



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di storia, antropologia, religioni, arte, spettacolo

Corso di dottorato in storia e culture dell'Europa

**A green urban lifestyle:
le determinanti socioculturali per uno stile di vita salutare e sostenibile
nella città**

Indagine Mixed-Method tra i cittadini di Milano, Napoli e Roma

Tutor: Chr.ma Prof.ssa Francesca Romana Lenzi
Co-tutor: Chr.ma Prof.ssa Gabriella Punziano
Coordinatrice: Chr.ma Michaela Valente

Candidato: Ferdinando Iazzetta
Settore: SPS/07
Ciclo: XXXVII

Sommario

Introduzione.....	4
I Capitolo La salute: modelli teorici e implicazioni sociali	7
1.1 Salute e sostenibilità: cenni storici	7
1.2 L'evoluzione della sociologia della salute: dalla dimensione sociale alle disuguaglianze	12
1.2.1 Determinanti sociali della salute ed equità sanitaria: modelli concettuali e implicazioni per la promozione del benessere.....	15
1.3 Stili di vita e salute	22
1.3.1 Il ruolo della nutrizione e dell'attività fisica.....	28
1.3.2 Valori e agire sociale negli stili di vita	33
1.3.3 Gli stili di vita sostenibili: tra conoscenza e comportamenti ecologici	37
1.4 Dalla trasformazione dell'ambiente urbano all'Urban Health: esplorando la salute e il benessere nelle città	41
1.4.1 Città e urbanizzazione: una sfida scientifica	44
1.4.2 Spazio pubblico e spazi verdi come determinanti della salute.....	46
1.4.3 Stili di vita urbani e metropolitani: tra disuguaglianze, accessibilità e mobilità	48
1.5 Tra qualità della vita e benessere: una panoramica sulle città italiane	54
1.5.1 La qualità della vita (QdV).....	54
1.5.2 Il benessere equo sostenibile nelle città metropolitane.....	62
II Capitolo Metodi e disegno della ricerca	73
2.1 I Metodi Misti (MM) nella ricerca sociale sulla salute.....	80
2.2 Contestualizzazione del problema di ricerca: le città metropolitane come epicentro delle dinamiche di salute e sostenibilità	84
2.3 Il disegno della ricerca: inquadramento, obiettivi e domande	86
2.3.1 Unità d'analisi: popolazione di riferimento e contesto geografico.....	89
2.4 Il questionario: costruzione, progettazione e somministrazione	90
2.5 Le interviste semistrutturate	98
III Capitolo Analisi dei dati e risultati	100
3.1 Il questionario: presentazione del campione.....	101
3.1.1 Lo stato di salute del campione	104
3.1.2 La prevenzione come fondamento: strategie per un benessere duraturo	116
3.1.3 L'informazione come strumento di consapevolezza della salute	123
3.1.4 Un indice integrato di alimentazione sana e sostenibile (IASS).....	128
3.1.5 L'Attività Fisica come fattore sociale e strutturale negli stili di vita salutari	133
3.1.6 I valori della popolazione di riferimento	144
3.1.7 Pratiche sostenibili e indice di sostenibilità.....	149
3.1.8 Il ritratto della vita salutare e sostenibile: indicatori per una città a misura di benessere.....	154
3.1.9 Analisi delle corrispondenze multiple e cluster	174
3.2 Analisi interviste.....	185

3.2.1 Tra alimentazione e attività fisica: “stare bene” con atteggiamenti e comportamenti salutarì	191
3.2.2 Significati emergenti: un’analisi delle co-occorrenze nei discorsi su salute, stili di vita e sostenibilità.....	204
Un approccio Mixed Method (MM): quali determinanti per uno stile di vita salutare e sostenibile?	209
Conclusioni.....	215
Bibliografia.....	227

Introduzione

Lo studio si concentra sull'intersezione di due concetti fondamentali: la salute, intesa come bene sociale ampio, e gli stili di vita.

Gli stili di vita sono oggetto di studio in numerosi ambiti, tra cui medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, e rivestono un'importanza crescente nella contemporaneità a causa della transizione epidemiologica verso malattie croniche non trasmissibili (come il diabete e le malattie cardiovascolari). Essi comprendono un insieme complesso di fattori e inclinazioni che mirano a ridurre i rischi per la salute, integrando anche disposizioni normative finalizzate a questo scopo (WHO, 1999, 2002, 2022; Fuchs, 1986; Gochman, 1982; Cockerham, 1997).

Le strategie di ricerca e gli interventi nel campo della salute si sono tradizionalmente concentrati su approcci biomedici e biocomportamentali.

Gli approcci biomedici si focalizzano su aspetti fisici e biologici della salute, cercando di prevenire e trattare le malattie attraverso interventi farmacologici e modifiche dei fattori di rischio. Parallelamente, gli approcci biocomportamentali esplorano il ruolo dei comportamenti e degli stili di vita nella prevenzione delle malattie, implementando strategie che incoraggiano cambiamenti positivi nelle abitudini quotidiane, come l'alimentazione e l'attività fisica.

Tuttavia, per una visione complessiva della salute è essenziale considerare anche i determinanti sociali e ambientali che influenzano gli stili di vita.

Inoltre, la concezione di salute assume oggi nuove sfaccettature quando viene esplorata nei contesti quotidiani, dove si manifesta concretamente. Ambienti come città e quartieri fungono da spazi interattivi nei quali emergono e si intrecciano valori, credenze, opinioni, simboli, culture, identità e storie di vita. Questa complessità offre una finestra privilegiata per comprendere i fenomeni comportamentali e socioculturali che influenzano i paradigmi interpretativi del concetto di salute.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Coronavirus ha comportato un cambiamento significativo nella quotidianità delle persone e nei loro stili di vita, con implicazioni rilevanti a livello sociale, lavorativo ed educativo. Simili cambiamenti hanno generato nuove vulnerabilità e un più generale accentuarsi delle disuguaglianze preesistenti in fatto di salute.

Sulla base di queste premesse, la ricerca propone di ampliare l'approccio tradizionale, adottando un'analisi multi-metodo che integri i contesti sociali e urbani nei quali i comportamenti legati alla salute emergono e si strutturano.

L'indagine si focalizza sui residenti delle città di Roma, Napoli e Milano. Tali città rappresentano contesti urbani di particolare rilevanza, in quanto caratterizzate da un'elevata eterogeneità socioeconomica e dalla complessità delle dinamiche di salute pubblica. La loro natura altamente complessa e dinamica, unita alla marcata diversità socioeconomica e culturale, incide in modo significativo sui comportamenti e sulle pratiche di vita delle diverse generazioni.

Uno degli obiettivi è stato quello di esplorare le pratiche quotidiane e i comportamenti dei cittadini inerenti alla salute.

Lo studio ha inoltre esaminato i modelli socioculturali con l'obiettivo di contribuire alla letteratura esistente sui comportamenti virtuosi e sulle pratiche di vita salutari e sostenibili.

In particolare, l'attenzione sarà rivolta alle caratteristiche specifiche degli ambienti urbani, che influenzano le scelte di vita e i modelli di comportamento.

Questo approccio integrato ha consentito ad individuare i determinanti sociali che influenzano le scelte quotidiane delle generazioni analizzate, evidenziando l'impatto delle condizioni ambientali e socioeconomiche delle aree metropolitane sugli stili di vita.

Le domande di ricerca, nell'ottica degli obiettivi appena esposti, possono essere così declinate:

Qual è il ruolo dei fattori socioculturali e dei valori personali sulle pratiche e sulle scelte individuali legate alla salute e alla sostenibilità nelle metropoli contemporanee?

In che misura le caratteristiche dello spazio urbano, in termini di accessibilità, influenzano la diffusione e l'efficacia di tali pratiche, facilitando o ostacolando l'adozione di stili di vita orientati al benessere e alla sostenibilità?

A tal fine, verranno esplorate varie dimensioni che incidono sugli stili di vita nelle grandi città metropolitane italiane. In primo luogo, sarà analizzata la cultura della salute e della prevenzione, con l'obiettivo di comprendere come le iniziative di promozione della salute e le pratiche preventive plasmino le scelte quotidiane e i comportamenti di vita tra le diverse generazioni, e come tali influenze possano variare tra i diversi contesti urbani.

Si approfondirà inoltre il livello di conoscenza delle pratiche salutari e sostenibili, valutando come la consapevolezza di tali pratiche influisca sulle abitudini e scelte di vita.

Un altro obiettivo centrale della ricerca riguarda l'accessibilità e l'utilizzo degli spazi urbani, con l'intento di analizzare in che modo la qualità e la disponibilità degli spazi pubblici influenzino le pratiche quotidiane e le scelte sostenibili degli abitanti delle metropoli. Tale fattore contribuirà a chiarire come l'ambiente urbano possa modellare le abitudini di vita e sostenere la sostenibilità ambientale. L'analisi sarà ampliata per includere l'emergere e la diffusione di nuovi stili di vita sani e sostenibili, con l'obiettivo di identificare i modelli di comportamento che integrano salute e sostenibilità nel campione oggetto di studio.

Infine, sarà esaminata la soddisfazione per gli ambienti di vita, valutando come la percezione della qualità degli spazi urbani influisca sulla soddisfazione individuale e, di conseguenza, sulle scelte di vita e sui comportamenti. Questa analisi aiuterà a comprendere il legame tra la qualità percepita degli ambienti urbani e la predisposizione verso pratiche di vita salutari e sostenibili.

Considerata la complessità delle domande di ricerca e la molteplicità delle dimensioni che si intendono esplorare e sistematizzare, si è ritenuto opportuno adottare un approccio metodologico di tipo *Mixed Methods* (MM) (Amaturo e Punziano, 2016; Cresweel e Creswell, 2005).

I MM non rappresentano una semplice combinazione di tecniche eterogenee, ma costituiscono un quadro metodologico integrato, finalizzato a sviluppare un'interpretazione più articolata e coerente del fenomeno oggetto di studio.

Il lavoro si articola in tre capitoli, ciascuno con un focus specifico finalizzato a costruire un quadro teorico, metodologico ed empirico coerente sull'analisi degli stili di vita, della salute e della sostenibilità nelle aree urbane.

Il I capitolo definisce la cornice concettuale di riferimento sul tema della salute e degli stili di vita. L'obiettivo è inquadrare i diversi concetti entro modelli teorici consolidati e implicazioni sociali rilevanti. La prima parte offre un'analisi approfondita del concetto di salute, includendo il suo inquadramento storico e giuridico a livello internazionale e la sua interconnessione con la sostenibilità in linea con l'Agenda 2030. Successivamente, vengono esaminati gli aspetti sociali della salute, con particolare attenzione alle disuguaglianze sanitarie, al “*Salutogenic Model of Health* (SMH)”, ai concetti di benessere e qualità della vita, nonché ai determinanti sociali della salute.

Nella seconda parte del I capitolo, il focus si sposta sugli stili di vita in relazione alla salute, con un'attenzione specifica al ruolo cruciale della nutrizione e dell'attività fisica.

L'obiettivo è sviluppare un'analisi critica del concetto di stile di vita salutare e sostenibile, identificandone gli elementi chiave. Sono analizzate diverse definizioni e concettualizzazioni dal punto di vista sociologico attraverso tre chiavi di lettura principali: la rappresentazione sociale degli stili di vita, l'interazione tra individuo e fattori strutturali, le dinamiche delle disuguaglianze sociali. Successivamente, viene introdotto il tema della salute urbana, esplorando le dinamiche della vita nelle città moderne e il loro impatto sul benessere. Dopo un'introduzione al concetto di urban health, si analizza il fenomeno dell'urbanizzazione e il ruolo cruciale degli spazi pubblici e verdi come determinanti della salute. Vengono inoltre esaminati gli stili di vita nelle aree urbane, mettendo in evidenza le disuguaglianze sanitarie intraurbane e il ruolo di accessibilità e mobilità come fattori chiave della qualità della vita. Il I capitolo si chiude con un'analisi di contesto basata su dati secondari relativi alle città metropolitane italiane, con la costruzione di specifici indici per la valutazione delle variabili chiave.

Il II capitolo presenta il disegno della ricerca, delineando gli approcci metodologici adottati. Dopo una panoramica sui principali metodi di ricerca in sociologia, si approfondirà il ricorso ai *Mixed Methods* (MM), con particolare riferimento al loro impiego nella ricerca sociale sulla salute. Vengono discussi i vantaggi dell'integrazione di approcci quantitativi e qualitativi, evidenziando come tale strategia consenta di ottenere un'analisi più articolata e completa del fenomeno studiato.

In questa sezione si delineano gli obiettivi della ricerca e le relative domande, seguiti da una descrizione degli strumenti e delle tecniche di raccolta e analisi dei dati quantitativi e qualitativi.

La tesi si conclude con un'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi, presentata in una sezione dedicata, nella quale emergono diverse tipologie di stili di vita. Successivamente, nelle conclusioni, viene fornita una sintesi complessiva dei risultati, evidenziando i principali fattori che influenzano l'adozione di comportamenti orientati alla salute e alla sostenibilità. Inoltre, sono discussi i limiti dello studio e delineate le prospettive di ricerca futura, con specifiche raccomandazioni per il miglioramento delle analisi e delle strategie di intervento nel contesto urbano.

I Capitolo La salute: modelli teorici e implicazioni sociali

1.1 Salute e sostenibilità: cenni storici

Il termine salute deriva dal latino *salus, utis*: salvezza, incolumità, integrità, salute; affine a *salvus*: salvo. Quando si parla di salute, tendiamo a concentrarci principalmente sulla malattia, seguita dall'analisi dell'anatomia del corpo e dei suoi processi fisiologici fondamentali. Solo in una fase successiva riflettiamo sulla salute stessa e sulle diverse modalità per preservarla o migliorarla.

Questa tendenza rispecchia una dimensione profondamente radicata nell'esperienza umana: la consapevolezza del valore della salute emerge, con maggiore intensità, proprio nel momento in cui essa viene compromessa o viene a mancare.

In ogni epoca e in ogni cultura si elaborano norme e ideali di vita che cercano di dare forma a un concetto altamente sfuggente e talvolta contraddittorio come quello della salute. Oggi, la salute è identificata e riconosciuta come uno specchio dello stato di benessere di un individuo e della società ma tale riconoscimento è maturato lentamente nel tempo seguendo tappe particolarmente importanti in parallelo ai mutamenti e agli avanzamenti delle conoscenze.

