). The temporal dynamics of ambivalence: changes in positive and negative affect in relation to consumption of an "emotionally charged" food. *Eating behaviors*, 12(3), 219–221. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.02.001>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hubert, L. J., & Levin, J. R. (1976). A general statistical framework for assessing categorical clustering in free recall. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1072–1080. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.83.6.1072>
- Inglis, V., Ball, K., & Crawford, D. (2005). Why do women of low socioeconomic status have poorer dietary behaviours than women of higher socioeconomic status? A qualitative exploration. *Appetite*, 45(3), 334–343. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.003>
- Inglis, V., Ball, K., & Crawford, D. (2008). Socioeconomic variations in women's diets: what is the role of perceptions of the local food environment? *Journal of*

epidemiology and community health, 62(3), 191–197.
<https://doi.org/10.1136/jech.2006.059253>

Ingram, J., Maciejewski, G., & Hand, C. J. (2020). Changes in Diet, Sleep, and Physical Activity Are Associated With Differences in Negative Mood During COVID-19 Lockdown. *Frontiers in psychology*, 11, 588604.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588604>

Kakoschke, N., Kemps, E., Tiggemann, M. (2015). External eating mediates the relationship between impulsivity and unhealthy food intake. *Physiol. Behav*, 147, 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.030>

Kamphuis, C. B., van Lenthe, F. J., Giskes, K., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2007). Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high and low socioeconomic groups in the Netherlands. *Health & place*, 13(2), 493–503. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.05.008>

Kniffin, K. M., Wansink, B., Devine, C. M., & Sobal, J. (2015). Eating Together at the Firehouse: How Workplace Commensality Relates to the Performance of Firefighters. *Human performance*, 28(4), 281–306.
<https://doi.org/10.1080/08959285.2015.1021049>

Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>

Krug, H., Haslam, S. A., Otto, K., & Steffens, N. K. (2021). Identity Leadership, Social Identity Continuity, and Well-Being at Work During COVID-19. *Frontiers in psychology*, 12, 684475. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684475>

Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Tamura, Y., Arita, K., & Nakashima, E. (2018). The mediating effects of resilience, morale, and sense of coherence between physical activity and perceived physical/mental health among Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(4), 544–552. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0265>

Lake AA, Smith SA, Bryant CE, et al. (2016). Exploring the dynamics of a free fruit at work intervention. *BMC Public Health*.16(1), 839. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3500-4>

Lamb, D., & Cogan, N. (2016). Coping with work-related stressors and building resilience in mental health workers: A comparative focus group study using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(3), 474–492. <https://doi.org/10.1111/joop.12136>

Larson, N. I., Nelson, M. C., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Hannan, P. J. (2009). Making time for meals: meal structure and associations with dietary intake in young adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(1), 72–79.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.017>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, Springer.

Linardon J. (2018). The relationship between dietary restraint and binge eating: Examining eating-related self-efficacy as a moderator. *Appetite*, 127, 126–129.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.026>

- Locher, J., Yoels, W., Maurer, D., & Van Ells, J. (2005). Comfort foods: An exploratory journey into the social and emotional significance of food. *Food and Foodways*, 13, 273e297. <https://doi.org/10.1080/07409710500334509>
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London: Sage.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0325>
- Macht, M., Meiningner, J. & Roth, J. The Pleasures of Eating: A Qualitative Analysis. *J Happiness Stud*, 6, 137–160 (2005). <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0287-x>
- Macht, M., Meiningner, J., & Roth, J. (2005). The pleasures of eating: A qualitative analysis. *Journal of Happiness Studies*, 6, 137e160. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0287-x>
- MacLellan, D. L., Gottschall-Pass, K., & Larsen, R. (2004). Fruit and vegetable consumption: benefits and barriers. *Canadian journal of dietetic practice and research: a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique: une publication des Dietetistes du Canada*, 65(3), 101–105. <https://doi.org/10.3148/65.3.2004.101>
- Magklis, E., Howe, L. D., & Johnson, L. (2019). Eating Style and the Frequency, Size and Timing of Eating Occasions: A cross-sectional analysis using 7-day weighed dietary records. *Scientific reports*, 9(1), 15133. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-51534-w>
- Małachowska, A., Jeżewska-Zychowicz, M., & Gębski, J. (2021). Polish Adaptation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ): The Role of Eating Style in Explaining Food Intake-A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 13(12), 4486. <https://doi.org/10.3390/nu13124486>
- Marino, L., & Capone, V. (2021). Smart Working and Well-Being before and during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 11(4), 1516–1536. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11040108>
- Martial, M. A., Sward, K. A., Morse, J. M., Wilson, A. R., Martial, C., Penney, D. S., & Nicolas, E. (2021). Anemia Management in Rural Haitian Children: A Mixed Methods Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(6), 672–680. <https://doi.org/10.1177/1043659620986616>
- Mattke, S., Liu, H., Caloyeras, J. P., Huang, C. Y., Van Busum, K. R., Khodyakov, D., et al. (2013). Workplace Wellness Programs Study. SantaMonica, CA: RAND Corporation, RR-254-DOL. As of May 1, 2015. Available online at: http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR254.html
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, Ill., University of Chicago Press; trad. it. *Mente, sé e società*, Firenze, Giunti-Barbera, 1966.
- Mear, I., Giroudet, C. (2012) Linguistic validation procedures. In: Acquadro C, Conway K, Giroudet C, Mear I (eds) *Linguistic validation manual for health outcome assessments*, 2nd edn. MAPI Institute, Lyon, pp 33–117
- Mielewczyk, F., & Willig, C. (2007). Old Clothes and an Older Look: The Case for a Radical Makeover in Health Behaviour Research. *Theory & Psychology*, 17(6), 811–837. <https://doi.org/10.1177/0959354307083496>

- Milligan, G. W. (1981). A Monte Carlo study of thirty internal criterion measures for cluster analysis. *Psychometrika*, *46*(2), 187–199. <https://doi.org/10.1007/BF02293899>
- Moe, K. & Shandy, D. (2010). *Glass Ceilings & 100-Hour Couples: What the Opt-Out Phenomenon Can Teach Us about Work and Family*. Athens, GA: The University of Georgia Press.
- Moisio, R., Arnould, E. J., & Price, L. L. (2004). Between Mothers and Markets: Constructing family identity through homemade food. *Journal of Consumer Culture*, *4*(3), 361–384. <https://doi.org/10.1177/1469540504046523>
- Mondo, M., Sechi, C., & Cabras, C. (2021). Psychometric evaluation of three versions of the Italian Perceived Stress Scale. *Current Psychology*, *40*, 1884–1892. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0132-8>
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L. (2015). The Situational Version of the Brief COPE: Dimensionality and Relationships With Goal-Related Variables. *Europe's journal of psychology*, *11*(2), 295–310. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.935>
- Morse, J. M. (2018). Reframing rigor in qualitative inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed., pp. 796–816). Sage.
- Morse, J. M., & Cheek, J. (2014). Making room for qualitatively-driven mixed-method research. *Qualitative health research*, *24*(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/1049732313513656>
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed-method design: Principles and procedures*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R., & Pierce, H. (2017). Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, *73*(5), 1051–1065. <https://doi.org/10.1111/jan.13185>
- Paans, N., Gibson-Smith, D., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. (2019). Depression and eating styles are independently associated with dietary intake. *Appetite*, *134*, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.030>
- Palmer, M., Larkin, M., de Visser, R., & Fadden, G. (2010). Developing an interpretative phenomenological approach to focus group data. *Qualitative research in psychology*, *7*(2), 99–121. <http://dx.doi.org/10.1080/14780880802513194>
- Patel, A., Keogh, J. W., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & mental health*, *17*(6), 766–772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.781118>
- Pramudya, R. C., Singh, A., Patterson, A. H., Ngo, N. K., & Seo, H. S. (2022). Power of presence: Effects of physical or digital commensality on consumer perception and acceptance of meals. *Food Quality and Preference*, *100*, 104601. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2022.104601>
- Rapporto Osservasalute (2021), <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2021> (consultato in data 17 Settembre 2022)

- Reimer, B. (1995). Youth and Modern Lifestyle. In J. Fornas & G. Bolin (Eds.), *Youth Culture in Late Modernity*. SAGE.
- Rohlf, J. (1974). A Theory of Interdependent Demand for a Communications Service. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, 5(1), 16–37. <https://doi.org/10.2307/3003090>
- Rose D. (2007). Food Stamps, the Thrifty Food Plan, and meal preparation: the importance of the time dimension for US nutrition policy. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(4), 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.04.180>
- Ruddock, H. K., Brunstrom, M. J., & Higgs, S. (2021). The social facilitation of eating: why does the mere presence of others cause an increase in energy intake? *Physiology & Behavior*, 240. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113539>
- Sallis, J. F., Grossman, R. M., Pinski, R. B., Patterson, T. L., & Nader, P. R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive medicine*, 16(6), 825–836. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(87\)90022-3](https://doi.org/10.1016/0091-7435(87)90022-3)
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465-486). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schein, E. H., & Schein, P. (1990). *Cultura d'azienda e leadership*. Milano: Guerrini e Associati.
- Scherwitz, L., & Kesten, D. (2005). Seven eating styles linked to overeating, overweight, and obesity. *Explore (New York, N.Y.)*, 1(5), 342–359. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2005.06.004>
- Scholte, R. H. J., van Lieshout, C. F. M., de Wit, C. A. M., & van Aken, M. A. G. (2005). Adolescent personality types and subtypes and their psychosocial adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(3), 258–286. <https://doi.org/10.1353/mpq.2005.0019>
- Shorten, A., & Smith, J. (2017). Mixed methods research: Expanding the evidence base. *Evidence-Based Nursing*, 20(3), 74-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
- Šidiškienė, I. (2021). Commensality and individual eating: mediating social relationships during work breaks. *Yearbook of Balkan and Baltic studies*, 342-361.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London (UK): Sage.
- Sobal, J., & Nelson, M. K. (2003). Commensal eating patterns: a community study. *Appetite*, 41(2), 181–190. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(03\)00078-3](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(03)00078-3)
- Steca, P., Pancani, L., Greco, A., D'Addario, M., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Cesana, F., Giannattasio, C., Fattirolli, F., & Zanettini, R. (2015). Changes in Dietary Behavior among Coronary and Hypertensive Patients: A Longitudinal Investigation Using the Health Action Process Approach. *Applied psychology. Health and well-being*, 7(3), 316–339. <https://doi.org/10.1111/aphw.12050>
- Steenhuis I. (2009). Guilty or not? Feelings of guilt about food among college women. *Appetite*, 52(2), 531–534. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.004>

Stokols D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *The American psychologist*, 47(1), 6–22. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.1.6>

Stroebele, N., & De Castro, J. M. (2004). Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 20(9), 821–838. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.05.012>

Swensen, S. J., & Shanafelt, T. (2017). An Organizational Framework to Reduce Professional Burnout and Bring Back Joy in Practice. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 43(6), 308–313. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.01.007>

Tan, P. N., Steinbach, M., Kumar, V. (2006). *Introduction to data mining*. Pearson Education Inc., Addison-Wesley Publishers; 227–46, 276–93, 633–7.

Täuber, S., Mulder, L. B., & Flint, S. W. (2018). The Impact of Workplace Health Promotion Programs Emphasizing Individual Responsibility on Weight Stigma and Discrimination. *Frontiers in psychology*, 9, 2206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02206>

Täuber, S., Mulder, L. B., & Flint, S. W. (2018). The impact of workplace health promotion programs emphasizing individual responsibility on weight stigma and discrimination. *Frontiers in psychology*, 2206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02206>.

Teixeira, P., Patrick, H., & Mata, J. (2011). Why we eat what we eat: The role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. *Nutrition Bulletin*, 36(1), 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2010.01876.x>

Ter Hoeven, C. L., & Van Zoonen, W. (2015). Flexible work designs and employee well-being: examining the effects of resources and demands. *New Technology, Work and Employment*, 30(3), 237–255. <https://doi.org/10.1111/ntwe.12052>

Thorsen, A. V., Lassen, A. D., Tetens, I., Hels, O., & Mikkelsen, B. E. (2010). Long-term sustainability of a worksite canteen intervention of serving more fruit and vegetables. *Public health nutrition*, 13(10), 1647–1652. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001242>

Tietze, S., & Musson, G. (2005). Recasting the Home-Work Relationship: A Case of Mutual Adjustment? *Organization Studies*, 26(9), 1331–1352. <https://doi.org/10.1177/0170840605054619>

Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>

Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *The New England journal of medicine*, 348(26), 2599–2608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>

Van Duyn, M. A., Kristal, A. R., Dodd, K., Campbell, M. K., Subar, A. F., Stables, G., Nebeling, L., & Glanz, K. (2001). Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors, and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: a national survey. *American journal of health promotion: AJHP*, 16(2), 69–78. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-16.2.69>

van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., & Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>

- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747–755. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- Van Strien, T., Konttinen, H. M., Ouwens, M. A., van de Laar, F. A., & Winkens, L. H. H. (2020). Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women. *Appetite*, 145, Article 104493. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104493>
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.007>
- Wang, C., Huang, J., & Wan, X. (2021). A cross-cultural study of beliefs about the influence of food sharing on interpersonal relationships and food choices. *Appetite*, 161, 105129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105129>
- Wang, M. L., Pbert, L., & Lemon, S. C. (2014). Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(9), 1973–1980. <https://doi.org/10.1002/oby.20814>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236–244. <https://doi.org/10.2307/2282967>
- Williams, L. K., Thornton, L., & Crawford, D. (2012). Optimising women's diets. An examination of factors that promote healthy eating and reduce the likelihood of unhealthy eating. *Appetite*, 59(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.03.014>
- Williams, L., Ball, K., & Crawford, D. (2010). Why do some socioeconomically disadvantaged women eat better than others? An investigation of the personal, social and environmental correlates of fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 55(3), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.004>
- Willis, G. B. (2005) *Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design*. Sage, Thousand Oaks
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Suhrkamp.
- World Health Organisation (WHO) (2005). *Mental health policies and programmes in the workplace*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2010). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44307>
- Yates, L., & Warde, A. (2017). Eating Together and Eating Alone: Meal Arrangements in British Households. *The British Journal of Sociology*, 68(1), 97–118. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12231>

Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods. Third Edition*. Sage Publication, Inc.

Zaccagni, L., Toselli, S., & Barbieri, D. (2021). Physical Activity during COVID-19 Lockdown in Italy: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6416. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126416>

Zarychta, K., Kulis, E., Gan, Y., Chan, C., Horodyska, K., & Luszczynska, A. (2019). Why are you eating, mom? Maternal emotional, restrained, and external eating explaining children's eating styles. *Appetite*, 141, 104335. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104335>

Znazen, H., Slimani, M., Bragazzi, N. L., & Tod, D. (2021). The Relationship between Cognitive Function, Lifestyle Behaviours and Perception of Stress during the COVID-19 Induced Confinement: Insights from Correlational and Mediation Analyses. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3194. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063194>

Appendice

Appendice 1 – protocollo di intervista semi-strutturata

- 1) Presentazione della persona intervistata (racconto di una giornata tipo in azienda per descrivere il proprio ruolo)
- 2) Le chiedo di raccontarmi qual è stato il suo ruolo nella gestione del Covid-19 in Azienda?
- 3) Rispetto al programma di promozione della salute in azienda, quali strategie vengono adottate?
- 4) Ci sono stati dei cambiamenti rispetto al programma di promozione della salute in azienda a seguito del Covid?
- 5) Qual è dal suo osservatorio, la risposta dei lavoratori alle strategie adottate dall'Azienda?
- 6) Quali fattori secondo lei influiscono maggiormente sul modo di mangiare quando si è a lavoro?
- 7) Secondo lei, è cambiato il modo di mangiare a lavoro nel corso degli ultimi due anni? (perché? In che modo?)
- 8) Pensando al periodo del Covid, quali protocolli Aziendali sono stati introdotti per il Covid?
- 9) Secondo lei questi i protocolli Covid hanno modificato lo stare insieme agli altri nei momenti di convivialità?
- 10) come ha vissuto/sta vivendo questo periodo in Azienda?
- 11) Come pensa stiano vivendo questi cambiamenti i lavoratori?
- 12) Quali scenari intravede nel prossimo futuro rispetto alla promozione della salute in azienda?