Prima di arrivare alla definizione odierna ci sono diversi passaggi. Durante l'era prescientifica, il pensiero dominante attribuiva alla natura una dimensione animistica pervasa da forze immateriali e soprannaturali. In tale contesto, si riteneva che entità spirituali, indipendenti dal corpo e capaci di sopravvivere alla sua dissoluzione, influenzassero direttamente l'esperienza umana. Oggetti e fenomeni naturali venivano percepiti come dotati di un'intensa vitalità intrinseca, talvolta considerati potenziali minacce. La malattia era interpretata come il risultato dell'intervento di forze oscure, spesso associate a spiriti la cui sensibilità sembrava strettamente correlata alle azioni umane, percepite come trasgressioni morali o rituali, anche quando non consapevoli. In questo quadro epistemologico, la malattia assumeva il significato di punizione divina o spirituale. Come osserva Corbellini (2014, p. 47), "all'inizio fu probabilmente concepita come un fenomeno di possessione dell'anima", intesa come l'essenza immateriale e costitutiva dell'individuo, resa vulnerabile all'azione di entità estranee. La guarigione, pertanto, era concepita come un processo di liberazione dall'influenza di forze soprannaturali, al fine di ristabilire lo stato di equilibrio precedente. Tale interpretazione rifletteva una concezione della salute e della malattia strettamente legata alle dinamiche religiose, morali e cosmologiche dell'epoca.

Secondo la teoria di Ippocrate da Cos (460-370 a.C.), nelle antiche civiltà, come quella greca e romana, la salute era spesso associata all'equilibrio tra i quattro fluidi corporei:

- la bile nera, legata alla terra, con proprietà di secchezza e freddo ed ha sede nella milza;
- la bile gialla, legata al fuoco, con proprietà di secchezza e caldo ed ha sede nel fegato;
- il sangue, legato all'aria, con qualità di umidità e caldo, che ha sede nel cuore;
- il flegma, legato all'acqua, con qualità di umidità e freddo che si trova nella testa.

Tale approccio, noto come medicina umorale, sosteneva che una buona salute era legata al perfetto equilibrio di tutti e quattro elementi ed è stato il paradigma dominante per molti secoli (Cosmancini, 2014). Successivamente per tutto l'Alto Medioevo ciò che concerne la salute e la malattia appare impostato non propriamente da coordinate scientificamente organizzate, quanto piuttosto da linee che potremmo ascrivere ad una antropologia religiosa cristiana (Crisciani, 2012). Mentre nel Basso

Medioevo si presenta un concetto di salute strettamente connesso alla medicina e al suo sapere ricco sotto il profilo disciplinare, istituzionalizzato nelle università e assai articolato per quanto riguarda le diverse dottrine (Armocida, 1993). Con il Rinascimento ci fu un ritorno all'approccio greco-romano all'idea di salute come equilibrio. Infatti, i dibattiti di natura medica presero a tema la salute con un maggiore interesse rispetto al passato e, la medicina occupava un posto sempre più importante tra le diverse discipline di insegnamento grazie anche al bagaglio di letteratura specializzata.

Un periodo in cui si cominciava ad abbattere le barriere tradizionali tra le molteplici discipline e andavano via via emergendo nuovi campi del sapere scientifico. Molti medici¹ e scienziati², grazie ai progressi compiuti nelle discipline anatomiche, sottolinearono l'importanza di nozioni quali il cambiamento, la contingenza, l'ambiente e l'individualità (Gigliani, 2014). Si consolidò l'idea che la salute andasse preservata agendo su quegli elementi che la tradizione medica (sia antica che medievale) aveva definito come i *sex res non naturales* (sei cose non naturali, cioè funzioni regolabili attraverso il comportamento e la volontà) ovvero di sonno e veglia, esercizio e riposo, fame e sete, cibo e vivande, replezione e deplezione, e moti dell'animo (Jarcho, 1970).

Successivamente, la ricerca di un equilibrio psicofisico in età moderna giocava un ruolo fondamentale nel determinare la salute ed era guidata anche da interventi di carattere sociale, ambientale e politico. Infatti, con l'avanzamento della medicina scientifica, la salute iniziò ad essere vista in modo più oggettivo. Il concetto di germi come causa delle malattie, sviluppato da scienziati come Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), portò a una maggiore comprensione delle malattie infettive come tubercolosi e tifo, sempre più in rapida espansione con i processi di industrializzazione e urbanizzazione (Ciranni, 2011; Alfonsi e Declich, 2002).

Si può affermare che nel tempo il concetto di salute si è evoluto, assumendo sfumature diverse a seconda delle epoche e dei contesti culturali. Ancora oggi, è difficile cristallizzare una definizione univoca che possa risultare ugualmente efficace e significativa nei molteplici contesti sociali, economici e politici.

La salute continua a essere un tema complesso e dinamico, intrecciato con i cambiamenti della società e delle sue priorità. Nella vita quotidiana, si attribuiscono al termine salute significati anche del tutto diversi, a seconda delle caratteristiche personali (Blaxter, 1990).

Per dare una definizione quanto più vicina alla modernità, il concetto di salute può essere definito non solo come una generica assenza di patologie e rischi che compromettono le normali attività di un individuo fino a metterne a rischio la stessa sopravvivenza, ma più precisamente – come definisce fin dal 1946 la World Health Organization (WHO)³:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità»⁴

Tale definizione è il frutto di riflessioni e studi delle discipline di riferimento che nei decenni si sono occupate di diffondere la propria conoscenza rispetto alla salute. Nella definizione emerge con forza la centralità sia dei fattori individuali legati al corpo e alla psiche, sia dei fattori di contesto, poiché la

¹ Giambattista da Monte (1498-1552), Matteo Corti (1475-1544) e Girolamo Cardano (1501-1576).

² Leonardo da Vinci (1452-1519) contribuì alla comprensione del corpo umano con l'immagine esplosa e i disegni anatomici; Andrea Vesalio (1515-1564) con la sua collezione di *Tabulae Anatomicae Sex* (1538).

³ La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in inglese World Health Organization (WHO) - firmata a New York il 22 luglio 1946 e approvata dall'Assemblea federale il 19 dicembre 1946 - è entrata in vigore il 7 aprile 1948.

⁴ WHO, 1946.

salute si determina come condizione a partire dal contesto sociale in cui l'individuo si colloca e interagisce.

Da una prospettiva politica è naturale richiamare gli ideali universalisti sanciti nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, in cui l'articolo 25, comma 1, afferma:

«Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia e in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà»⁵

Mentre è nella Costituzione italiana è l'Art. 32 Comma 1 a richiamare il diritto alla salute per tutti:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»

Dal 1948, l'agenda politica, sia a livello europeo che mondiale, ha evidenziato un crescente interesse per le disuguaglianze sociali legate alla salute. Questo impegno è stato tradotto da parte della comunità scientifica nel sostegno a numerose ricerche e pubblicazioni sul tema (Marmot 2013; Marmot *et al.* 2010; Wilkinson e Marmot 2005), oltre all'istituzione di reti internazionali e conferenze. La Tabella 1 ripercorre le principali tappe storiche di dichiarazioni e conferenze internazionali che hanno segnato l'evoluzione del concetto di salute a livello globale.

Tabella 1. Tappe storiche di dichiarazioni e conferenze sul tema salute
Fonte: elaborazione propria

1948: Universal Declaration of Human Rights (UDHR)
1999: Carta sociale Europea – Trattato del consiglio d'Europa
1978: Dichiarazione Universale di Alma-Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria Alma Ata, USSR 6-12 Settembre
1986: The Ottawa Charter for Health Promotion - I Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada
1988: II Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 5-9 aprile 1988 Adelaide, Australia.
1989: European Charter on Environment and Health – I Prima Conferenza Europea sull'Ambiente e la Salute Frankfurt-am-Main, EX Repubblica Federale di Germania, 7-8 dicembre 1989
1991: III Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 9-15 giugno 1991, Sundsvall, Svezia
1994: Helsinki Declaration on Action for Environment and Health in Europe - II Conferenza Europea sull'Ambiente e la Salute, Helsinki, Finlandia, 20-22 giugno 1994
1997: The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. 21 - 25 luglio 1997 Jakarta, Indonesia
1998: Health21 Dichiarazione di Atene sulle Città Sane
2000: Città del Messico. Quinta Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute
2004: Budapest. Conferenza Ministeriale WHO su ambiente e salute
2005: Bangkok: Sesta Conferenza Mondiale per la Promozione della Salute
2006: Programma Europeo "Gaining health". strategia di contrasto alle malattie croniche (in Italia "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte 13 salutari")
2007: Vancouver. Conferenza internazionale di Vancouver
2009: Nairobi. Settima Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute
2011: Mosca. Prima Conferenza Ministeriale WHO sugli stili di vita sani e il controllo delle malattie non trasmissibili
2013: Helsinki. Ottava Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute
2016: Shanghai. 9° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, dal titolo "Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health"

⁵ Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo, ONU, 1948

Oggi, nell'evoluzione del concetto di salute, si cela un'armonia sottolineata dal delicato equilibrio esistente tra salute e sostenibilità. Se - inizialmente - negli anni '70, la sostenibilità emerse come argomento chiave nei dibattiti globali, con preoccupazioni ecologiche rivolte principalmente all'ambiente (Park *et al.*, 2008), dopo la conferenza di Stoccolma del 1972⁶ e la World Conservation Strategy (WCS - Strategia Mondiale per la Conservazione) del 1980⁷, le Nazioni Unite promossero lo sviluppo sostenibile su scala globale applicandolo ad una vasta gamma di ambiti disciplinari. La Commissione Brundtland definì lo sviluppo sostenibile nel celebre Rapporto del 1987, stabilendo un paradigma concettuale rilevante ancora oggi e offrendo la seguente la seguente definizione:

«Lo sviluppo sostenibile è quello sviluppo che consente alla generazione presente di soddisfare i propri bisogni senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri».

Barbier (1987) è stato uno dei primi accademici a evidenziare la natura multidimensionale dello sviluppo sostenibile, riconoscendo le sfide nella definizione e nella misurazione dei suoi molteplici obiettivi, spesso conflittuali tra loro. Tale complessità rende il concetto di sostenibilità difficile da definire in modo preciso e coerente (Blewitt, 2012), data la sua natura interdisciplinare.

Al fine di superare tali limitazioni, Ratner (2004) suggerisce un cambio di prospettiva, considerando la sostenibilità come un dialogo dei valori⁸ tra attori diversi, affinché si possano comprendere le peculiarità delle idee e dei contesti.

Per questa ricerca, è fondamentale adottare una definizione accurata del concetto di sostenibilità. Pertanto, si prenderà in considerazione la definizione proposta dalla Commissione Brundtland, la quale enfatizza l'importanza di soddisfare i bisogni umani attuali senza compromettere la capacità delle future generazioni di soddisfare i propri. Tale concetto implica non solo un'attenzione immediata alle esigenze presenti, ma anche una visione integrata e a lungo termine del sistema nel suo complesso. I concetti di sostenibilità e salute si fondono nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità, sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. L'Agenda⁹, dal titolo *Trasformare il*

⁶ Nel 1972, durante la Conferenza delle Nazioni Unite sull'ambiente umano a Stoccolma, si evidenziò per la prima volta l'importanza di preservare le risorse naturali per migliorare le condizioni di vita a lungo termine. Questo richiedeva una collaborazione internazionale. La conferenza si concentrò sulla risoluzione dei problemi ambientali, considerando anche gli aspetti sociali, economici e lo sviluppo. La Dichiarazione di Stoccolma, frutto di accordi tra Paesi industrializzati e in via di sviluppo, stabiliva principi per la protezione dell'ambiente e raccomandazioni per il suo sviluppo, anticipando concetti di sviluppo sostenibile. In seguito alla conferenza, nel 1972, fu istituito il Programma per l'Ambiente delle Nazioni Unite (UNEP) a Nairobi, in Kenya, e il sistema di osservazione della Terra (*Earthwatch*), oggi parte integrante dell'UNEP.

Sempre nel 1972, il Club di Roma pubblicò il rapporto *The Limits to Growth* (Limiti della crescita), ottenendo grande attenzione durante la crisi petrolifera degli anni Settanta.

⁷ Nella Strategia Mondiale per la Conservazione (WCS), si legge: "Per affrontare le sfide di una rapida globalizzazione del mondo una coerente e coordinata politica ambientale deve andare di pari passo con lo sviluppo economico e l'impegno sociale". Gli obiettivi delineati sono: 1) mantenimento dei sistemi vitali e dei processi ecologici essenziali; 2) conservazione della diversità genetica; 3) utilizzo sostenibile delle specie e degli ecosistemi.

⁸ *The sustainability concept is meaningful, therefore, not because it provides an encompassing solution to different notions of what is good, but for the way it brings such differences into a common field of dispute, dialogue, and potential agreement as the basis of collective action* (Ratner, 2004).

⁹ Il documento si struttura in 9 sottosezioni: Introduzione; La nostra visione; I nostri principi e impegni condivisi; Il nostro mondo oggi; La nuova Agenda; Mezzi di attuazione; Controllo e revisione; Un invito ad agire per cambiare il nostro mondo; Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e traguardi. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

nostro mondo. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è entrata in vigore dal 1° gennaio 2016 è articolata in 169 targets attraverso azioni interconnesse che bilancia le tre dimensioni dello sviluppo sostenibile: crescita economica, inclusione sociale, tutela dell'ambiente.

I cinque pilastri dell'Agenda noti come le Cinque P -*people, planet, prosperity, peace e partnership*- conferiscono le caratteristiche di coerenza ed integralità utili per facilitare la lettura degli Sustainable development goals (da qui in poi abbreviati in SDGs) (Coopman *et al*, 2016).

L'adozione dell'Agenda 2030 è stato un forte segnale dell'interesse globale per l'integrazione di considerazioni economiche, sociali e ambientali nelle aspirazioni di sviluppo degli Stati membri delle Nazioni Unite. Una prospettiva ambiziosa e integrata dal sottolineare un sostanziale miglioramento della salute pubblica e del benessere sociale, salvaguardando al tempo stesso i sistemi naturali ed economici su cui questi dipendono (Pradyumna, 2018). Difatti, l'Agenda tra i suoi diversi obiettivi fornisce un quadro in cui rafforzare le azioni tese a migliorare la salute e il benessere di tutti e garantire che nessuno rimanga emarginato (Balasubramanian, 2018).