Appendice 2 – Traccia Focus Group

- 1) Racconto episodio del momento della pausa/pranzo in azienda? (cosa mangiano, quanto dura, se in solitaria/in compagnia, ...)
- 2) Cosa rappresenta per voi il momento del pasto a lavoro?
- 3) Cosa vi piace del momento delle pause/pasto in azienda e cosa non vi piace?
- 4) Quali fattori secondo voi influiscono maggiormente sul modo di mangiare quando si è a lavoro?
- 5) Quali sono secondo voi i fattori che possono facilitare l'adozione di abitudini alimentari più sane? (personali, sociali, ambientali)
- 6) Quali sono secondo voi i fattori che possono ostacolare l'adozione di abitudini alimentari più sane? (personali, sociali, ambientali)
- 7) Secondo voi, è cambiato il modo di mangiare a lavoro nel corso degli ultimi due anni? (perché? In che modo?)
- 8) Pensando al periodo del Covid, quali protocolli Aziendali sono stati introdotti per contrastare il Covid-19?
- 9) Come avete vissuto/vivete questi protocolli nella quotidianità?
- 10) Potete descrivermi il modo in cui i protocolli Covid hanno modificato lo stare insieme agli altri?
- 11) Torniamo ora al momento della pausa/pasto in azienda, secondo voi il momento della pausa/pasto tra colleghi in azienda è cambiato a seguito del Covid? (perché? In che modo? Se e Quali sono le principali differenze tra prima e dopo?)
- 12) Come vi fanno sentire questi cambiamenti?
- 13) Quali scenari intravede nel prossimo futuro rispetto alla promozione della sana alimentazione/promozione stile di vita più sano in azienda?

Appendice 3 – Batteria di questionari

Ti chiediamo di indicare con che frequenza consumi i seguenti alimenti

	Più di tre volte al giorno	Due o tre volte al giorno	Una volta al giorno	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Meno di una volta a settimana	Mai
Cereali integrali (pane integrale, pasta integrale, riso integrale etc)	6	5	4	3	2	1	0
Cereali non integrali (es. Pane e pasta non integrali)	6	5	4	3	2	1	0
Patate	6	5	4	3	2	1	0
Verdura	6	5	4	3	2	1	0
Frutta	6	5	4	3	2	1	0
Legumi	6	5	4	3	2	1	0
Pesce	6	5	4	3	2	1	0
Carni rosse	6	5	4	3	2	1	0
Carni bianche	6	5	4	3	2	1	0
Salumi	6	5	4	3	2	1	0
Uova	6	5	4	3	2	1	0
Latte	6	5	4	3	2	1	0
Latticini (es. formaggio, yogurt, etc)	6	5	4	3	2	1	0
Dolci (es. merendine, gelati, torte, etc.)	6	5	4	3	2	1	0
Caffè	6	5	4	3	2	1	0
Snack salati (es. patatine, noccioline, etc.)	6	5	4	3	2	1	0
Noci	6	5	4	3	2	1	0

Quanto frequentemente usi i seguenti grassi per condire gli alimenti (sia a crudo che per cottura?)

	Tutti i giorni	3-5 volte alla settimana	1-2 volte alla settimana	Meno di una volta alla settimana	Meno di una volta al mese	Mai
Olio extravergine di oliva	6	5	4	3	2	1
Burro o strutto	6	5	4	3	2	1
Altri grassi o olii vegetali (olio di semi, margarina, etc.)	6	5	4	3	2	1

Di seguito ti chiediamo di rispondere ad alcune domande relative al tuo rapporto col cibo

	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Molto Spesso
Se aumenti di peso mangi meno del solito?	1	2	3	4	5
Durante i pasti cerchi di mangiare meno di quanto vorresti?	1	2	3	4	5
Quanto spesso rifiuti cibi o bevande che ti vengono offerti perché ti preoccupi del peso?	1	2	3	4	5
Fai attenzione esattamente a cosa mangi?	1	2	3	4	5
Mangi di proposito alimenti dietetici?	1	2	3	4	5
Quando hai mangiato troppo, mangi meno del solito i giorni seguenti?	1	2	3	4	5
Mangi meno di proposito per non aumentare di peso?	1	2	3	4	5
Quanto spesso cerchi di non mangiare tra i pasti perché fai attenzione al peso?	1	2	3	4	5
Quanto spesso, durante la sera, cerchi di non mangiare perché fai attenzione al peso?	1	2	3	4	5
Metti in relazione il tuo peso con cosa mangi?	1	2	3	4	5
Quando sei irritato/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando non hai niente da fare hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando sei depresso/a o scoraggiato/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando ti senti solo/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando ti senti deluso/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5

Hai il desiderio di mangiare quando sei di cattivo umore?	1	2	3	4	5
Quando ti aspetti che accada qualcosa di spiacevole hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Hai il desiderio di mangiare quando sei ansioso/a, preoccupato/a o teso/a?	1	2	3	4	5
Quando le cose ti stanno andando contro o sono andate male hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando sei spaventato/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Quando sei contrariato/a hai il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Hai il desiderio di mangiare quando sei emotivamente turbato/a?	1	2	3	4	5
Hai il desiderio di mangiare quando sei annoiato/a o agitato/a?	1	2	3	4	5
Se per te il cibo ha un buon sapore mangi più del solito?	1	2	3	4	5
Se il cibo ha un buon odore ed un bell'aspetto mangi più del solito?	1	2	3	4	5
Se vedi o senti l'odore di qualcosa di delizioso hai il desiderio di mangiarla?	1	2	3	4	5
Se hai qualcosa di delizioso da mangiare la mangi immediatamente?	1	2	3	4	5
Se passi davanti al panettiere hai il desiderio di comprare qualcosa di delizioso?	1	2	3	4	5
Se passi davanti a uno snack bar o un caffè hai il desiderio di comprare qualcosa di delizioso?	1	2	3	4	5
Se vedi altri mangiare hai anche tu il desiderio di mangiare?	1	2	3	4	5
Sai trattenerti dal mangiare cibi deliziosi?	1	2	3	4	5
Mangi più del solito quando vedi altri mangiare?	1	2	3	4	5
Mentre viene cucinato un pasto sei incline a mangiare qualcosa?	1	2	3	4	5

Negli ultimi tre mesi con che frequenza i miei colleghi

	Mai				Molto spesso
mi hanno ricordato di non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi	1	2	3	4	5
mi hanno incoraggiato a non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi quando sono tentato/a di farlo	1	2	3	4	5
hanno commentato se mangiavo cibi ricchi di sale e di grassi	1	2	3	4	5

mi hanno fatto i complimenti per aver cambiato le mie abitudini alimentari	1	2	3	4	5
hanno fatto commenti negativi quando ho ripreso a mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi	1	2	3	4	5
quando li ho incoraggiati a mangiare cibi a basso contenuto di sale e grassi si sono mostrati contrariati	1	2	3	4	5
mi hanno detto che mangiare cibi a basso contenuto di sale e grassi è una perdita di tempo	1	2	3	4	5

Con che frequenza la mia famiglia negli ultimi tre mesi

	Mai				Molto spesso
mi ha incoraggiato a non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi quando sono tentato/a di farlo	1	2	3	4	5
ha discusso con me dei cambiamenti delle mie abitudini alimentari	1	2	3	4	5
mi ha ricordato di non mangiare cibi ad alto contenuto di sale e grassi	1	2	3	4	5
ha commentato se tornavo a mangiare cibi ricchi di sale e grassi.	1	2	3	4	5
ha consumato cibi ad alto contenuto di sale e grassi davanti a me	1	2	3	4	5
ha portato a casa cibi ad alto contenuto di sale e di grassi	1	2	3	4	5
mi ha offerto cibi ad alto contenuto di sale e di grassi	1	2	3	4	5
mi ha richiesto cibi ad alto contenuto di sale e grassi.	1	2	3	4	5
si è rifiutata di mangiare i cibi salutari che preparavo	1	2	3	4	5

Di seguito, ti chiediamo di rispondere ad alcune domande relative alla commensalità a lavoro.

Pensando alla tua settimana lavorativa...	Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Sempre
Con che frequenza mangi con i colleghi del tuo gruppo di lavoro?	1	2	3	4	5
Con che frequenza mangi con colleghi che non fanno parte del tuo gruppo di lavoro?	1	2	3	4	5
Con che frequenza mangi da solo/a?	1	2	3	4	5
Con che frequenza mangi davanti al pc/alla tua postazione di lavoro?	1	2	3	4	5

Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni:

	Per niente d'accordo				Totalmente d'accordo
Mangiare a lavoro con colleghi migliora la comunicazione all'interno del gruppo	1	2	3	4	5
Mangiare a lavoro con i colleghi migliora la fiducia all'interno del gruppo	1	2	3	4	5
Mangiare a lavoro con i colleghi migliora la cooperazione all'interno del gruppo	1	2	3	4	5
Mangiare a lavoro con i colleghi favorisce la gestione dei conflitti	1	2	3	4	5
Mangiare a lavoro con i colleghi è un momento piacevole	1	2	3	4	5
Mangiare a lavoro con i colleghi è un momento di svago	1	2	3	4	5

Pensando alle tue abitudini alimentari quando lavori in presenza, quanto i fattori elencati sono importanti e influenzano la tua alimentazione?

	Per nulla importante				Molto importante
Durata della pausa	1	2	3	4	5
Motivazione all'adozione di abitudini alimentari salutari	1	2	3	4	5
Disponibilità di cibi salutari in azienda	1	2	3	4	5
Soddisfazione rispetto alle offerte proposte dall'azienda	1	2	3	4	5
Disponibilità di uno spazio dove poter consumare il proprio pasto	1	2	3	4	5
Accessibilità a microonde/scalda vivande	1	2	3	4	5
Tipologia di mansione svolta	1	2	3	4	5
Carico di lavoro	1	2	3	4	5
Ambiente confortevole	1	2	3	4	5

Pensando alle tue abitudini alimentari quando lavori da casa, quanto i fattori elencati sono importanti e influenzano la tua alimentazione? *(compilare solo nel caso in cui sia previsto lavoro da casa)*

	Per nulla importante				Molto importante
Durata della pausa	1	2	3	4	5
Motivazione all'adozione di abitudini alimentari salutari	1	2	3	4	5
Disponibilità di cibi salutari in casa	1	2	3	4	5
Possibilità di organizzarsi prima con la preparazione dei pasti	1	2	3	4	5
Presenza dei famigliari al momento del pasto	1	2	3	4	5
Accessibilità a microonde/scalda vivande	1	2	3	4	5
Tipologia di mansione svolta	1	2	3	4	5
Carico di lavoro	1	2	3	4	5

Nell'ultimo mese, con che frequenza...

	Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Molto spesso
Ti sei sentito fuori di te poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato?	1	2	3	4	5
Hai avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della tua vita	1	2	3	4	5
Ti sei sentito nervoso e "stressato"	1	2	3	4	5
Ti sei sentito fiducioso sulla tua capacità di gestire i tuoi problemi personali?	1	2	3	4	5
Hai avuto la sensazione che le cose andassero come dicevi tu?	1	2	3	4	5
Hai avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che dovevi fare?	1	2	3	4	5
Ti sei sentito in grado di controllare ciò che ti irrita nella tua vita?	1	2	3	4	5

Ti sei sentito di avere tutto sotto controllo?	1	2	3	4	5
Sei stato arrabbiato per cose che erano fuori dal tuo controllo?	1	2	3	4	5
Hai avuto la sensazione che le difficoltà si stavano accumulando a un punto tale per cui non potevi superarle?	1	2	3	4	5

Ti chiediamo, infine, qualche informazione personale

1. Indica la tua età (in anni compiuti): _____
2. Indica il tuo genere
 - Maschile
 - Femminile
 - Altro _____
3. Altezza (in centimetri, es. 165): _____
4. Peso: _____

5. Indica qual è la tua area funzionale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Risorse umane | <input type="checkbox"/> Engineering |
| <input type="checkbox"/> Legale | <input type="checkbox"/> Ufficio tecnico |
| <input type="checkbox"/> Finanza/amministrazione/Controllo/Gestione credito | <input type="checkbox"/> Sales/ Sales Support |
| <input type="checkbox"/> Acquisti | <input type="checkbox"/> Marketing |
| <input type="checkbox"/> Real estate | <input type="checkbox"/> Stabilimento (produzione, programmazione, ...) |
| <input type="checkbox"/> Customer service | <input type="checkbox"/> Supply Chain /Magazzino |
| <input type="checkbox"/> Supporto tecnico | <input type="checkbox"/> HSE |
| <input type="checkbox"/> R&D | <input type="checkbox"/> Qualità (controllo qualità, assicurazione qualità, laboratori qualità...) |
| <input type="checkbox"/> Regolatorio | <input type="checkbox"/> Comunicazione |

Altro.....

6. Qual è il tuo ruolo?

- Manager di manager (gestisco più team)
- Manager di persone (gestisco un team)
- Individual contributor (non gestisco persone)

7. Da quanto tempo lavori in questa azienda?

- 0-2 anni
- 2-5 anni
- 5-10 anni
- Oltre 10 anni

8. Qual è il tuo stato civile? (facoltativa)

- Coniugata/o – Convivente
- Single
- Separata/o – divorziata/o
- Vedova/o

9. Attualmente in quale condizione lavorativa ti trovi?

- Lavoro e ho lavorato sempre in presenza
- Lavoro solo in presenza a partire dalla fase 2 (Maggio 2020)
- Ho sempre lavorato e lavoro parzialmente in remoto e parzialmente in presenza (lavoro agile)
- Lavoro parzialmente in remoto e parzialmente in presenza dalla fase 1 (Febbraio/Marzo 2020)
- Lavoro 100% in remoto dalla fase 1
- Non sto lavorando (sospensione dell'attività lavorativa, non disoccupazione)

10. Quale è il tuo orario di lavoro?

- Lavoro su turni (primo/secondo/notte)
- Lavoro su turni (primo/secondo)
- Giornata
- Orario di lavoro flessibile

6. Discussioni e conclusioni generali

La presente tesi ha affrontato i seguenti principali obiettivi di ricerca:

5. Indagare la relazione che intercorre tra alcune variabili psicologiche, sociali e ambientali, lo stile di vita e il benessere soggettivo. In particolare, valutare i fattori protettivi rispetto al benessere e comportamenti di salute a partire dalla costruzione di profili (Latent Profile Analysis) che vedono la combinazione di Senso di Coerenza e supporto sociale. Esplorare, inoltre, quanto l'appartenenza ai profili individuali possa influenzare le rappresentazioni sociali sull'alimentazione (Studio 1).
6. Valutare, attraverso uno studio longitudinale, il ruolo del Senso di Coerenza come predittore di benessere e comportamenti di salute (Studio 2).
7. Approfondire l'influenza dei setting di lavoro (lavoro da casa, lavoro in presenza) sul benessere e comportamenti di salute, analizzando la letteratura esistente (Studio 3).
8. Esplorare il cambiamento delle pratiche di salute connesse con l'alimentazione e la convivialità nel contesto lavorativo nel periodo post-emergenziale legato alla pandemia Covid-19, indagare il significato attribuito a tali pratiche e i fattori psicologici, sociali e ambientali che influenzano il benessere e l'alimentazione dei lavoratori (Studio 4).

Dai risultati ottenuti dai quattro studi è possibile tratteggiare nuove e interessanti prospettive di ricerca e intervento sugli stili di vita. I principali risultati dei diversi contributi empirici verranno riassunti e discussi nel paragrafo 6.1. Nel paragrafo 6.2 verranno tratteggiati i limiti e gli sviluppi futuri, mentre nell'ultimo paragrafo, 6.3, si presenteranno le implicazioni pratiche dei risultati raggiunti.

6.1. Risultati principali

Attraverso i quattro studi empirici è stato possibile esplorare il tema degli stili di vita nel periodo Covid-19 entro una prospettiva eco-sistemica, storica e del ciclo di vita, capace di coniugare l'attenzione verso i fattori individuali con quelli sociali e contestuali. L'esplorazione degli stili di vita e del cambiamento degli stessi ha seguito

un approccio sistemico, dal generale-universale nei primi due studi, al particolare, ovvero contesto specifico nel terzo e quarto studio. Tale prospettiva rispecchia la necessità da parte della promozione della salute di sapersi muovere entro prospettive di ricerca e intervento diverse, attraverso una transizione da un approccio individualista agli stili di vita ad un approccio eco-sistemico.