Tra i diversi SDGs (Figura 1), quello di comprendere la disuguaglianza socioeconomica (SDGs 3) è essenziale affinché la salute e il benessere delle comunità (SDGs 3) – appunto siano esse ad alto, medio e basso reddito – diventino un prerequisito essenziale per il raggiungimento di tutti gli SDGs. La salute è il filo d'oro che lega ciascuno di noi al tessuto della vita e, l'Agenda 2030 ci chiede di preservare questa ricchezza adottando un approccio multidimensionale alla salute, che abbraccia non solo il corpo, ma anche la salute mentale e il benessere sociale. Ci invita a garantire un accesso universale ai servizi sanitari e a promuovere stili di vita sani.

Sebbene gli SDGs siano stati adottati dai Capi di Stato, l'Agenda 2030 sottolinea uno sforzo congiunto da parte dei diversi attori della società comprese le imprese, le città e le comunità locali. Una esigenza che evidenzia non solo la continua indagine sul cambiamento globale e sui suoi effetti in tutte le dimensioni della salute planetaria, ma anche la necessità di un'indagine più sfumata sui ruoli dell'azione dal basso verso l'alto da parte della società. Un tale approccio è fondamentale per sostenere azioni volte a migliorare la salute e la sostenibilità e, nel lavoro di ricerca in particolare verranno esplorate le interazioni tra l'SDGs 3 - ovvero garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età - e l'SDGs 11 - Rendere le città e gli insediamenti urbani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili.

Nel contesto urbano la sostenibilità diventa ancora più cruciale; infatti, le città sono centri di attività umana intensa e consumano una quantità significativa di risorse. Gli stili di vita urbani devono essere ripensati per ridurre l'impatto ambientale e promuovere la salute e il benessere dei cittadini. Ciò può includere la promozione di trasporti pubblici efficienti, la creazione di spazi verdi accessibili, la riduzione dei rifiuti e il sostegno a pratiche alimentari sostenibili. In sintesi, l'adozione di una prospettiva basata sulla sostenibilità richiede una riflessione profonda sui modelli di sviluppo attuali e una trasformazione significativa delle nostre abitudini e pratiche quotidiane.

Figura 1. Obiettivi per lo sviluppo sostenibile
Fonte: <https://unric.org/it/agenda-2030/>



1.2 L'evoluzione della sociologia della salute: dalla dimensione sociale alle disuguaglianze

La salute costituisce un principio fondante la vita delle comunità sotto molteplici profili. Nel paragrafo precedente emerge un quadro concettuale circoscritto da leggi, dichiarazioni e conferenze internazionali che offre una dimensione dinamica della salute, con una centralità connessa a fattori individuali legati al corpo, alla psiche e, a fattori di contesto sociale dove l'individuo nasce, vive e interagisce. Accertato il *bene speciale* (Anand, 2001), la salute rappresenta per i cittadini la precondizione necessaria affinché

«una persona abbia piena capacità di misurarsi con la realtà, al fine di realizzare se stessa in modo proporzionale ai valori, ai compiti, ai bisogni, alle aspirazioni, alle potenzialità individuali che essa si pone, all'interno di un contesto sociale che avanza delle domande e introduce dei vincoli che la persona deve poter negoziare efficacemente» (Costa *et al.* 1998, p. 34)

Dal punto di vista sociologico, sulla stessa scia di quanto descritto, la salute è un tema di cruciale rilevanza e, si riconoscono la malattia e la salute come fatti sociali oltre che biologici.

I classici della sociologia, ad eccezione di alcuni casi, non avevano affrontato in maniera specifica questa tematica. L'eccezione più rilevante è rappresentata dagli studi di Durkheim, che in un certo senso inaugura l'indagine sul ruolo della salute e delle relazioni sociali per la salute, evidenziando la correlazione positiva tra integrazione sociale e benessere individuale (Ardigò, 1997). Ne *Les Règles de la Méthode Sociologique* (1894), Durkheim indica il perseguimento della salute come un valore e un impegno inderogabili: «Per le società come per gli individui, la salute è buona e desiderabile, mentre la malattia rappresenta il male che deve essere evitato» (p.86; trad.it. p.60).

Cipolla (2004) nel suo manuale afferma che va sottolineato un altro aspetto in Durkheim, ossia la sua anticipazione della distinzione tra *illness* e *disease* dove scrive che:

«La sofferenza è volgarmente considerata l'indice della malattia; ed è certo che – in generale – tra questi due fattori esiste un rapporto, il quale, però, manca di costanza e di precisione. Certe gravi diatesi sono indolori, mentre disturbi senza importanza (...) causano un vero e proprio supplizio. In certi casi, proprio l'assenza del dolore, oppure anche il piacere, sono i sintomi della malattia» (1963, p. 61).

Nonostante i primi studi di Durkheim, si conferisce convenzionalmente la nascita della disciplina della Sociologia della salute e le prime riflessioni più vicine alla medicina agli studi struttural-funzionalisti di Talcott Parsons alla fine degli anni Quaranta dove ha dedicato gran parte del suo *The Social System* (1951) all'analisi della medicina intesa come istituzione di controllo sociale e dei ruoli di medico e paziente (Ardigò, 1997).

Vi sono tuttavia altri sociologi che meritano attenzione in quanto hanno contribuito significativamente alla formazione della sociologia del corpo (stretta parente della sociologia della salute) (Shilling, 2012; Clarke, 2008). Tra questi, si citano ad esempio Norbert Elias per il suo lavoro sul processo di civilizzazione (1939), Erving Goffman (1959) per la sua analisi del concetto di sé nella vita quotidiana e dello stigma sociale, e Michel Foucault (1983) per la sua indagine sulla storia della sessualità e del potere disciplinare.

Per lungo tempo, la sociologia ha trascurato il corpo, considerandolo un oggetto di studio proprio di altre discipline. Come osserva Shilling (1993), il disinteresse nei confronti del corpo è in parte attribuibile all'intento di Durkheim di stabilire una disciplina autonoma, separata e distinta dalle scienze naturali. Storicamente, il termine sociologia medica apparve per la prima volta in un articolo del 1884, ma la disciplina si affermò come campo specifico più tardi, negli Stati Uniti degli anni Quaranta (Cockerham, 2017). In questo contesto, grazie ai finanziamenti dedicati alla ricerca sociosanitaria, la sociologia medica conobbe una rapida espansione, inizialmente concentrata soprattutto sull'applicazione pratica per risolvere problemi concreti. L'evoluzione della disciplina si è manifestata inizialmente in due correnti distinte: da un lato, la sociologia nella medicina, e dall'altro la sociologia della salute. Mentre la prima si concentrava su ricerche applicate e collaborazioni con il corpo medico per la cura dei pazienti o la risoluzione di questioni di salute pubblica, ad esempio investigando sull'eziologia sociale di determinate patologie, la seconda indagava i processi sociali presenti all'interno del contesto medico, come l'organizzazione delle pratiche mediche, le dinamiche dei ruoli, le norme e i valori adottati nella pratica medica (Cockerham, 2017).

Successivamente, la sociologia della salute si distacca dalla medicina innanzitutto mediante l'adozione di una definizione diversificata di salute e malattia. Contrariamente al modello medico che limita la malattia esclusivamente a cause biologiche, i sociologi affermano che la malattia e la salute sono fenomeni sia sociali che biologici, enfatizzando l'autonomia concettuale e metodologica dell'approccio sociosanitario rispetto a quello biomedico (Ardigò, 1997). La maggiore enfasi sui fattori sociali spinge la sociologia della salute a riconoscere sempre più il ruolo di attori estranei al campo medico nell'influenzare la salute di individui e popolazioni, e parallelamente a focalizzarsi su strategie preventive e terapeutiche diverse da quelle mediche. Ciò include, ad esempio, l'importanza di interventi di cambiamento sociale, controllo ambientale ed educazione sanitaria.

L'evoluzione dei paradigmi interpretativi fa sì che la sociologia della salute analizzi aspetti della salute attraverso un'ottica multidimensionale con lo scopo di «contestualizzare gli eventi patologici e le loro caratteristiche emergenti entro un ambito problematico, che si estende al di là delle sole

componenti bio-organiche» (Giarelli e Vignera, 2004, p.20) studiando quindi come la complessità sociale della vita umana influisca sulla salute e il benessere individuale e collettivo.

In Italia, la sociologia della salute nacque sul finire degli anni Settanta con gli studi di Achille Ardigò che vanno sotto il nome di *Medical sociology* (Giarelli, 2004). Il contributo di Ardigò nel primo numero programmatico de *L'Arco di Giano* merita attenzione per la sua definizione della disciplina, che egli caratterizza come ancora in una fase nascente e intende la sociologia della salute come la

«Sociologia applicata allo studio e alla ricerca dei fenomeni umani o sociali concernenti la salute, la malattia, la disabilità psico-fisica e l'organizzazione delle cure sanitarie» (1993, p.142)

Oggi la sociologia della salute è un campo dinamico che comprende una pluralità di prospettive e affronta molteplici temi. Le diverse tappe — dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978), che ha posto le basi della salute come diritto universale, alla Carta di Ottawa (1986), che ha introdotto il concetto di promozione della salute, fino ai più recenti Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (2015) — mostrano come la salute e i suoi determinanti siano l'effetto di una costruzione sociale, legata a pratiche sociali, relazionali e culturali.

Essa, in breve, è un ambito di studio che si focalizza sull'analisi dei fattori sociali e culturali che influenzano il benessere e la salute della popolazione. Si può affermare quindi che il compito della sociologia è quello di identificare i determinanti sociali della salute e di analizzare le possibilità di migliorare la salute o di prevenire e ritardare l'insorgenza di malattie attraverso interventi mirati a livello sociale, politico ed economico.

L'impiego di metodologie di ricerca volte a valutare l'impatto di diversi fattori sulla salute (tra cui la condizione socioeconomica, la povertà e le disuguaglianze sociali e culturali) risulta fondamentale per una comprensione approfondita delle dinamiche che influenzano il benessere della popolazione e si configurano come un elemento chiave nella promozione della giustizia sociale, garantendo che la salute sia considerata un diritto universale accessibile a tutti, indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche (Spitler, 2001). Compito della sociologia è quello di integrare due approcci distinti: uno ampio che affronta le radici socioculturali della salute, considerando contesti socioeconomici, culturali e ambientali; e uno più ristretto che si concentra sui fattori di rischio individuali, come gli stili di vita e i comportamenti personali (*ivi*). È cruciale trovare un equilibrio tra questi due approcci per garantire un'efficace promozione della salute e prevenzione delle malattie su scala globale.

A fronte di quanto esposto, esplorare la questione delle disuguaglianze sociali in tema di salute implica affrontare la sfida fondamentale dell'analisi sociologica, che potrebbe essere considerata la questione primaria che ha dato origine e input a questa disciplina.

Dal punto di vista sociologico, la salute può essere vista come l'efficacia del sistema biopsicologico, ossia il sistema specializzato nella riproduzione biologica delle popolazioni, nel mantenimento delle condizioni fisiche e psicologiche degli individui, che siano in generale ben adattate alle esigenze degli altri sistemi sociali come il politico, il culturale ed economico (Gallino, 2008). Inoltre, contribuisce alla formazione di identità individuali attraverso ruoli socialmente stabiliti ed integrati, che a loro volta rendono l'azione sociale collettivamente ordinata e prevedibile (Haslam *et al.*, 2009; Gallino, 2008). La salute rappresenta quindi una condizione fondamentale perché gli altri sistemi sociali, come quelli economici, socioculturali e politici, possano prosperare. Riscontriamo una definizione simile quando consideriamo la salute da una prospettiva individuale:

«La salute rappresenterebbe la pre-condizione perché una persona abbia piena capacità di misurarsi con la realtà, al fine di realizzare sé stessa in modo proporzionale ai valori, ai compiti, ai bisogni, alle aspirazioni, alle potenzialità individuali che essa si pone, all'interno di un contesto sociale che avanza delle domande e introduce dei vincoli che la persona deve poter negoziare efficacemente» (Costa *et al.*, 1998, p.34)

In sociologia, secondo la spiegazione strutturalista delle disuguaglianze sociali nella salute, la determinante più significativa è costituita dalla posizione sociale dell'individuo. Storicamente, il contributo pionieristico all'indagine sul legame tra povertà e salute è rappresentato dall'analisi condotta da Friedrich Engels nel 1845 sullo stato delle classi lavoratrici in Inghilterra (Cipolla, 2004). Come evidenziato da Maturo (in Cipolla, 2004), Engels si dedicò a raccogliere e categorizzare una vasta quantità di dati, in gran parte derivanti da osservazioni partecipanti. Tale sforzo gli permise di dedicare numerose pagine alle condizioni di vita della classe operaia inglese, approfondendo aspetti come le condizioni abitative, la struttura dei quartieri, il livello di nutrizione, l'abbigliamento, i ritmi di lavoro e le modalità pratiche con cui il lavoro veniva svolto. Engels prestò particolare attenzione alle malattie che colpivano questa classe sociale, alle cause di mortalità e alle scarse risorse mediche a loro disposizione per curarsi. Le ricerche contemporanee sullo stesso tema, spesso in stretta relazione con l'epidemiologia sociale, si concentrano sul legame tra lo status socioeconomico e le condizioni di salute (come evidenziato da Costa *et al.*, 2009). Elementi quali il reddito, il grado di istruzione, la tipologia di istruzione e l'appartenenza a specifiche classi sociali vengono identificati come i principali fattori responsabili delle disparità nei livelli di salute. Tali differenze sociali sono comunemente associate a ineguaglianze nella salute con fattori socioeconomici che svolgono un ruolo significativo nell'influenzare la salute, ma non sempre sono in grado di spiegare completamente il processo che porta all'insorgenza delle ineguaglianze. Prendiamo ad esempio il ruolo e gli effetti del livello di istruzione sulla salute. Le ricerche empiriche indicano che, in generale, le persone con un livello di istruzione più elevato tendono a godere di una migliore salute (Cutler *et al.*, 2008). Tuttavia, è importante notare che la migliore salute può essere attribuita anche, e in alcuni casi principalmente, ad altri fattori. Un livello di istruzione superiore consente alle persone più istruite di gestire in modo più efficace le informazioni relative all'accesso ai servizi sanitari e alle scelte di comportamento che influenzano positivamente la salute (come gli stili di vita). Link e Phelan (1995, in Sarti 2006) affermano che le condizioni sociali sono cause fondamentali delle malattie. Lo stesso Luciano Gallino (1987) afferma che osservando i comportamenti umani in relazione alla *regola biologica* del preservarsi in salute si notano importanti anomalie dovute all'influenza dei sistemi economico, politico e soprattutto socioculturale. Nel momento in cui a differenti stati di salute sono associate condizioni sociali avverse, la variabilità nella salute diviene disuguaglianza nella salute.

1.2.1 Determinanti sociali della salute ed equità sanitaria: modelli concettuali e implicazioni per la promozione del benessere

Considerare la salute come un fenomeno sociale mette in luce gli aspetti strettamente connessi ai temi della giustizia sociale. Di conseguenza, l'equità in salute assume il ruolo di criterio e principio guida, con un approccio che abbraccia i diritti umani come percorso per raggiungere tale equità.

Il collegamento tra i diritti umani, non solo a livello individuale ma anche associati alle storiche lotte dei soggetti più vulnerabili, costituisce un quadro operativo nel quale si realizza il principio di equità in salute. Nel 1948, la Costituzione della World Health Organization (WHO, 1948) fece propria la

considerazione circa l'impatto delle condizioni sociali e politiche sulla salute, sottolineando la necessità di un'azione intersettoriale che coinvolgesse più dimensioni micro, meso e macrosociali quali la produzione, l'ambiente, l'educazione, il welfare sociale, e le condizioni di vita ed abitative. Tuttavia, dagli anni Cinquanta prevalsero approcci basati sulle tecnologie mediche e azioni verticali focalizzate su specifiche malattie.

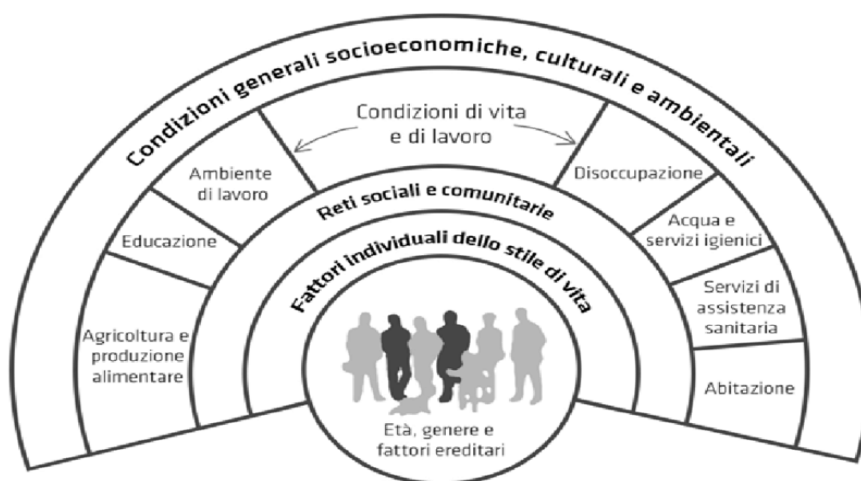
Come anticipato nel 1§, un approccio di tipo sociale si manifestò nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata sulla *Primary Health Care* e l'obiettivo concomitante di raggiungere la salute per tutti (*Health for All*). Tale dichiarazione ribadì la necessità di potenziare l'equità in salute mediante l'intervento su condizioni sociali di base attraverso programmi intersettoriali.

Da qui nacque l'interesse e lo studio per i *Social Determinants of Health* (SDH), ovvero, quei fattori non medici che influenzano i risultati sanitari e includono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano e includono ciò che modella le condizioni della vita quotidiana (WHO, 2007). Sono fattori che, nel bene o nel male, possono determinare disuguaglianze nella salute dei cittadini e tensioni sociali e, pertanto, tema cruciale sia per la sanità pubblica a livello europeo che per gli obiettivi di sviluppo sostenibile posti nell'Agenda 2030.

La World Health Organization, parlando dei determinanti che incidono sul benessere individuale e in particolar modo sullo stile di vita elencano fattori quali: il reddito e la protezione sociale, il titolo di studio, l'insicurezza alimentare, gli alloggi, accesso ai servizi di base e l'ambiente (WHO, 1999, 2002, 2022). In breve, i determinanti sociali della salute includono l'ambiente sociale, economico, territoriale, culturale che interagisce con le caratteristiche e i comportamenti dell'individuo: questi insieme condizionano e in parte determinano la qualità della salute della popolazione.

Il modello di Dahlgren e Whitehead (1991), illustrato nella Figura 2, è stato precedentemente utilizzato in modo significativo per fornire un quadro concettuale che solleva interrogativi fondamentali riguardo ai diversi livelli di influenza sulla salute e alla complessa interconnessione dei fattori che li caratterizzano. Il modello, noto anche come “*The Rainbow Model*”, rappresenta una mappa delle relazioni tra l'individuo, il suo ambiente e lo stato di salute.

Figura 2. I determinanti della salute.
Fonte: Dahlgren and Whitehead (1993)



Come evidenziato dalla letteratura scientifica (Bambra *et al.*, 2010), il modello identifica chiaramente l'individuo come elemento centrale, considerando fattori come età, genere, predisposizione ereditaria,

un sistema biologico complesso con caratteristiche genetiche uniche che possono influenzare la sua salute. Il primo livello dei determinanti riguarda il comportamento e lo stile di vita dell'individuo, che possono influenzare significativamente la sua salute. Questi comportamenti includono l'abitudine al fumo e all'alcol, le scelte alimentari e sessuali e l'attività fisica. Tali scelte sono influenzate da numerosi fattori, tra cui quelli inerenti la dimensione sociale e variano individualmente.

Tuttavia, l'individuo non vive isolato, ma interagisce con la famiglia, gli amici e la comunità circostante. Ciò è rappresentato dal secondo livello del modello, ovvero quello sociale e comunitario, caratterizzato da influenze e modelli sociali che possono fornire sostegno reciproco ai membri della comunità in situazioni sfavorevoli o, viceversa, contribuire a creare uno svantaggio. Infatti, le relazioni sociali e gli affetti influenzano la qualità della vita dell'individuo e possono avere un impatto sulla sua salute (Marmot e Wilkinson, 2005; Berkman e Glass, 2000; Cohen e Wills, 1986, Kawachi e Berkman, 2001). Ciò può avvenire attraverso meccanismi psicologici, come la depressione e l'ansia, o attraverso condizioni materiali, come il supporto familiare o sociale disponibile.

In breve, il secondo anello mostra come gli individui sono profondamente influenzati dai modelli circostanti e dalle norme prevalenti nella loro comunità.

Il livello più esterno dei determinanti riguarda l'ambiente di vita e di lavoro dell'individuo, che comprende una serie di fattori che possono influenzare la sua salute. Questi includono il reddito, l'occupazione, l'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i trasporti e il traffico, nonché l'accesso ai servizi sanitari e sociali. Tali fattori possono avere un impatto significativo sulla salute dell'individuo e possono variare a seconda delle circostanze socioeconomiche e ambientali. In sintesi, il modello di Dahlgren e Whitehead rappresenta un importante strumento concettuale per esplorare le diverse sfaccettature che influenzano la salute, riflettendo l'interazione complessa tra individuo, contesto sociale e fattori strutturali. Questa comprensione approfondita è cruciale per affrontare le sfide della disuguaglianza nella salute e della promozione della salute. Si può affermare, quindi, che le disuguaglianze nella salute si manifestano sia tra gli individui che tra diversi gruppi di popolazione e regioni geografiche.

Secondo Margaret Whitehead (1990), le iniquità nella salute possono essere definite in base a tre caratteristiche fondamentali: la loro natura sistematica, la loro origine sociale e la loro ingiustizia intrinseca. In primo luogo, esse si manifestano in modo sistematico, ossia seguono schemi ricorrenti e prevedibili all'interno delle società, colpendo in modo sproporzionato determinati gruppi di popolazione. In secondo luogo, hanno un'origine sociale, poiché derivano da fattori strutturali e socioeconomici. Infine, queste disuguaglianze sono intrinsecamente ingiuste, in quanto non derivano da scelte individuali o da fattori biologici inevitabili, ma sono il risultato di dinamiche sociali ed economiche che potrebbero essere mitigate o eliminate attraverso politiche pubbliche e interventi mirati.

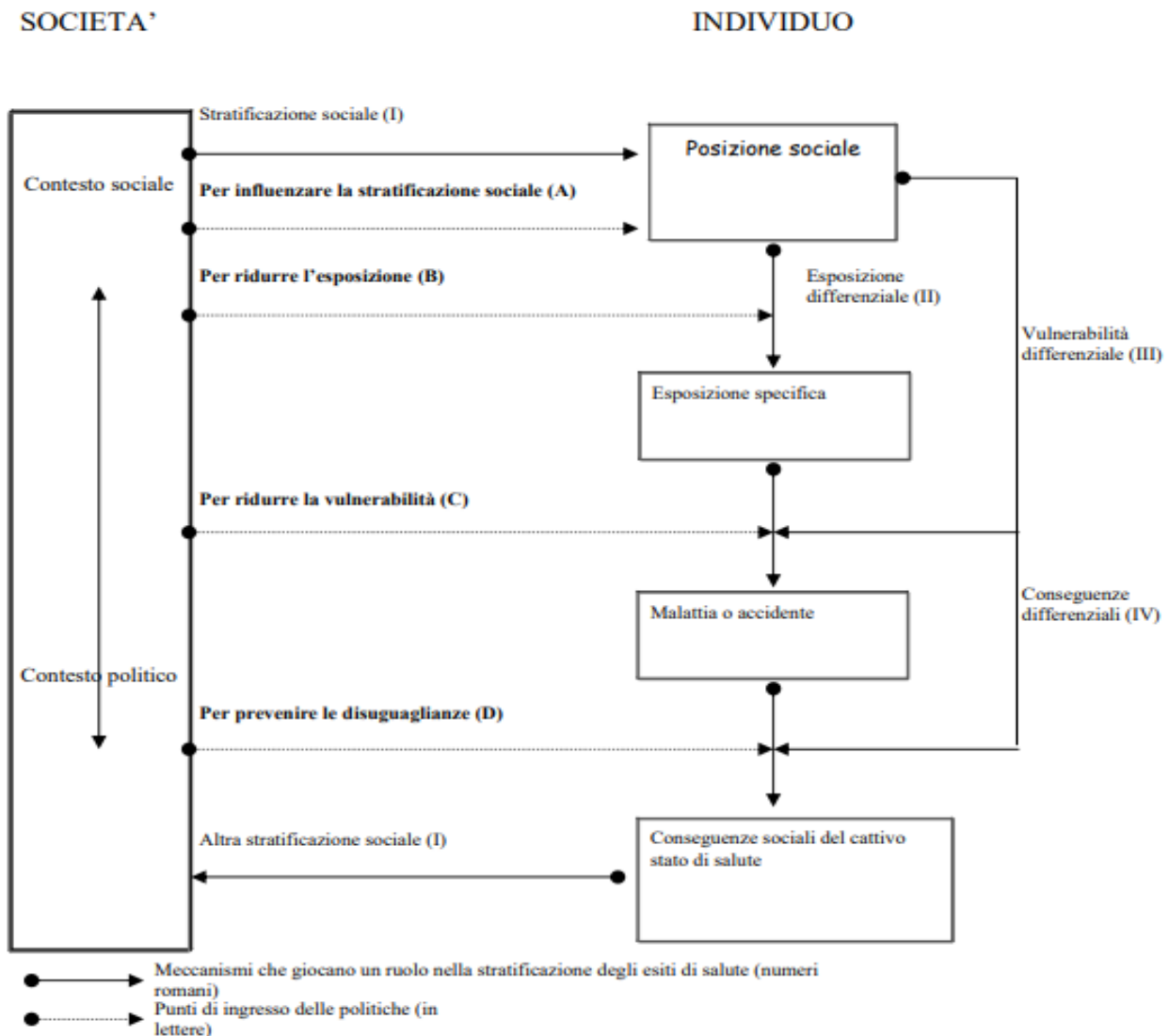
Le variazioni nella salute ancora oggi non sono casuali, e confermano una distribuzione costante all'interno della società, con una maggiore prevalenza tra le popolazioni socioeconomicamente svantaggiate. Il concetto di iniquità denota un'asimmetria morale ed etica, indicando disuguaglianze che sono considerate ingiuste perché non necessarie e potenzialmente evitabili e quindi sono prodotte principalmente da fattori sociali anziché biologici. Ciò indica che la struttura sociale può essere modificata per ridurre tali disparità. Tuttavia, alcuni contestano il ruolo dell'ingiustizia sociale nel creare tali disuguaglianze, enfatizzando invece il concetto di libero arbitrio e responsabilità individuale nella determinazione dello stato di salute. Il dibattito ruota attorno al ruolo dello stile di vita e alla percezione delle scelte individuali come risultato di fattori personali o circostanze imposte

e ingiuste. Mentre alcuni attribuiscono le disuguaglianze nella salute a scelte personali, altri vedono tali scelte come fortemente influenzate da contesti sociali e economici svantaggiati.

Nel Rapporto *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* conclusivo prodotto il 28 agosto 2008 dalla *Commission on Social Determinants of Health* (Csdh) viene proposto un modello concettuale che trae ispirazione dal modello di Finn Diderichsen (Figura 3). Il modello causale di Diderichsen offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni dove, non solo sono inquadrati i fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), ma anche quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle disuguaglianze nella salute). La Figura 3 evidenzia i fattori hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere. Il contesto sociale e politico insieme alla posizione socioeconomica rappresentano i *determinanti strutturali* e impattano sulla salute delle persone influenzando la distribuzione dei *determinanti intermedi* (condizioni materiali come la disponibilità di acqua e cibo adeguato; le condizioni socio-ambientali e psicosociali; i comportamenti individuali come abitudine a fumo, alcol, attività fisica; i fattori biologici non modificabili; il sistema sanitario di riferimento).