Veniamo ora ai risultati principali dei diversi studi:

Lo studio 1 si è approcciato al tema degli stili di vita entro una prospettiva di tipo “universale” considerando quindi come target la popolazione allargata, dalla maggiore età in su, con l’obiettivo di costruire un modello di profilazione che coniugasse un fattore individuale come il Senso di Coerenza e un fattore sociale come il supporto sociale. Si è esplorato poi se l’appartenenza a questi profili “salutogenici” si associasse ad un maggior o minor adattamento e quindi salute della persona, in termini di benessere psicologico, sociale ed emotivo, distress, percezione di capitale sociale e comportamenti di salute (alimentazione, esercizio fisico, fumo, alcool). Un’ulteriore finalità è stata quella di mettere in relazione i profili individuati con i significati attribuiti all’alimentazione fornendo un’ulteriore chiave di lettura qualitativa. Questo passaggio è stato importante per poter comprendere meglio l’esperienza quotidiana della persona in relazione ad una pratica di salute come quella dell’alimentazione, che non si esaurisce nella rilevazione della frequenza di assunzione di determinati alimenti, ma riguarda vissuti, emozioni, valori che hanno una connotazione personale e sociale. Mediante la Latent Profile Analysis sono stati individuati cinque differenti profili che coniugano e integrano il Senso di Coerenza e il supporto sociale. Tra questi i profili “Low SOC-SS” e “High SOC-SS” rispecchiano il modello salutogenico che sostiene come un alto Senso di Coerenza favorisca la capacità di identificare ed utilizzare le risorse di resistenza generalizzate (GRR) come il supporto sociale (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2006; 2010). Il profilo Low SOC-SS è maggiormente presente nelle femmine, nelle persone separate/divorziate, con diploma o laurea umanistica e con basso reddito. Dal punto di vista dei comportamenti di salute si conferma essere il profilo peggiore con maggior inattività, minor assunzione di cibi salutari e più frequenti comportamenti legati al fumo. Per quanto riguarda il benessere e distress questo risulta essere il profilo con minor benessere emotivo, sociale e psicologico e livelli di distress più alti, oltre che un capitale sociale più basso. Di contro, il profilo “High SOC-SS” è sovra-rappresentato da maschi, persone coniugate, con un titolo di studio legato alle lauree in materie scientifiche e un reddito alto. I soggetti appartenenti

a questo profilo risultano più attivi, mangiano più salutare e assumono minor fumo e alcool. Presentano, inoltre, un benessere emotivo e psicologico più alto. Tali dati appaiono coerenti con quanto afferma la letteratura, sia dal punto di vista delle caratteristiche socio-demografiche, come fattori protettivi (Marks, 1996; Petrovic et al., 2018; Stringhini et al., 2010), sia dal punto di vista del Senso di Coerenza e supporto sociale come aspetti chiave che favoriscono un maggior adattamento in condizioni potenzialmente stressanti (Lindström & Eriksson, 2006; 2010; Scarapicchia et al., 2017; Srensen et al., 2011). Le nostre ipotesi iniziali sono state parzialmente confermate: ovvero che profili con più alto Senso di Coerenza e supporto sociale si associano a maggior benessere e comportamenti di salute più salutari; viceversa, profili con basso Senso di Coerenza e supporto sociale sono associabili a maggior distress, minor benessere e comportamenti di salute meno salutari. Non sono emerse invece particolari differenze nella percezione di capitale sociale.

I risultati della nostra ricerca non solo aiutano a comprendere meglio il legame tra Senso di Coerenza e supporto sociale, ma sottolineano anche la necessità di approfondire maggiormente la combinazione tra questi due fattori per riuscire a profilare con maggior chiarezza le caratteristiche individuali che possono essere rilevanti nell'ambito della promozione della salute e di interventi utili a sostenere un maggior benessere e stili di vita più salutari. In questo senso, l'unione di profili latenti con le caratteristiche socio-demografiche consente di identificare degli indicatori complessi per profilare la popolazione e individuare i gruppi più fragili su cui intervenire con programmi ad hoc. Per quanto riguarda le rappresentazioni sul cibo che sembrano emergere dai diversi fattori, esse rispecchiano la dimensione individuale e sociale dell'alimentazione, la connotazione emotiva legata al cibo e lo stretto legame tra cibo e salute. Questi diversi significati sembrano intrecciarsi con le caratteristiche individuali e disposizionali dei diversi profili salutogenici definiti nella prima parte della ricerca; in particolar modo, il profilo con basso Senso di Coerenza e supporto sociale sembra attribuire al cibo significati e vissuti legati all'ansia, allo sfogo e alla necessità, mentre il profilo con alto Senso di Coerenza e supporto sociale legano l'alimentazione alla salute e al cibo "salutare". Nonostante rappresenti una prima indagine esplorativa, questo studio sembra fornire alcuni elementi di importante riflessione, per aprire percorsi di ricerca-intervento futuri.

Lo studio 1 ha confermato il legame tra Senso di Coerenza, benessere e comportamenti di salute, ma che natura ha questo legame? È possibile affermare che il Senso di

Coerenza possa essere un fattore predittivo per un maggior adattamento e salute della persona? Lo studio 2, attraverso un disegno longitudinale ha provato a chiarire questo aspetto. Le ipotesi formulate sono state parzialmente confermate. Il Senso di Coerenza predice il benessere emotivo e psicologico e, a distanza di tempo, anche quello sociale; inoltre, il Senso di Coerenza risulta essere un fattore predittivo per l'esercizio fisico nel qui ed ora, ma non a distanza di tempo. Si deduce quindi che il legame tra Senso di Coerenza e attività fisica appare confermato, come dimostra la letteratura (Moyers & Hagger, 2020); tuttavia, non si è raggiunto l'obiettivo di comprendere meglio la natura della relazione tra Senso di Coerenza e attività fisica. È possibile considerare l'ipotesi che l'attività fisica, in quanto comportamento di orientamento preventivo alla salute, ovvero di Risorsa di Resistenza Generalizzata (GRR), possa rappresentare essa stessa un fattore causale per il Senso di Coerenza (Monma et al., 2017), per cui sarebbe auspicabile in futuro adottare disegni longitudinali che possano esplorare meglio la relazione dinamica e reciproca tra le due variabili (Moyers & Hagger, 2020).

L'esercizio fisico predice un maggior benessere emotivo e psicologico e a distanza di quattro mesi un minor benessere psicologico. Lo svolgere attività fisica sembra predire un maggior benessere solo nel qui ed ora e non a distanza di tempo. L'ipotesi viene quindi parzialmente confermata. Tali risultati sono in linea con quanto sostenuto in letteratura per cui l'attività fisica svolge un ruolo promotivo sul benessere percepito (Kukihara et al., 2018; Patel et al., 2013). Il risultato, invece, che appare in contrasto con l'ipotesi formulata e che merita delle riflessioni e ulteriori approfondimenti riguarda la relazione tra esercizio fisico a T0 e benessere psicologico a T1, che risulta associata negativamente. Ovvero l'esercizio fisico predice a distanza di tempo un minor benessere, in termini di più bassa espressione delle proprie potenzialità, risorse e predisposizioni individuali. Occorre considerare le variabili intervenienti all'interno del modello che potrebbero moderare o influenzare la relazione tra questi due fattori. Inoltre, sarebbe opportuno esplorare il ruolo moderatore di variabili socio-demografiche come l'età, il sesso o le condizioni di lavoro, che potrebbero aiutare a chiarire meglio il modello. Per quanto riguarda invece la mancata associazione tra esercizio fisico e benessere sociale, anche in questo caso è bene considerare l'influenza del contesto storico in cui è stata svolta la ricerca, dove l'attività fisica con altri non era né raccomandata né favorita dalle restrizioni in contrasto con la diffusione dell'epidemia. Ulteriori ricerche sarebbero opportune per chiarire tale risultato.

I primi due studi forniscono una chiave di lettura sui fattori individuali e sociali alla base dei comportamenti di salute e benessere. Partendo dalla riflessione che la salute “ha luogo” e si esprime nei contesti del quotidiano il passaggio ulteriore, portato avanti nello studio 3 e ancora di più nel 4 è stato quello di calare l’indagine sugli stili di vita entro un contesto specifico, ovvero quello lavorativo, profondamente intaccato nelle modalità ed espressioni dal Covid-19.