Figura 3. Modello di Diderichsen

Fonte: *Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview* (Mackenbach *et al.* 2003)



Di conseguenza, l'interconnessione tra le condizioni sociali e la salute è così stretta che il livello delle disuguaglianze nella sfera sanitaria rappresenta un indicatore cruciale dell'impatto delle disuguaglianze sociali ed economiche sulla vita delle persone.

Prima di agire in base alla conoscenza dei determinanti sociali della salute, per affrontare le questioni di equità nella sfera sanitaria bisogna affrontare due sfide specifiche: la tendenza alla deriva dello stile di vita e l'eccessiva focalizzazione sull'assistenza sanitaria (come sottolineato da Hunter *et al.*, 2009). La deriva dello stile di vita fa riferimento alla tendenza della sanità pubblica a concentrarsi sui comportamenti individuali, quali il fumo, la dieta, il consumo di alcol e droghe, che indubbiamente contribuiscono alle disuguaglianze di salute (*ivi*). Tuttavia, questa concentrazione spesso trascura i fattori che determinano tali comportamenti, ovvero le radici profonde delle disuguaglianze.

Il contributo della sociologia nell'analisi dei meccanismi di costruzione e preservazione della salute è di grande rilevanza, soprattutto in virtù delle indagini condotte da un autorevole sociologo della salute, noto come Aaron Antonovsky. Nel suo testo *Health, Stress and Coping* (Antonovsky, 1979) per rispondere alla domanda *what are the origins of health?* idea il *Salutogenic Model of Health* (SMH) per rintracciare le cause e le fonti della salute. Il paradigma salutogenico, o salutogenesi,

rappresenta un approccio nelle scienze della salute, e in altri ambiti, che si focalizza sul benessere anziché sulla malattia (patogenesi). La salutogenesi si definisce come le origini della salute, derivando dal latino *Salus*, che significa Salute, e dal greco 'Genesis', che significa origine o inizio.

Antonovsky elaborò una teoria che suggerisce che la percezione individuale della propria vita influenzi positivamente o negativamente la salute. Nel 1971, l'autore presentò i risultati di uno studio epidemiologico (Antonovsky *et al.*, 1971) condotto su un gruppo di donne israeliane sopravvissute ai campi di concentramento durante l'Olocausto. Nonostante le esperienze traumatiche, alcune di loro mantennero una buona salute mentre altre no. Tali differenze furono la spinta per Antonovsky nel formulare la teoria salutogenica, concentrandosi inizialmente sulla relazione tra classe sociale e salute e successivamente si rivolse all'impatto dello stress sulla salute (Antonovsky *et al.*, 1987).

La teoria della salutogenesi postula che salute e malattia siano parte di un continuum multidimensionale con due estremi distinti: uno rappresentato dalla salute e l'altro dalla malattia. Questo approccio concettuale evita la categorizzazione degli individui come completamente sani o completamente malati, enfatizzando invece che ogni individuo si muove verso il polo della salute o della malattia all'interno di questo continuum. Tale concetto supera la tradizionale dicotomia salute versus malattia del modello biomedico, facilitando l'identificazione dei fattori che favoriscono il progresso verso il polo della promozione della salute. In breve, il modello SMH dà avvio a un nuovo approccio alla salute e ha l'obiettivo di capire in che modo l'individuo può diventare più sano o meno malato ponendo al centro lo studio dell'origine della salute. In quest'ottica Antonovsky ritiene che l'integrazione della conoscenza della salute sia fondamentale per la cura di sé stessi e, l'interrogativo che i ricercatori debbano individuare sono le cause di salute. In particolare, il modello SMH è incentrato sull'idea che la salute risulta dalle continue interazioni della vita quotidiana tra l'individuo e gli inevitabili fattori di stress sociali, economici, culturali, fisici, mentali e biochimici (Antonovsky, 1996). Al fine di sintetizzare i concetti centrali della salutogenesi (Figura 4), due sono i pilastri principali (Eriksson, 2017): le *risorse di resistenza generalizzata* (*Generalised resistance resources* - GRRs) e il *senso di coerenza* (*Sense of Coherence* – SOC).

Le GRRs si riferiscono a quelle risorse che le persone sono in grado di utilizzare e riutilizzare per la propria salute e, che, assicurano maggiori opportunità nell'affrontare le sfide della vita. Si differenziano in due tipi:

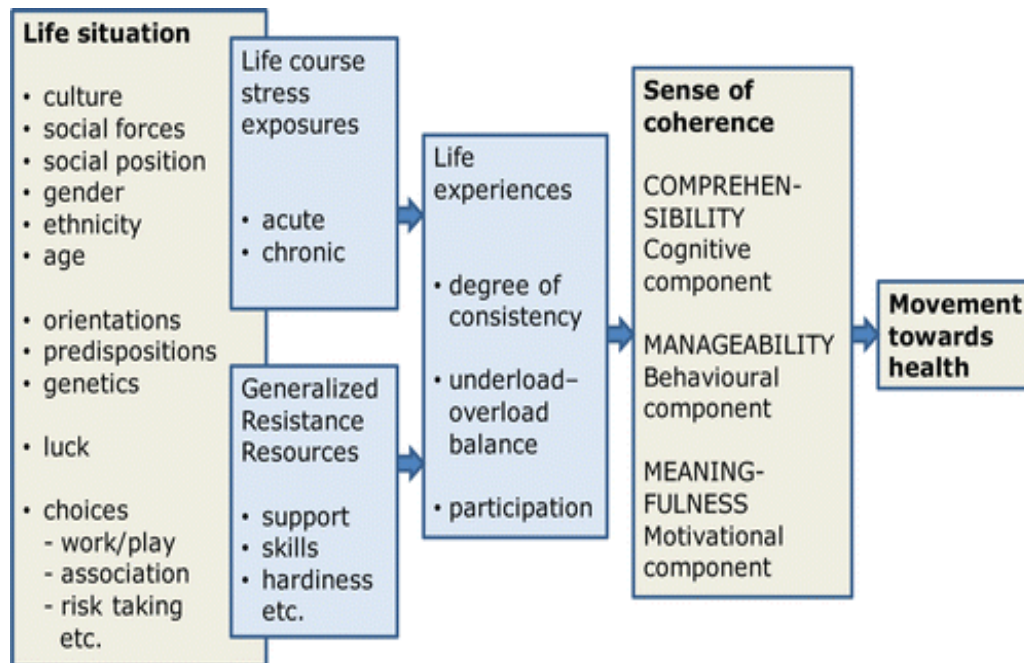
- *interne*, come ad esempio i fattori biologici e le capacità vitali e psicosociali che rendono più facile alle persone la percezione della loro vita come un insieme coerente, strutturato e comprensibile;
- *esterne*, si riferiscono al denaro, la conoscenza e la cultura, l'esperienza, il sostegno sociale, le tradizioni, le ideologie, etc.

Il SOC indica la capacità dell'individuo di percepire che si può gestire qualsiasi situazione in modo indipendente da qualunque altra cosa stia accadendo nella nostra vita. È l'orientamento del soggetto a muoversi verso il mondo ed è una risorsa che permette alle persone di identificare e mobilitare le loro risorse interne ed esterne per promuovere la propria salute.

Infatti, secondo Antonovsky la capacità di saper usare le proprie risorse di resistenza è basata sul proprio senso di coerenza e si correla positivamente agli esiti di salute e di qualità di vita.

Il SOC può essere misurato quantitativamente e, un SOC più forte è solitamente associato a una migliore salute (sia mentale che fisica) (Lindström e Eriksson, 2005) e ad un'alimentazione più sana (Ray *et al.*, 2009; Swan *et al.*, 2018).

Figura 4. Il modello di Antonovsky (1996).
Fonte: Bull *et. al.*, 2013



La spiegazione di Antonovsky riguardante il *continuum* sanitario e l'approccio salutogenico ha suscitato grande interesse nel mondo scientifico, portando ad una vasta ricerca nei campi della sociologia medica, della psicologia e della sanità pubblica. Lui, sosteneva che la salutogenesi dovesse costituire le basi teoriche per lo sviluppo, il test e l'implementazione di piani e pratiche che migliorano la salute e il benessere. In particolare, ha proposto tre approcci per raggiungere questo obiettivo:

1. Guardare i dati in modo diverso: anziché concentrarsi solo su coloro che hanno sviluppato un problema, investigare le ragioni del successo di coloro che mantengono uno stato di salute positivo e cercare di comprendere i motivi di tale successo.
2. Convincere professionisti e ricercatori a investigare i fattori associati al successo, non solo quelli correlati ai problemi di salute.
3. Favorire la formazione di ipotesi uniche per spiegare i risultati desiderati, anziché limitarsi a ipotizzare le cause dei problemi¹⁰.

Un elemento di rilevante interesse scientifico, strettamente connesso al modello della salutogenesi, è rappresentato dall'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*).

L'alfabetizzazione sanitaria è generalmente definita come la capacità di acquisire, comprendere, valutare e applicare informazioni sanitarie di base al fine di compiere scelte consapevoli riguardo alla propria salute (Nutbeam, 2000). Evidenze empiriche dimostrano che individui dotati di un elevato

¹⁰ Dopo la sua morte, nel 2005, il Programma di Ricerca sulla Promozione della Salute presso il Centro di Ricerca Folkhälsan di Helsinki, Finlandia, ha intrapreso l'ambizioso compito di esplorare il potenziale dell'approccio salutogenico. Questo sforzo ha coinvolto la raccolta e l'analisi sistematica di studi da tutto il mondo centrati sulla salutogenesi. Gli iniziatori di questo programma avevano già collaborato con Antonovsky stesso negli anni '80 e hanno lavorato per approfondire la comprensione della salutogenesi. Attraverso una ricerca sistematica delle fonti principali e il dialogo con altri ricercatori, è emerso un quadro aggiornato e completo dell'area di ricerca. Nel 2007, l'Unione Internazionale per la Promozione e l'Educazione alla Salute ha incaricato il Centro di Ricerca Folkhälsan di coordinare la ricerca sulla salutogenesi su scala globale. Da allora, è stato condotto un costante esame sistematico della letteratura scientifica, consentendo un'analisi più approfondita del potenziale dell'approccio salutogenico.

livello di alfabetizzazione sanitaria tendono a privilegiare fonti informative autorevoli, come i professionisti della salute, e sono più inclini a intraprendere comportamenti promotori di benessere, tra cui l'adozione di una dieta equilibrata, la pratica regolare dell'attività fisica e l'aderenza alle terapie mediche prescritte (Berkman *et al.*, 2011; Ratzan, 2011).

Al contrario, una scarsa alfabetizzazione sanitaria è spesso correlata all'uso prevalente di fonti non qualificate, come i social media o siti web privi di validazione scientifica, con conseguenti errori decisionali e adozione di comportamenti potenzialmente nocivi per la salute.

In particolare, il web ha completamente trasformato le modalità di accesso alle informazioni sanitarie. Sebbene l'accesso immediato alle risorse online abbia il potenziale di aumentare la consapevolezza sanitaria, l'affidamento a fonti non verificate può facilitare la diffusione di disinformazione e pratiche non basate sull'evidenza scientifica. Studi, come quello di Chou *et al.* (2011), evidenziano che la consultazione di contenuti online senza una valutazione critica delle fonti aumenta il rischio di esposizione a miti e raccomandazioni sanitarie spesso errate, non adatte e, pericolose. Inoltre, la diffusione di fake news e delle teorie del complotto, frequentemente veicolate attraverso i social, costituisce una minaccia per la salute pubblica, poiché riduce la fiducia nella scienza medica e ostacola l'adozione di comportamenti protettivi come la vaccinazione (Lewandowsky *et al.*, 2012).

Nel quadro teorico elaborato da Antonovsky, l'alfabetizzazione sanitaria può essere classificata tra le risorse di resistenza generalizzata (GRRs), in quanto fornisce agli individui strumenti indispensabili per affrontare in maniera efficace gli inevitabili stressori che caratterizzano la vita quotidiana. L'alfabetizzazione sanitaria quindi non si esaurisce nella comprensione di terminologie mediche o nell'adesione a istruzioni terapeutiche, bensì si estende all'integrazione di competenze cognitive, sociali e funzionali che abilitano l'individuo a orientarsi in un contesto complesso, adottando comportamenti informati e sviluppando una maggiore capacità di controllo sulle situazioni legate alla salute. Tale competenza, in un'ottica salutogenica, contribuisce al rafforzamento del senso di coerenza (SOC), concetto cardine nella teoria di Antonovsky. Un SOC solido si traduce nella percezione della propria esistenza come comprensibile, gestibile e significativa, aumentando la resilienza personale di fronte agli eventi critici.

1.3 Stili di vita e salute

Il concetto di stile di vita ricopre un ruolo significativo all'interno della ricerca scientifica e tradizionalmente è stato impiegato come un concetto descrittivo o analitico inerente alle problematiche di stratificazione sociale. Un esempio in tal senso è rappresentato dall'analisi di Veblen (1899), il quale delineò come gli stili di vita fungessero da strumenti di rappresentazione di classe all'interno della classe agiata. In modo analogo, Karl Marx integrò lo stile di vita all'interno della sua definizione di classi sociali (Marx, 1867, *tr. it.* 1964). Infatti, secondo Marx, le classi esistevano quando milioni di famiglie vivono in condizioni economiche che differenziano i loro stili di vita, interessi ed educazione da quelli delle altre classi.

Attualmente, si osserva un notevole interesse della ricerca scientifica sugli stili di vita, sia all'interno della teoria sociologica che nell'ambito dell'epidemiologia sociale. Fuchs (1986) afferma che, al di là di un livello piuttosto basso nella fornitura di cibo, igiene e assistenza sanitaria di base, è lo stile di vita individuale a causare la maggiore variazione nella salute. Negli anni, l'evidenza accumulata grazie alla letteratura scientifica, dimostra in maniera sempre più chiara gli effetti dannosi associati a caratteristiche dello stile di vita come, ad esempio, il consumo eccessivo di alcol, il fumo e le abitudini alimentari poco salutari (Zanjani *et al.*, 2015; Palomo *et al.*, 2014; Lazarou *et al.*, 2009; Johansson *et*

al., 1999; Aceijas *et al.*, 2017; Gilis, 1993). Inoltre, si rilevano disuguaglianze sociali di gruppi con caratteristiche omogenee che conducono stili di vita più rischiosi (Balía e Jones, 2008; Dieker *et al.*, 2019). Data l'importanza di considerare i comportamenti e le attitudini legati alla salute come componenti integrali dell'esperienza sociale complessiva di un individuo, si riconosce ampiamente oggi la rilevanza di un concetto di stile di vita nell'ambito dell'epidemiologia. Gli stili di vita e la salute sono quindi due concetti intrinsecamente collegati che influenzano in modo significativo la qualità della vita delle persone e delle comunità in tutto il mondo (Cockerham 1997, 2005; Marmot 2005). Lo stile di vita è definibile come l'insieme di comportamenti e abitudini di un individuo che ne rivelano le peculiarità della via quotidiana (Adaškevičienė e Strazdienė, 2013) o ancora come «l'insieme dei pattern di condotte collegate alla salute derivanti dalle scelte fra le opzioni disponibili alle persone sulla base delle loro opportunità di vita» (Cockerham *et al.*, 1997, p.165). Secondo la teoria di Cockerham (1997), gli stili di vita sono il prodotto di un'interazione dinamica tra l'azione individuale e i fattori strutturali e si manifestano nell'interconnessione tra le scelte di salute adottate a livello individuale e un insieme di opportunità, condizionate strutturalmente, tra cui selezionare. Questo approccio, che deriva dal concetto bourdieusiano di *Habitus*, suggerisce che è dall'interazione dei due livelli che si sviluppano gli stili di vita, i quali possono influenzare positivamente o negativamente la salute individuale. Esaminare la salute da una prospettiva del corso di vita è vantaggioso per comprendere come, sin dalla nascita, vantaggi e svantaggi sociali, culturali ed economici si accumulino nel tempo, portando a differenze significative nello stato di salute tra i diversi individui. Eventi o circostanze vissute durante l'infanzia e l'età adulta possono influenzare la mortalità e, in generale, le possibilità di invecchiare in buona salute (Burton-Jeangros, *et al.*, 2015). Nelle scienze sociali, il concetto di stile di vita costituisce uno strumento di grande utilità e viene esplorato secondo un sistema integrato di comportamenti individuali o collettivi da leggersi ed interpretarsi sulle basi di valori, credenze ed atteggiamenti, oltre che in ragione dei condizionamenti derivanti da variabili quali genere, età, status (Faggiano, 2007). Su questa scia, gli stili di vita rappresentano un vero e proprio punto d'incontro e di interazione tra la complessa traiettoria di vita di un individuo o di una comunità. Questa traiettoria è formata da una serie di pensieri e azioni quotidiane, influenzate dai vari capitali umani, economici, sociali e culturali di cui le persone dispongono ed è plasmata dall'ambiente sociale in cui si vive e si fa riferimento, oltre che dalle correnti socioculturali, comprese quelle di natura religiosa, che animano la cultura nelle diverse epoche della storia di una società (Heiman *et al.*, 2004).

Assodato che i diversi determinanti socioculturali e i fattori come lo stress, l'ambiente urbano o rurale hanno un'influenza sulla salute, la domanda da porsi è cosa si intenda con stile di vita salutare.

Gochman (1982; 1997), nel libro *Handbook of Health Behaviour Research*, sottolinea che i comportamenti salutari sono «modelli comportamentali manifesti, azioni e abitudini relative al mantenimento della salute, al suo ripristino e al suo miglioramento» (1997, p. 3).

Le decisioni relative all'alimentazione, all'attività fisica, al consumo di sostanze nocive come il tabacco e l'alcol, e ai comportamenti legati al benessere emotivo influenzano direttamente il nostro stato di salute e il rischio di sviluppare malattie croniche come l'obesità, le malattie cardiache e il diabete. Si afferma quindi che uno stile di vita sano e la sua pratica quotidiana possa rafforzare e migliorare le riserve del corpo, migliorare la salute e la qualità della vita (Proškuvienė, 2004).

Il sociologo Erving Goffman, sebbene non abbia studiato direttamente gli stili di vita, ha esaminato come le persone si comportano e si presentano nelle interazioni sociali. Nel suo libro *The presentation of self in everyday life* del 1959, ha proposto la teoria del teatro sociale sostenendo che le interazioni sociali sono come performance teatrali, in cui le persone interpretano ruoli specifici nelle diverse

situazioni sociali e cercano di gestire l'immagine che gli altri hanno di loro. Questa gestione delle impressioni è importante per creare un'immagine sociale di sé stessi. Il suo lavoro offre quindi un'idea preziosa su come le persone presentano e costruiscono il loro comportamento quotidiano in base alle aspettative sociali. Ciò può essere collegato all'idea di stili di vita, che riguarda i modelli di comportamento e le scelte di vita di un individuo, inclusi quelli legati alla salute, al benessere e all'identità. In particolare, nel suo saggio *Symbols of class status* (1951) utilizza i termini *status*, *posizione* e *ruolo* indistintamente in riferimento a quell'insieme di diritti e di doveri che disciplinano il comportamento degli individui che agiscono in una determinata capacità sociale. Per sua natura, un simbolo di status non solo riflette lo status sociale del suo produttore, ma incarna anche il suo stile di vita e i valori culturali. Oltre a fungere da indicatore di posizione sociale, può anche comunicare l'identità e le preferenze del suo creatore, soddisfacendo così le esigenze emerse dal suo contesto sociale specifico. Le persone che si trovano nella stessa posizione sociale spesso sviluppano modelli comportamentali simili, che diventano rappresentativi della loro condizione all'interno della società. Questi comportamenti includono le abitudini, le scelte di consumo, le attività ricreative e altre pratiche quotidiane e, pertanto, ogni elemento che compone il comportamento delle persone è un simbolo della loro posizione sociale.

Nella prospettiva di Weber (1922) la nozione di condotta di vita si riferisce alla dimensione della scelta individuale, mentre le opportunità di vita sono associate alla probabilità di realizzare tali scelte (Cockerham *et al.*, 1997). Tale concezione sottolinea l'interconnessione tra le azioni individuali e il contesto sociale in cui si verificano. Gli stili di vita, quindi, non possono essere ridotti esclusivamente alla volontà individuale e alla rappresentazione di sé, ma sono influenzati da una serie complessa di fattori che includono il contesto sociale circostante. Questi fattori condizionanti incorporano le decisioni individuali all'interno dei più ampi contesti sociali, sottolineando l'importanza di comprendere le dinamiche interattive tra l'individuo e la società. Il contesto sociale può essere esaminato da molteplici prospettive, ma fondamentalmente si manifesta come una rete intricata di risorse vitali per il benessere quotidiano. Le risorse comprendono non solo le condizioni materiali di vita, come il reddito e l'accesso ai servizi sanitari, ma anche i fattori sociali come le reti di relazioni interpersonali (Cipolla, 2004). Inoltre, il contesto sociale riflette la visione complessiva dell'individuo sulla vita, inclusi i valori culturali, le credenze e le aspirazioni personali. È importante sottolineare che il contesto sociale non è omogeneo e che esistono disparità significative nell'accesso alle risorse vitali.

Le differenze socioeconomiche, le disuguaglianze di genere e le disparità etniche sono solo alcune delle variabili che influenzano la distribuzione e l'accessibilità delle risorse sociali e materiali all'interno di una comunità. Su questa scia l'interazione e la relazione tra stili di vita e contesto sociale rivela la complessità delle interazioni umane e sottolinea l'importanza di considerare sia le dimensioni individuali che quelle sociali nella comprensione dei comportamenti umani e del benessere complessivo della società.

Secondo Giddens (2004), gli stili di vita rappresentano un insieme integrato di pratiche adottate dagli individui per tradurre in forma tangibile una specifica concezione della propria identità. Pertanto, dal punto di vista del sociologo, l'assunzione di stili di vita non è determinata in modo inconscio, bensì attraverso un processo di riflessione e scelta consapevole, guidato da una coscienza pratica, tra le molteplici opzioni di vita disponibili. Tuttavia, l'ampiezza delle opzioni a disposizione degli individui dipenderà dalla disponibilità di risorse, creando disparità in cui alcune persone hanno un vasto ventaglio di possibilità mentre altre ne hanno poche.

Inoltre, Giddens (2004) argomenta che in un contesto sociale sempre più post-tradizionale, il processo di costruzione degli stili di vita diventa sempre più significativo per la costruzione dell'identità personale degli individui. Una prospettiva condivisa da numerosi studiosi sugli stili di vita è che viviamo in una società post-tradizionale orientata al consumo, in cui il consumismo, il gusto individuale e gli stili di vita assumono un ruolo sempre più preponderante nella configurazione sociale (Cockerham, 2005). Per Giddens (1991), la proliferazione delle scelte su come condurre la propria vita, significa che «non solo seguiamo stili di vita, ma in un senso importante siamo costretti a farlo - non abbiamo altra scelta che scegliere¹¹» (p.81).

Uno stile di vita è «un insieme più o meno integrato di pratiche che un individuo abbraccia per dare forma materiale a una particolare narrazione dell'auto-identità» (*ibidem*).

Una volta scelti, gli stili di vita non sono immutabili ma riflessivamente aperti al cambiamento alla luce della natura mobile dell'auto-identità (*ivi*). Il sociologo britannico sostiene che nella società moderna, l'importanza dello stile di vita si accentua. Infatti, con il declino dell'influenza della tradizione e la ridefinizione della vita quotidiana attraverso un dinamico e continuo scambio tra locale e globale, gli individui si trovano ad affrontare una gamma diversificata di scelte di stile di vita.

Pierre Bourdieu – sociologo e antropologo francese – condivide una visione analoga a quella di Giddens. Anche lui sottolinea che una considerevole porzione della nostra vita quotidiana si svolge in modo automatico e routinaria attraverso la coscienza pratica. Nel suo quadro teorico, Bourdieu (1984; 2018; 2021) mette in evidenza il ruolo centrale degli stili di vita come indicatori di posizione sociale e come campo di battaglia per il potere nella società.

Egli sostiene che la realtà sociale oggettiva sia più rilevante delle dimensioni soggettive, implicando che la coscienza e le intenzioni individuali siano fortemente influenzate dalle circostanze di vita specifiche e dalla posizione sociale. Inoltre, concepisce la posizione sociale come una serie di posizioni occupate da diverse frazioni di classe, definite e distinte in base al loro patrimonio - che include sia il capitale economico, che quello culturale¹². Il capitale economico e culturale (risorse finanziarie e di istruzione scolastica), non solo determina le condizioni di vita dei gruppi, ma anche il loro status sociale e la loro posizione nella struttura sociale. Tali capitali influenzano la formazione degli stili di vita salutari, che, come delineato da Cockerham (2005) come delinea nella sua teoria degli stili di vita salutari, sono modelli collettivi di comportamento correlati alla salute basati su scelte di vita tra le opzioni disponibili alle persone in base alle loro condizioni di vita o alle loro posizioni di classe.

Ciò significa che le risorse economiche e culturali influenzano sia il livello materiale della vita che il senso di identità e posizione nella gerarchia sociale. Di conseguenza, secondo Bourdieu, gli stili di

¹¹ Le traduzioni dei passaggi tratti da questo testo sono state realizzate per l'occasione. Versione di riferimento: https://books.google.it/books/about/Modernity_and_Self_Identity.html?id=Jujn_YrD6DsC&redir_esc=y

¹² I capitali di Bourdieu forniscono una cornice concettuale per comprendere i diversi tipi di risorse che un individuo può sfruttare per ottenere vantaggi sociali. Il capitale sociale si riferisce alle reti sociali, alle relazioni e alle connessioni di un individuo, comprese le cerchie di amici, i gruppi di appartenenza e le reti online. Queste relazioni possono offrire accesso a risorse, opportunità e supporto sociale. Il capitale culturale riguarda la conoscenza, l'istruzione e le competenze di un individuo, acquisite attraverso l'educazione formale, l'esperienza e le connessioni culturali. Include la formazione accademica, le credenziali professionali e le abilità acquisite durante la vita lavorativa. Questo tipo di capitale può influenzare l'accesso a posizioni sociali di prestigio e opportunità lavorative. Il capitale economico si riferisce alle risorse finanziarie e materiali di un individuo, come proprietà, reddito e capacità di investimento. Questo tipo di capitale fornisce potere economico e può influenzare lo status sociale e le opportunità di mobilità. Il capitale simbolico riguarda l'onore, il prestigio e il riconoscimento sociale associato a un individuo. Questo può derivare da risultati eccezionali in campi specifici, come la ricerca scientifica, l'arte o lo sport, o da posizioni di leadership o eroismo. Il capitale simbolico può contribuire alla costruzione di una reputazione e al rafforzamento della posizione sociale di un individuo all'interno della comunità.

vita non sono altro che il risultato dell'*Habitus*¹³, definito come principio generatore e organizzatore «di pratiche e rappresentazioni che possono essere oggettivamente adattate al loro scopo senza supporre la visione cosciente dei fini e il dominio esplicito delle operazioni necessarie per ottenerli» (Bourdieu, 1980, pp. 88). In breve, l'*Habitus* agisce come una struttura che guida e orienta le azioni degli individui generando e determinando le pratiche e i gusti delle persone. Lo stesso *Habitus* rappresenta l'internalizzazione dell'esperienza sociale di un individuo nel contesto in cui vive. Tali esperienze determinano una predisposizione a comportarsi e pensare in modi coerenti con l'esperienza vissuta e orientano così i processi decisionali e le azioni dell'individuo in varie situazioni sociali (1984). L'*Habitus* di un individuo è plasmato dalle condizioni sociali e dalla posizione sociale in cui si sviluppa e, di conseguenza, può funzionare efficacemente in contesti sociali simili, ma può risultare meno adeguato in altri contesti sociali. Secondo Cockerham (2005), esso funge da mappa cognitiva o insieme di percezioni che costantemente guida e valuta le scelte e le opzioni di una persona. L'*Habitus* modula le interazioni tra l'individuo e il contesto sociale, influenzando i pensieri, le percezioni e le azioni coerenti con le circostanze in cui si sviluppa. In sostanza, l'*Habitus* si forma all'interno delle posizioni sociali degli individui e contribuisce alla perpetuazione delle strutture sociali esistenti, incluso gli stili di vita.