Il modello di lavoro da remoto ha avuto un impatto sul benessere e i comportamenti di salute, quali alimentazione ed esercizio fisico dei lavoratori durante il Covid-19? La revisione sistematica della letteratura condotta nello studio 3 mostra risultati limitati e contrastanti. I livelli di stress sembrano essere più alti nei lavoratori in sede per due studi (Ervasti et al., 2021; Rieth et al., 2021) e più bassi in un altro studio longitudinale (Barone Gibbs et al., 2021); mentre gli stati affettivi positivi sembrano maggiori in coloro che lavorano da casa in due studi cros-sezionali (Parent-Lamarche & Boulet, 2021; Rieth et al., 2021) ma non in altri tre studi, di cui due longitudinali e uno cros-sezionale dove non emergono differenze tra i gruppi (Barone Gibbs et al., 2021; Pirzadeh et al., 2021; Tušl et al., 2021). Non emergono, invece, differenze per il benessere contesto specifico. Per quanto riguarda la relazione tra lavoro da casa ed esercizio fisico, solo tre studi sono stati considerati nella presente revisione; di questi, solo uno mostra delle differenze significative tra i due gruppi di lavoratori, chi lavora da casa sembra infatti dedicare minor tempo all’attività fisica rispetto a chi lavora in presenza (Fukushima et al., 2021); gli altri due studi non evidenziano alcun legame. Non è stato, invece, possibile fare una revisione sistematica sull’influenza del lavoro da remoto sull’alimentazione, in quanto gli studi erano praticamente assenti. Ulteriori approfondimenti sul legame tra modello di lavoro, benessere dei lavoratori e comportamenti di salute appaiono necessari, considerando variabili moderatrici e mediatrici legati al ruolo professionale, al modello organizzativo ma anche variabili individuali come caratteristiche di personalità e senso di appartenenza rispetto al proprio gruppo di lavoro.

A partire dai risultati dello studio 3 si è quindi deciso di approfondire ulteriormente il legame tra alimentazione e contesto lavorativo, attraverso uno studio di caso che ha coinvolto un’azienda specifica in cui sono stati adottati entrambi i modelli di lavoro: in sede e da remoto. La metodologia Mixed Method qualitativo-quantitativo ha consentito di esplorare i cambiamenti delle abitudini e delle pratiche alimentari legate alla commensalità dei lavoratori nel periodo Covid-19. Inoltre, si è indagato l’impatto

dei modelli di lavoro sul benessere dei dipendenti e identificato una classificazione o tipizzazione integrata e combinata derivata empiricamente dai modelli di comportamento alimentare e supporto sociale. Oltre che proposto e validato la scala sulla commensalità nel contesto lavorativo.

In tale studio si è considerata solo l'alimentazione, esaminandola non solo in termini di comportamento ma anche di pratica sociale. I risultati delle interviste e focus group consentono di andare in profondità sull'esperienza dei lavoratori: il modello di lavoro ha avuto un impatto sul benessere e sull'esercizio del proprio ruolo professionale; il lavoro da casa è stato vissuto in modo ambivalente, ciò che prevale è tuttavia un sentimento di alienazione e fatica, il lavoro in presenza è invece associato, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, alla paura del contagio ma anche ad un riconoscimento del valore e della fiducia nel gruppo di lavoro. La pratica sociale legata alla convivialità è stata quella maggiormente intaccata dalla pandemia, soprattutto per il cambiamento dell'ambiente della mensa, che viene percepito negativamente dalla maggior parte dipendenti. I significati attribuiti al momento del pasto in azienda riguardano la fiducia, il legame interpersonale, lo stacco dagli impegni, l'intimità. Cambiare l'ambiente ha significato cambiare gli atteggiamenti nei confronti del momento conviviale. Tale risultato non vale per coloro che hanno continuato a lavorare e usufruire del pasto in sede. I valori associati all'alimentazione in azienda durante il Covid-19 riguardano la cura, la salute, ma anche il costo economico. Vengono, inoltre, delineati i fattori che influenzano le scelte e i comportamenti alimentari per quei lavoratori e in quel contesto, che riguardano aspetti individuali, sociali, ambientali e lavorativi. Si tratteggiano delle differenze all'interno delle diverse categorie di lavoratori. Le fasi qualitative hanno consentito di esplorare in profondità l'esperienza dei lavoratori in merito al cambiamento dei modelli di lavoro e il loro legame con il benessere e l'alimentazione non solo nella sua connotazione di pratica sociale, ma anche di comportamento influenzato da una serie di fattori, individuali, sociali, ambientali. Al fine di costruire degli interventi ad hoc per promuovere le risorse del soggetto e dell'organizzazione e favorire un'alimentazione più salutogenica, in termini di pratica collettiva è stato importante comprendere le caratteristiche specifiche del campione preso in considerazione. La fase quantitativa dell'ultimo studio aveva proprio questo focus. Attraverso la cluster analisi sono stati individuati quattro differenti profili: gli *emotivi-controllati*, gli *influenzabili*, gli *autonomi*, gli *incoraggiati*. Gli *emotivi-controllati* appaiono sovra rappresentati da soggetti separati o divorziati e

percepiscono un maggiore stress; gli *influenzabili*, che percepiscono maggiormente l'influenza sociale positiva e negativa della rete sociale, sia familiare che della colleganza, sono in prevalenza maschi e risultano in sovrappeso. Tali soggetti potrebbero quindi mostrare maggiormente fenomeni quali la facilitazione sociale, ovvero la tendenza a mangiare di più quando ci si trova in gruppo (Herman, 2015; Ruddock et al., 2021). Ulteriori approfondimenti sarebbero, tuttavia, necessari per comprendere meglio tale profilo, sia in termini di caratteristiche socio-demografiche, sia in termini di caratteristiche psicologiche. Gli *autonomi*, in contrapposizione, presentano livelli più bassi per tutti gli stili alimentari (controllato, emotivo, esterno), sono sovra-rappresentati dai soggetti sottopeso e percepiscono meno una condizione di stress negativa; inoltre presentano un BMI più basso. Non emergono differenze significative per l'aderenza alla dieta mediterranea. Infine, gli *incoraggiati*, mostrano più alti livelli di incoraggiamento da parte della famiglia, ma non sembrano differenziarsi in modo significativo per le altre variabili. I cluster individuati non sembrano direttamente connessi con l'adesione alla dieta mediterranea, com'era stato inizialmente ipotizzato. Occorre sottolineare, tuttavia, che all'interno del campione la percentuale di soggetti con un'alimentazione salutare era piuttosto scarsa, inoltre la numerosità all'interno dei cluster e del campione era relativamente ristretta. Per tale ragione ulteriori studi sarebbero opportuni per validare il modello a quattro cluster su una popolazione più ampia. In aggiunta, occorre considerare che il BMI rappresenta un'informazione autodichiarata, sarebbe auspicabile in futuro considerare metodi di rilevazione più ecologici. Infine, sarà importante esplorare ulteriormente il legame tra appartenenza ai cluster e variabili individuali come, ad esempio, atteggiamenti legati all'alimentazione oppure percezione di controllo e autoefficacia.

6.2. Limiti e prospettive future

Lo studio 1 e 2 presentano dei limiti metodologici, la scala del Senso di Coerenza rappresenta uno strumento tutt'ora discusso nella sua validità interna; in particolare, nello studio 1 nell'analisi confermativa si è dovuto correlare gli errori di alcuni item per preservare il modello a tre fattori giustificato dalla teoria. Inoltre, la misurazione dei comportamenti di salute, in entrambe le ricerche, è stata effettuata mediante strumenti non validati, ciò potrebbe portare ad errori non controllabili nella misura.

Per quanto concerne i limiti specifici dello studio 1, i cinque profili individuati si distribuiscono all'interno del campione della ricerca in modo non uniforme, con una numerosità variabile, ciò può aver influenzato i risultati di alcune analisi. Rispetto alla fase qualitativa, un primo limite riguarda la metodologia di raccolta dati, è stata formulata, infatti, una domanda self-report aperta e generica per esplorare il significato che le persone attribuiscono all'alimentazione; ulteriori domande avrebbero potuto chiarire meglio tale oggetto di indagine. Inoltre, nell'analisi delle corrispondenze abbiamo considerato solo una variabile, ossia l'appartenenza al profilo costruito mediante Latent Profile Analysis, non sono invece state analizzate altre variabili discriminanti (es. età, sesso, reddito etc). Ulteriore approfondimento futuro potrebbe considerare anche caratteristiche socio-demografiche come genere, età, stato civile e reddito.

Rispetto allo studio 2, il disegno longitudinale realizzato ha previsto una sola seconda rilevazione a distanza di quattro mesi; il tempo relativamente breve tra le due misurazioni e l'assenza di raccolte dati anche a distanza di maggior tempo, non consente di fare inferenze sulla stabilità della relazione e sulla causalità tra Senso di Coerenza, esercizio fisico e benessere. Un disegno longitudinale a distanza di maggior tempo consentirebbe di monitorare e chiarire maggiormente il legame tra le variabili. Inoltre, da sottolineare l'assenza di variabili moderatrici (es. socio-demografiche) che avrebbero aiutato a comprendere e precisare meglio alcuni risultati.

Nello studio 3 i limiti principali riguardano in primo luogo la numerosità degli studi presi in considerazione che risulta esigua. Sono presenti, infatti, pochissime ricerche che abbiano confrontato due campioni indipendenti per il modello di lavoro (lavoro da casa e lavoro in sede) oppure che abbiano indagato la relazione tra modello di lavoro e benessere seguendo un disegno longitudinale. Un ulteriore elemento da sottolineare riguarda la concettualizzazione del benessere che risulta alquanto diversificata, così come il lavoro da remoto che in alcuni casi viene specificato (ad esempio telelavoro oppure smartworking) ma in molti altri risulta presente un vago riferimento al WFH (working from home). La nostra strategia di ricerca ha considerato il benessere nella sua connotazione multidimensionale, ma anche contesto specifica. Nelle intenzioni dei ricercatori, questo avrebbe consentito di considerare un bacino più ampio di studi, tuttavia, il numero di ricerche considerate è stato esiguo. Dall'altra parte è possibile ipotizzare che un limite importante di tale strategia di indagine riguarda il fatto di non avere dettagliato meglio le configurazioni del benessere dominio specifiche, questo

tuttavia avrebbe potuto porre delle difficoltà di comparazione tra le misure. Infine, la lingua degli studi, l'inglese, ha necessariamente limitato le ricerche considerate. Tali criticità offrono degli spunti importanti per revisioni sistematiche e metanalisi future. Per esempio, una prospettiva interessante potrebbe essere quella di valutare la possibile influenza delle caratteristiche individuali dei lavoratori, aspetto non preso in considerazione nella metanalisi ma sicuramente di rilievo. Ad esempio, vi sono studi che mostrano come individui maggiormente propensi all'interazione sociale o privi di una rete sociale al di fuori del lavoro, saranno influenzati più negativamente dal telelavoro (Anderson et al., 2015). Non solo le caratteristiche individuali possono influenzare il modo di percepire il lavoro a distanza, ma anche quelle contestuali, ad esempio potrebbe essere differente l'esperienza da remoto per i lavoratori che vivono da soli rispetto a quelli che devono occuparsi dei figli o devono svolgere il ruolo di caregiver.

Per quanto riguarda lo studio 4, essendo uno studio di caso su una realtà specifica non consente di generalizzare i risultati ottenuti. La fase quantitativa mostra un campione per la realtà aziendale parzialmente rappresentativo, una parte importante dei lavoratori, ad esempio la categoria dei meccanici ha aderito in modo limitato, ciò non ha consentito di esplorare ulteriormente le differenze in base al ruolo professionale. Inoltre, ulteriori studi saranno necessari per comprendere se il modello di clusterizzazione individuato sia generalizzabile ad altre popolazioni e ad altri contesti lavorativi.

In generale, considerando il concetto di stile di vita, sarebbe auspicabile ampliare gli studi realizzati, considerando altre pratiche di salute, come l'assunzione di alcool, fumo, ma anche gli atteggiamenti rispetto ad altri comportamenti di salute, come ad esempio i vaccini.

Infine, appare utile evidenziare come questa ricerca sia stata condotta in un periodo particolare, legato alla pandemia Covid-19 che ha impattato profondamente sulla quotidianità delle persone e sul loro benessere; questo ha comportato una serie di fattori intervenienti non controllabili che possono aver avuto un impatto sui risultati degli studi. Ulteriori ricerche future, magari con disegni longitudinali, consentirebbero di ottenere ulteriori prove sulla bontà dei dati raccolti.

6.3. *Innovatività del contributo e implicazioni pratiche*

Lo studio nel complesso ha mostrato risultati soddisfacenti. Sul piano concettuale, è stato possibile inquadrare in modo complesso il fenomeno degli stili di vita come sistema di significati, atteggiamenti e valori entro i quali il soggetto agisce, che definiscono modelli individuali e collettivi di pratiche di salute all'interno di contesti sociali, storici e culturali. Lo stile di vita diviene occasione di espressione della continua tensione che ha origine dall'incontro tra individuo e società, che si declina come continuo incontro e scontro tra necessità di individuarsi, esprimere i propri bisogni, i propri desideri e il bisogno di accettazione e riconoscimento all'interno delle dinamiche sociali di relazione. Entro tale visione assume rilevanza l'adozione di un approccio multidimensionale ed eco-sistemico. Sul piano metodologico, la possibilità di coniugare disegni cross-sezionali e longitudinali, revisione sistematica della letteratura e approcci Mixed Method qualitativi e quantitativi ha permesso l'individuazione di indicatori complessi per profilare la popolazione per progetti futuri di promozione della salute e una maggior comprensione del legame predittivo-causale tra Senso di Coerenza, attività fisica e benessere. Inoltre, lo studio di caso ha offerto una serie di elementi per costruire interventi nel contesto lavorativo specifico: ad esempio, riprogettazione partecipata dell'ambiente della mensa, lavoro sugli atteggiamenti legati alla commensalità e alle pratiche alimentari in azienda.

Attraverso questi contributi, si è compiuto lo sforzo di provare a ricollocare al centro dell'interesse della psicologia della salute e della promozione della salute la soggettività, che vuol dire non una centratura sull'individuo ma compiere un'operazione di riposizionamento dell'oggetto di ricerca entro una prospettiva di dialogo aperto e contrattuale con l'ambiente di vita e con i valori da esso veicolati. Giunge a questo punto del lavoro un quesito spontaneo: qual è il ruolo della promozione della salute in questo momento storico caratterizzato da nuove vulnerabilità e da cambiamenti profondi all'interno del contesto sociale? Riprendendo il pensiero di George Canguilhem (1966), l'adattamento del soggetto, in quanto organismo vivente, si esprime nella sua capacità di porsi in posizione dialogica con il proprio ambiente, di rispondere ai cambiamenti dello stesso attraverso un'autonoma capacità di riorganizzazione. In questo senso, i risultati evidenziano e confermano la necessità di incrementare approcci di ricerca-intervento partecipati per accompagnare

le Istituzioni sociali, educative, socio-sanitarie alla transizione da un approccio individualista agli stili di vita ad un approccio eco-sistemico.

Nei contributi empirici sono stati considerati tre aspetti chiave:

- 1) Un approccio alla promozione della salute “universale” considerando come target di ricerca la popolazione in generale, dai 18 anni in su, ma anche una promozione della salute contesto specifica, attraverso lo studio di caso;
- 2) una lettura multidimensionale e complessa sugli stili di vita che consideri l’aspetto comportamentale (comportamenti di salute) ma anche elementi legati ai significati e ai valori associati alle pratiche di salute;
- 3) la considerazione sia di fattori individuali, sia sociali e contestuali nella lettura e comprensione del fenomeno degli stili di vita: nello studio 1 sono stati presi in considerazione un metodo di profilazione che coniugasse fattori individuali (Senso di Coerenza) e sociali (supporto sociale) e la loro relazione con comportamenti di salute e variabili quali benessere, distress e capitale sociale; nello studio 3 variabili contestuali come il setting di lavoro e l’influenza sul benessere e comportamenti di salute; nello studio 4 attraverso il disegno Mixed Method è stato possibile coniugare e integrare il livello individuale con quello sociale e organizzativo, sia nella lettura dell’impatto del Covid-19 sul benessere dei lavoratori, sia nell’esplorazione delle pratiche alimentari e di commensalità in azienda.