Questo processo connette l'azione individuale alla struttura sociale, offrendo una comprensione approfondita dei meccanismi attraverso i quali gli individui adottano e mantengono specifici stili di vita. Il concetto di gusto, inteso come la propensione e la capacità di appropriarsi (materialmente e simbolicamente) di una determinata classe di oggetti o pratiche classificate e classificanti, costituisce la formula generativa dello stile di vita. Questo insieme unitario di preferenze distintive esprime la stessa intenzione espressiva nella specifica logica di ogni spazio simbolico, che può includere aspetti come arredamento, abbigliamento, linguaggio o gestualità corporea. Ogni aspetto dello stile di vita simboleggia e interagisce con gli altri, creando così un sistema complesso di significati e distinzioni. La teoria sociologica di Pierre Bourdieu fornisce l'occasione per esplorare lo stile di vita come una varietà simbolica di capitale, sottolineando l'importanza della pratica quotidiana e della sua logica nell'organizzazione della vita sociale.

Nella Tabella 2 vengono sintetizzate alcune tra le principali teorie e i concetti fondamentali relativi agli stili di vita.

Tabella 2. Teorie e concetti chiave sugli stili di vita

Fonte: elaborazione propria

Dimensione	Teorici/Fonti	Concetti Chiave
Stili di vita e rappresentazione sociale	Veblen (1899)	Consumo e status sociale come segni distintivi di classe
	Marx	Le differenze economiche determinano comportamenti e abitudini
	Goffman (1951, 1959)	Vita quotidiana come performance sociale
Stili di vita e salute	Fuchs (1986)	Lo stile di vita influisce sulla salute oltre l'accesso a risorse di base
	Ricerca Medica	Rischi legati ad alcol, fumo, dieta poco salutare (Zanjani et al., 2015; Palomo et al., 2014; ecc.)
	Gochman (1982; 1997)	Comportamenti salutari come pratiche intenzionali

¹³ “*Habitus is a system of dispositions, that is of permanent manners of being, seeing, acting and thinking. Or a system of long-lasting (rather than permanent) schemes or schemata or structures of perception, conception and action*” (Bourdieu, 2002, pp. 27-28). “*Systems of durable, transposable dispositions, structured structures predisposed to function as structuring structures, that is, as principles which generate and organize practices and representations that can be objectively adapted to their outcomes without presupposing a conscious aiming at ends or an express mastery of the operations necessary in order to attain them*” (Bourdieu, 1977, pp. 72).

Stile di vita come interazione individuo-fattori strutturali	Cockerham	Stili di vita come interazione dinamica tra azioni individuali e fattori strutturali
	Bourdieu (1980, 1984)	Habitus: schemi interiorizzati che guidano azioni, percezioni e scelte in modo pre-riflessivo, modellati dalle condizioni sociali di origine
	Weber (in Cockerham Et Al., 1997)	opportunità di vita legate a condizioni socioeconomiche
	Giddens (1991, 2004)	Riflessività: scelte consapevoli e continue nella costruzione dell'identità e dello stile di vita nella modernità.
Stili di vita e disuguaglianze sociali	Bourdieu (1984, 2018, 2021)	Disuguaglianze di capitale culturale ed economico
	Giddens (1991-2004)	disuguaglianze nelle opportunità di adottare stili di vita sani
	Ricerche multidisciplinari (Balía e Jones, 2008; Dieker Et Al., 2019)	disuguaglianze sociali e stili di vita rischiosi; influenza delle aree urbane su stili di vita e salute pubblica

La tabella 2 sollecita a riflettere sul fatto che il concetto stile di vita riveli una complessità intrinseca e multidimensionale per cui si rende necessario un approccio integrato e interdisciplinare.

Le opere di Veblen e Marx pongono le basi per l'analisi sociologica degli stili di vita, mentre la ricerca contemporanea amplia tali nozioni, includendo fattori sanitari e comportamentali e sottolineando la necessità di un approccio olistico che tenga conto delle molteplici influenze e interazioni tra individuo e società. In tal senso, la prospettiva di Cockerham, che integra azione individuale e fattori strutturali, fornisce una visione dinamica e complessa di come gli stili di vita influenzino la salute. Le teorie di Bourdieu e Giddens offrono spunti critici su come le strutture sociali e le risorse disponibili influenzino le scelte di stile di vita. Bourdieu, in particolare, con il concetto di *Habitus*, sottolinea come le predisposizioni culturali e sociali plasmino le preferenze e i comportamenti individuali.

Giddens offre una lettura critica della modernità, dove l'individuo è costantemente chiamato a scegliere tra diverse opzioni di stile di vita. Tale processo di scelta, però, non è completamente libero, ma è condizionato dalle risorse disponibili e dalle strutture sociali. La riflessività nella costruzione degli stili di vita, evidenziata da Giddens, indica che gli individui sono sempre più consapevoli delle loro scelte e delle implicazioni che queste hanno sulla loro identità e sul loro benessere. Tuttavia, tale capacità di fare scelte consapevoli è distribuita in modo diseguale, suggerendo la necessità di interventi educativi e strutturali per migliorare la capacità di tutti gli individui di fare scelte salutari. Le tre dimensioni – di rappresentazione sociale, di interazione individuo fattori strutturali e di implicazioni sociali e disuguaglianze – in questo lavoro sono considerate elementi fondamentali per delineare una nuova definizione di stile di vita sano. A partire dalla precedente revisione della letteratura proposta si suggerisce una possibile definizione di stile di vita come un insieme di comportamenti e abitudini quotidiane che riflettono la rappresentazione sociale dell'individuo e di comunità. Esso, è influenzato dall'interazione tra scelte personali e fattori strutturali, con implicazioni significative per la salute e le disuguaglianze sociali. Questa interazione è influenzata dal capitale economico, culturale e sociale di cui l'individuo dispone, nonché dalle disposizioni acquisite attraverso esperienze sociali e culturali (*Habitus*).

Si ipotizza quindi che i comportamenti di salute siano parti integranti di pratiche comportamentali più ampie e complesse, che variano a seconda dei contesti specifici. Il concetto esposto, pur essendo qui ridisegnato sia come esperienza soggettiva sia come fenomeno influenzato da fattori strutturali, consente all'individuo di esercitare il proprio posizionamento e di evitare l'adesione senza riflettere a regole predefinite. In effetti, l'individuo può sviluppare la propria capacità autonoma di

riorganizzazione e adattamento all'ambiente, sperimentando come il mantenimento di una buona salute implichi una relazione dinamica e talvolta conflittuale con l'ambiente esterno.

L'approccio riconosce l'importanza delle risorse personali e delle capacità di far fronte alle difficoltà, suggerendo che il benessere individuale è il risultato di un'interazione continua tra l'individuo e il contesto socio-ambientale, caratterizzata da tensioni e conflitti che richiedono adattamenti e riorganizzazioni costanti.

1.3.1 Il ruolo della nutrizione e dell'attività fisica

I modelli di comportamento associati agli stili di vita sono soggetti a cambiamenti e adattamenti nel tempo, influenzati dalle dinamiche sociali e ambientali (Mulder *et al.*, 1998). Tali modelli sono costantemente riesaminati e reinterpretati all'interno delle relazioni sociali e delle varie situazioni in cui le persone si trovano coinvolte, come la scuola, il lavoro, il gruppo di pari, le attività nel tempo libero e l'ambiente di vita (*ivi*). L'idea che lo stile di vita di un individuo abbia un impatto significativo sulla sua salute, sia in senso positivo che negativo, implica il riconoscimento di un ambito in cui è possibile intervenire direttamente ed efficacemente.

Ad esempio, la letteratura scientifica ed epidemiologica (WHO, 2022; James, 2008; Moore *et al.*, 2017; Pi-Sunyer 2002, James *et al.*, 2001) attribuisce all'insorgenza dell'obesità una genesi multifattoriale, poiché questa condizione è il risultato dell'interazione tra un regime alimentare eccessivo o inadeguato e un livello ridotto di attività fisica (o di fattori che possono essere amplificati dalla predisposizione genetica e familiare). Gli impatti di tali condizioni non sono solamente rilevanti dal punto di vista epidemiologico ed economico, ma coinvolgono anche diversi aspetti del tessuto sociale (Williams *et al.*, 2015; Moore *et al.*, 1962; Cahnman, 1968).

In ogni contesto culturale e temporale, l'analisi dei fenomeni alimentari assume un ruolo fondamentale nelle considerazioni relative alla fisiologia e alla salute corporea. Questo poiché l'alimentazione può agire sia come un efficace agente protettivo per la salute umana, sia come un significativo fattore di rischio. In questo contesto, l'alimentazione e l'attività fisica/sportiva si configurano come elementi centrali all'interno degli stili di vita, influenzando in modo significativo la salute e il benessere a lungo termine. Tali dimensioni, strettamente interconnesse, contribuiscono alla definizione di abitudini quotidiane che incidono sulla prevenzione delle patologie, sulla qualità della vita e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, rendendo necessarie strategie di intervento integrate e multidisciplinari.

-L'alimentazione ha rappresentato un elemento fondante nello sviluppo delle prime forme di comunicazione e organizzazione sociale. Fin dall'antichità, l'uomo, come ogni altra specie, ha interagito con l'ambiente naturale per garantirsi la sopravvivenza, muovendosi in un equilibrio precario tra predazione e vulnerabilità. Il modello del cacciatore-raccoglitore, caratterizzato da spiccate capacità cognitive e un'innata propensione all'esplorazione, ha segnato le prime fasi dell'evoluzione umana (Lèvi-Strauss, 1976).

Col tempo il cibo continua a rappresentare un elemento essenziale del patrimonio culturale, non solo in quanto insieme di prodotti determinati da fattori climatici e storici, ma anche per il ruolo centrale che la cucina svolge nell'identità di un paese o regione. Ciò, ad esempio, segue un'architettura gastronomica ben definita, caratterizzata da regole, tecniche e tradizioni codificate nel tempo. Il modo in cui ci alimentiamo, dunque, non è solo una necessità biologica, ma un'espressione dell'identità culturale di una comunità e si articola attraverso un complesso sistema di codificazioni che regolano

l'alimentazione in termini di norme, rituali, tabù e tradizioni (Poulain, 2013; Poulain, 1997; Montanari e Flandri, 2016; Corposanto e De Francesco, 2016).

Tali strutture simboliche e sociali influenzano la percezione di ciò che viene considerato alimento all'interno di una determinata società, restringendo e definendo le categorie di ciò che è ritenuto commestibile e accettabile nel contesto culturale di riferimento.

Ai fini della ricerca, è fondamentale considerare come le scelte alimentari non siano semplicemente determinate da esigenze nutrizionali, ma si inscrivano in un più ampio contesto di valori culturali, sociali ed economici. In questo quadro, il comportamento del consumatore alimentare rappresenta un ambito di studio di particolare rilevanza, poiché riflette l'interazione dinamica tra alimentazione e stili di vita, influenzata da molteplici fattori psicologici, socioeconomici e culturali. Ciò è stato ampiamente indagato nella ricerca scientifica, con un costante arricchimento della letteratura attraverso nuove prospettive, metodologie innovative e approcci interdisciplinari. Questo corpus di studi mette in evidenza la complessità e la natura multifattoriale delle scelte di acquisto e di consumo, sottolineando l'interazione dinamica tra alimentazione e stili di vita (Santos, 2022; Stephenson et al., 2018; Murcott, 2002, McIntosh, 1996). Nella letteratura scientifica sulle scelte di consumo alimentare, particolare attenzione è stata dedicata al crescente interesse per gli alimenti biologici e salutari, considerati indicatori di stili di vita orientati al benessere e alla sostenibilità (Ross *et al.*, 2020; Potischman, 2003; Gibney *et al.*, 2013; Moreno *et al.*, 2008; Cashman, 2007). Numerose rassegne sistematiche e studi a livello internazionale hanno approfondito questo tema, evidenziando come le decisioni di acquisto siano influenzate da una complessa interazione di fattori psicologici, socioeconomici e culturali (Behrman, 1996; Strauss, 1998; Owe e Corfe, 2017). Questi fattori contribuiscono a modellare le preferenze alimentari, riflettendo un'evoluzione nei comportamenti di consumo in risposta a una maggiore consapevolezza dei benefici per la salute e dell'impatto ambientale delle scelte alimentari.

Senza aspirare a un'analisi esaustiva né alla realizzazione di una rassegna sistematica sul tema, si intendono qui presentare alcuni spunti di riflessione emersi dalla letteratura, con particolare riferimento a quattro ambiti di indagine rilevanti.

Un primo filone di ricerca si concentra sulla caratterizzazione del profilo del consumatore attraverso l'analisi delle variabili sociodemografiche ed economiche, ritenute determinanti nell'influenzare le scelte di acquisto e consumo. Tali studi esplorano il ruolo di fattori quali età, genere, livello di istruzione, zona residenziale, reddito e appartenenza socioculturale nel modellare le preferenze e i comportamenti di consumo alimentare (Fahlman *et al.*, 2010; Smith e Brunner, 1997; Beydoun e Wang, 2008; Popkin, 1999).

Un secondo filone di ricerca si distingue per l'ampiezza e la profondità dei contributi scientifici dedicati all'analisi delle motivazioni e delle attitudini che guidano le scelte di consumo di alimenti più salutari e sostenibili. Numerosi studi hanno esplorato in dettaglio i fattori che influenzano tali decisioni, indagando non solo la loro natura, ma anche l'intensità del loro impatto sul comportamento del consumatore. Tra gli elementi chiave emergono la percezione della qualità dei processi produttivi e dei prodotti, i valori individuali, l'attenzione alla salute e il collegamento con diverse patologie, così come la sensibilità verso la tutela ambientale e il benessere animale (Alsaffar, 2016; Finley *et al.*, 2017; Dwivedi *et al.*, 2017; Keding *et al.*, 2013; White e Brown, 2010).

Questi aspetti si intrecciano in un quadro decisionale complesso e multidimensionale, dove considerazioni etiche, psicologiche e culturali si sovrappongono e si influenzano reciprocamente. Tale ricchezza di prospettive non solo evidenzia la profondità del fenomeno, ma ne sottolinea la

rilevanza nel più ampio dibattito sulla sostenibilità e sulle trasformazioni dei modelli di consumo contemporanei.