Gli spunti futuri che offre questo contributo sono diversi: 1) la possibilità di indagine e profilazione epidemiologica della popolazione in base a caratteristiche socio-demografiche ma anche in base a variabili individuali e sociali per individuare target più fragili con cui co-costruire degli interventi ad hoc; 2) chiarire i diversi significati che le persone attribuiscono all’alimentazione e verificare se l’appartenenza a profili psico-sociali sia un fattore discriminante; questo consentirebbe di comprendere maggiormente su quali fattori psicologici, sociali intervenire per modificare gli atteggiamenti delle persone; 3) considerare non solo la lettura quantitativa del fenomeno dei comportamenti di salute, ma anche la sua connotazione qualitativa, in quanto pratica di salute contesto-specifica. In questo senso recuperare le dimensioni legate agli atteggiamenti e alle rappresentazioni sociali, oltre che i significati e valori risulta centrale per costruire progetti di cambiamento. La letteratura mostra come gli atteggiamenti influenzino le intenzioni e le motivazioni, che a loro volta agiscono sui comportamenti (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980). Gli individui definiscono le proprie scelte e orientamenti all’azione non tanto, e non solo, in base a convinzioni e gusti personali, ma in base a pratiche e credenze culturalmente consolidate, oltre che

a questioni legate all'ambiente (es. facilità di reperimento di alcuni cibi, disponibilità di spazi verdi etc) (Lewin, 1951). Le rappresentazioni sociali sono teorie del senso comune costruite socialmente per dare senso e significato ad aspetti della realtà (Moscovici, 1963) e l'atteggiamento ne costituisce una componente in quanto corrisponde ad una presa di posizione che un soggetto da solo o in gruppo assume nei confronti di un determinato oggetto, entro un repertorio di posizioni socialmente definite e riconosciute (Palmonari et al., 2002). Un ulteriore spunto interessante viene offerto dalla teoria della dissonanza cognitiva che potrebbe aiutare a comprendere come si origina il cambiamento, partendo dall'assunto che l'individuo ha la necessità di mantenere una coerenza tra opinioni e credenze nei confronti di sé stesso, il proprio comportamento e l'ambiente, quando questi abbiano un legame reciproco. Il fenomeno della dissonanza nasce nel momento in cui si percepisce una non coerenza tra i diversi elementi. Interessante recuperare gli studi classici di Lewin sull'alimentazione, i quali suggeriscono che agire sul cambiamento delle opinioni e atteggiamenti attraverso il gruppo genera un cambiamento nell'intenzione e quindi nel comportamento più duraturo perché va ad agire sulle rappresentazioni sociali.

In sintesi, la prospettiva futura che emerge in modo urgente e centrale da questo contributo è quella di provare a costruire modelli di promozione della salute atti a promuovere le risorse di adattamento del soggetto all'interno del proprio ambiente di vita, migliorando le strategie di profilazione del target attraverso indicatori complessi. Questo al fine di costruire delle progettualità di cambiamento non calate dall'alto ma adattate e co-costruite, considerando il gruppo come motore di cambiamento.

Questo lavoro costituisce in ogni caso soltanto un primo passo per un ripensamento dell'approccio agli stili di vita in psicologia della salute. Le prospettive dell'immediato riguardano la necessità di coniugare i risultati di questa ricerca con l'implementazione e la valutazione di progettualità, rivolte da una parte ai target della popolazione più fragili, dall'altra all'azienda specifica coinvolta oltre che proseguire il lavoro di reclutamento di altre realtà organizzative, differenti per grandezza, modello organizzativo e di lavoro. L'attenzione di questi interventi vedrà un riposizionamento dei soggetti di ricerca come partecipanti, portatori di un punto di vista, capaci di contribuire al cambiamento del proprio contesto sociale. Tra i propositi futuri vi è inoltre quello di validare con un campione più ampio la scala sulla commensalità, costruito ad oggi poco approfondito che non presenta uno strumento di indagine per il contesto lavorativo.

Bibliografia introduzione e discussioni finali

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Barone Gibbs, B., Kline, C. E., Huber, K. A., Paley, J. L., & Perera, S. (2021). Covid-19 shelter-at-home and work, lifestyle and well-being in desk workers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 71(2), 86–94. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab011>
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute, dal deviante al viandante*, Raffaello Cortina, Milano.
- Braibanti, P. (a cura di) (2015), *Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*. Franco Angeli, Milano.
- Canguilhem, G. (1966). *Il normale e il patologico*, trad.it. Einaudi, Torino, 1998.
- Da, S., Fladmark, S. F., Wara, I., Christensen, M., & Innstrand, S. T. (2022). To Change or Not to Change: A Study of Workplace Change during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1982. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041982>
- Ervasti, J., Aalto, V., Pentti, J., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2022). Association of changes in work due to COVID-19 pandemic with psychosocial work environment and employee health: a cohort study of 24 299 Finnish public sector employees. *Occupational and environmental medicine*, 79(4), 233–241. <https://doi.org/10.1136/oemed-2021-107745>
- Fukushima, N., Machida, M., Kikuchi, H., Amagasa, S., Hayashi, T., Odagiri, Y., Takamiya, T., & Inoue, S. (2021). Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. *Journal of occupational health*, 63(1), e12212. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12212>
- Godlee, F. (2011). What is health? *BMJ: British Medical Journal*, 343: d4817. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4817>
- Herman C. P. (2015). The social facilitation of eating. A review. *Appetite*, 86, 61–73. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.016>
- Horrocks, C., & Johnson, S. (2014). A socially situated approach to inform ways to improve health and wellbeing. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 175–186. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12114>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Tamura, Y., Arita, K., & Nakashima, E. (2018). The mediating effects of resilience, morale, and sense of coherence between

physical activity and perceived physical/mental health among Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 26(4), 544-552. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0265>

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*, New York, Harper & Brothers; trad. It. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1972.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21(3), 238–244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>

Lindstrom, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhalsan Research Centre, Health Promotion Research and the UIHPE GlobalWorking Group on Salutogenesis.

Mielewczyk, F., & Willig, C. (2007). Old Clothes and an Older Look: The Case for a Radical Makeover in Health Behaviour Research. *Theory & Psychology*, 17(6), 811–837. <https://doi.org/10.1177/0959354307083496>

Monma, T., Takeda, F., & Okura, T. (2017). Physical activities impact sense of coherence among community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(11), 2208–2215. <http://doi.org/10.1111/ggi.13063>

Moscovici, S. (1963). Attitudes and opinion, *Annual Review of Psychology*, 7, pp. 231-260. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.14.020163.001311>

Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Physical activity and sense of coherence: A meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1846068>

Parent-Lamarche, A., & Boulet, M. (2021). Employee well-being in the COVID-19 pandemic: The moderating role of teleworking during the first lockdown in the province of Quebec, Canada. *Work (Reading, Mass.)*, 70(3), 763–775. <https://doi.org/10.3233/WOR-205311>

Patel, A., Keogh, J. W., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & mental health*, 17(6), 766–772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.781118>

Pirzadeh, P., & Lingard, H. (2021). Working from Home during the COVID-19 Pandemic: Health and Well-Being of Project-Based Construction Workers. *Journal of Construction Engineering and Management*, 147(6), 1–17. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0002102](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0002102)

Polmonari, A., Cavazza, N., & Rubini, M. (2002). *Psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino.

Rieth, M., & Hagemann, V. (2021). The impact of telework and closure of educational and childcare facilities on working people during COVID-19. *Zeitschrift Für Arbeits-Und Organisations psychologie A&O*, 65(4), 202-214. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000370>

Ruddock, H. K., Brunstrom, M. J., & Higgs, S. (2021). The social facilitation of eating: why does the mere presence of others cause an increase in energy intake? *Physiology & Behavior*, 240. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113539>

Scarapicchia, T. M. F., Amireault, S., Faulkner, G., & Sabiston, C. M. (2017). Social support and physical activity participation among healthy adults: A systematic review of prospective studies. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, *10*(1), 50–83. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1183222>

Srensen, T., Klungstyr, O., Kleiner, R., & Klepp, O. M. (2011). Social support and sense of coherence: Independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, *13*, 27–44. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715648>

Tušl, M., Brauchli, R., Kerksieck, P., & Bauer, G. F. (2021). Impact of the COVID-19 crisis on work and private life, mental well-being and self-rated health in German and Swiss employees: a cross-sectional online survey. *BMC public health*, *21*(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10788-8>

World Health Organization (1946), *Preambolo della costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottato dalla Conferenza Health International*, New York, 19 Giugno-22 Luglio 1946, firmato il 22 luglio 1946 dai rappresentanti dei 61 Stati.