Un terzo filone di ricerca, strettamente connesso al precedente, si concentra sull'analisi delle correlazioni tra il consumo di alimenti bio e a km0 e la sensibilità ambientale. Sebbene quest'ultima sia talvolta considerata nel secondo ambito di studi come uno dei molteplici determinanti del comportamento di acquisto biologico, questa linea di ricerca si propone di verificare in modo più specifico se la scelta di alimenti biologici possa essere interpretata come un'espressione di uno stile di vita complessivamente orientato alla sostenibilità (Dernini e Berry, 2015; Burlingame e Dernini, 2011; Donini *et al.*, 2016; Newson *et al.*, 2013; Berry, 2019, Nordin *et al.*, 2013).

In questa prospettiva diversi lavori evidenziano una correlazione tra il consumo di prodotti biologici e l'adozione di altri comportamenti di consumo responsabile, come la pratica della raccolta differenziata e la riduzione dell'uso di imballaggi inquinanti. Tali risultati suggeriscono che le scelte alimentari non siano isolate, ma si inseriscano all'interno di un più ampio sistema di valori e pratiche sostenibili (Ketelsen *et al.*, 2020; Lindh *et al.*, 2016).

Nel contesto italiano, ma non solo, la dieta mediterranea assume un ruolo di particolare rilevanza, sia dal punto di vista nutrizionale che culturale e ambientale. Infatti, come riconosciuto nella dichiarazione dell'UNESCO (2010):

“La Dieta Mediterranea costituisce un insieme di abilità, conoscenze, pratiche e tradizioni che spaziano dal paesaggio alla tavola, che comprendono le coltivazioni, il raccolto, la pesca, la conservazione, lavorazione, la preparazione e, in particolare, il consumo degli alimenti. [...]. Tuttavia, la Dieta Mediterranea (dal greco *diaita*, o stile di vita) riguarda di più che i semplici alimenti. Essa promuove l'interazione sociale, dal momento che i pasti comuni rappresentano la pietra angolare delle usanze sociali e degli eventi festivi. Essa ha dato origine a un considerevole corpo di conoscenze, canzoni, massime, racconti e leggende. Si tratta di un sistema radicato nel rispetto per il territorio e la biodiversità, e garantisce la conservazione e lo sviluppo delle attività tradizionali e artigianali legate alla pesca e all'agricoltura nelle comunità mediterranee [...]. Le donne rivestono un ruolo particolarmente vitale nella trasmissione delle competenze, nonché della conoscenza di rituali, gesti e celebrazioni tradizionali, e nella salvaguardia delle tecniche.”

dalla Decisione 5.COM 6.41 adottata a Nairobi il 16.11.2010

Dalla dichiarazione è possibile notare come oltre ad essere un regime dietetico salutare, la dieta mediterranea rappresenta un vero e proprio sistema di valori e pratiche sostenibili, in cui le scelte alimentari si intrecciano con dinamiche sociali, economiche e ambientali. Numerosi studi hanno infatti evidenziato come l'adozione di questo modello alimentare sia spesso associata a una maggiore consapevolezza ecologica e a comportamenti responsabili, come la riduzione dello spreco alimentare, la preferenza per prodotti locali e stagionali e una minore impronta ecologica complessiva.

Diversi autori (Dernini e Berry, 2015; Burlingame e Dernini, 2011; Donini *et al.*, 2016) propongono una classificazione dei profili di consumatori della dieta mediterranea, evidenziando come le differenze tra di essi siano correlate non solo a fattori demografici e alla percezione della sicurezza alimentare, ma anche al livello di attenzione dedicato alle problematiche ambientali.

Tali evidenze suggeriscono che l'adesione alla dieta mediterranea possa essere interpretata come una manifestazione di un più ampio atteggiamento di responsabilità ecologica e sociale, sottolineando l'interconnessione tra le scelte alimentari e le pratiche salutari e di sostenibilità.

Nel lavoro di ricerca, la dieta mediterranea sarà assunta come punto di riferimento per l'analisi delle pratiche alimentari, al fine di indagare il suo ruolo nella promozione di modelli di consumo sostenibili e orientati al benessere.

-Per l'attività fisica/sportiva, si può affermare che essa ha sempre occupato un ruolo centrale nella vita dell'individuo e della collettività, assumendo diverse forme e significati nel corso della storia. Fin dalle epoche più remote, in ogni civiltà e area geografica, l'essere umano ha dedicato una parte significativa del proprio tempo a pratiche motorie strutturate, quali l'addestramento militare, le competizioni sportive, la ginnastica, le attività termali, i giochi, i tornei e le danze. Sebbene tali attività rispondessero a finalità differenti—dalla preparazione fisica alla socializzazione e al rafforzamento dei legami comunitari—il movimento corporeo ha sempre rappresentato un elemento chiave dello sviluppo umano (Mandell, 1984; Struna, 2000).

In epoca moderna, il progresso della ricerca scientifica ha permesso di consolidare una comprensione più approfondita dell'impatto dell'attività fisica sulla salute e sul benessere globale dell'individuo. Numerosi studi hanno dimostrato che una pratica motoria regolare non solo favorisce l'ottimizzazione della funzionalità dei diversi apparati fisiologici, ma contribuisce in maniera significativa alla promozione della qualità della vita e alla prevenzione di patologie cronico-degenerative (WHO, 2010; Khan *et al.*, 2012; Machemehl e Sirost, 2011; White *et al.*, 2009; Paluska e Schwenk, 2000; Landers e Arent, 2007; Bouchard *et al.*, 2012; Powell *et al.*, 2011; Anokye *et al.*, 2012; Hallal *et al.*, 2006; Blair e Morris, 2009).

Oltre ai benefici sul piano fisico, l'attività fisica svolge un ruolo chiave anche sul benessere psicologico e sociale, incidendo positivamente sulla gestione dello stress, sull'autostima e sulla fiducia in sé stessi (Taylor, 2003; Stults-Kolehmainen e Sinha, 2014; Vilhjalmsson e Thorlindsson, 1998). Inoltre, essa rappresenta un mezzo efficace per favorire la socializzazione e l'inclusione sociale, modificando le abitudini quotidiane e incentivando l'interazione con gli altri (Wankel e Berrger, 1990; Coalter, 2005; Martin, 2013; Giampaoli *et al.*, 2021). La partecipazione ad attività motorie strutturate consente, infatti, di acquisire nuove competenze, rafforzare le reti sociali e sperimentare esperienze gratificanti che contribuiscono al miglioramento del benessere psicofisico complessivo (Blair *et al.*, 2001). L'evidenza scientifica attuale supporta quindi l'idea che l'attività fisica non sia solo uno strumento di prevenzione e cura, ma anche un elemento chiave per il rafforzamento del capitale sociale e per il miglioramento della qualità della vita.

È fondamentale chiarire il concetto di attività fisica, spesso soggetto a interpretazioni riduttive o parziali. Questo termine, infatti, comprende qualsiasi forma di movimento corporeo eseguito nei diversi contesti della vita quotidiana.

La World Health Organization (WHO, 2020) fornisce una definizione precisa, affermando che l'attività fisica comprende qualunque movimento corporeo prodotto dal sistema muscolo-scheletrico che richiede una spesa energetica e può essere compiuta ad intensità variabili, come parte di un lavoro, di faccende domestiche, di spostamenti, durante il tempo libero, o quando si partecipa ad esercizi o attività sportive.

Di conseguenza, l'attività fisica non si limita esclusivamente alla pratica sportiva, ma si manifesta in numerosi aspetti della vita quotidiana, includendo azioni come camminare, correre, andare in bicicletta, viaggiare, svolgere attività lavorative e partecipare a momenti ricreativi. Affinché questi movimenti possano contribuire in modo significativo al benessere psicofisico, è essenziale che siano svolti con regolarità, per una durata adeguata e a un'intensità sufficiente.

L'attività fisica può essere classificata in strutturata e non strutturata, a seconda del grado di pianificazione e finalizzazione dell'esercizio. L'attività fisica non strutturata comprende i movimenti spontanei e abituali della vita quotidiana, come camminare, svolgere mansioni domestiche o attività lavorative che comportano un dispendio energetico. L'attività fisica strutturata, invece, si identifica

con l'esercizio fisico, inteso come un'attività pianificata, ripetitiva e intenzionale, finalizzata al miglioramento della condizione fisica e della performance motoria (Caspersen *et al.*, 1985). Quest'ultimo concetto è strettamente connesso a una dimensione più ampia, ovvero quella dello sport, una pratica che, rispetto all'esercizio fisico, presenta un carattere competitivo e normato. Secondo la definizione fornita dalla Carta Europea dello Sport (1992, p. 3) lo sport è:

qualsiasi forma di attività fisica che, attraverso una partecipazione organizzata o non, abbia per obiettivo l'espressione o il miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali o l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli.

Questa definizione evidenzia il ruolo dello sport non solo come pratica agonistica, ma anche come strumento di socializzazione, espressione personale e miglioramento psicofisico. Pertanto, lo sport non si limita esclusivamente alla dimensione competitiva, ma rappresenta anche un veicolo di benessere, inclusione e crescita personale, risultando determinante nel modellare stili di vita attivi e salutari. L'importanza dell'attività fisica e dello sport come determinante fondamentale per la salute e il benessere dell'individuo è ormai consolidata e supportata da un'ampia evidenza scientifica. A tal punto che le principali istituzioni sanitarie internazionali e nazionali, tra cui WHO (2020), hanno sviluppato linee guida e strategie mirate alla promozione dell'attività fisica in tutte le fasce d'età. Queste raccomandazioni (un esempio in Figura 5) non solo riconoscono l'attività fisica come uno strumento essenziale per il mantenimento dello stato di salute negli individui sani, ma ne evidenziano anche il ruolo chiave nella prevenzione e gestione delle patologie croniche, con particolare riferimento ai soggetti a rischio. L'integrazione di programmi di attività fisica nella popolazione rappresenta dunque un obiettivo prioritario per le politiche sanitarie, finalizzato alla riduzione dell'incidenza di malattie non trasmissibili e al miglioramento della qualità della vita a livello globale.

Figura 5 Linee guida WHO (2020) per l'attività fisica e la prevenzione della sedentarietà

Fonte: sportesalute.eu



Ovviamente le attività sedentarie si caratterizzano per un dispendio energetico estremamente ridotto, spesso inferiore a quello dello stato di riposo. Tra le persone che conducono uno stile di vita

sedentario, con assenza di ore dedicate alla pratica sportiva e/o all'attività fisica, gli studi dimostrano che persiste un aumento dei tassi di obesità o sovrappeso (Biddle *et al.*, 2003), una maggiore esposizione a problemi cardiovascolari, ipertensione e una minore densità ossea (Rey-López *et al.*, 2008; Patrick *et al.*, 2004; Ricciardi *et al.*, 2014;). Infatti, l'inattività fisica è considerata come un fattore di rischio della salute, intendendo per fattore di rischio

«un aspetto del comportamento personale o stile di vita, un'esposizione ambientale, o una caratteristica congenita o genetica che, sulla base di evidenza epidemiologica, si sa essere associato con una condizione negativa di salute la cui prevenzione è considerata importante» (Last, 2001, p.160).

La ricerca di una vita più sana induce quindi adulti e giovani a investire il proprio tempo libero nella pratica sportiva e la scelta dell'allenamento dipende anche dal significato attribuito al valore dato alla salute (Geertz, 1973). All'interno di questo panorama, si riscontrano notevoli trasformazioni che includono la diffusione pervasiva dell'attività fisica e di quella sportiva nella società con un'incidenza crescente nei comportamenti quotidiani e nei modelli di consumo, divenendo di conseguenza un vero e proprio indicatore rilevante del benessere personale. L'incremento della partecipazione della popolazione all'attività fisica rappresenta una delle priorità strategiche per la promozione della salute pubblica e richiede un approccio multisettoriale, basato sulla collaborazione sinergica tra diverse istituzioni e attori sociali. Tale obiettivo implica il coinvolgimento di settori chiave come, l'istruzione, l'urbanistica, i trasporti e le amministrazioni locali, al fine di creare un ambiente favorevole alla diffusione di pratiche motorie accessibili e sostenibili. Infatti, le politiche e gli interventi volti a incentivare l'attività fisica non solo contribuiscono alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e al miglioramento della salute e del benessere della popolazione, ma generano anche benefici socioeconomici rilevanti.

1.3.2 Valori e agire sociale negli stili di vita

Weber (1922, tr. It. 1961) offre un quadro interpretativo fondamentale per comprendere come gli individui strutturano i propri stili di vita attraverso l'agire sociale.

La sociologia si configura come una scienza che si propone di comprendere l'agire sociale mediante un procedimento interpretativo, esplicitandone le connessioni causali (Weber, 1922 tr. it. 1961).

Tale approccio si fonda su una definizione articolata di "agire", inteso come qualsiasi atteggiamento umano dotato di un senso soggettivamente intenzionato. Tuttavia, Weber riconosce che non tutte le forme di contatto umano possono essere classificate come agire sociale. Il confine tra comportamento reattivo e agire dotato di senso è fluido e dipende dall'intenzionalità soggettiva. Per esempio, uno scontro accidentale tra due ciclisti non costituisce agire sociale, a meno che non vi sia un orientamento intenzionale verso l'altro, come un tentativo di evitare il conflitto o un'interazione successiva (Weber, 1961). Questa prospettiva metodologica sottolinea il ruolo centrale dell'interpretazione nella comprensione sociologica. Tuttavia, solleva interrogativi sulla sua applicabilità all'analisi di fenomeni sociali su larga scala o di comportamenti collettivi che non si fondano su un'intenzionalità consapevole, come le dinamiche di mercato o le interazioni mediate dalla tecnologia.

La sociologia, quindi, focalizza la sua analisi sugli atti che sono orientati verso gli altri, distinguendo l'agire "sociale" dalle reazioni causali o comportamenti privi di significato intenzionale.

Weber distingue su due livelli il "senso" dell'agire: il senso soggettivo intenzionato da un individuo in un caso concreto e il senso ideale ricostruito concettualmente (Weber, 1961). Questa distinzione permette di analizzare l'agire umano su due livelli: empirico, attraverso l'osservazione di casi specifici, e teorico, tramite la costruzione di idealtipi.

È importante sottolineare che il sociologo tedesco non attribuisce al senso una validità oggettiva, ma lo interpreta come un criterio di riferimento per la comprensione sociologica e storica.

L'agire sociale descritto da Weber non si limita alle sfere economica o politica, ma si estende agli stili di vita, intesi come espressioni culturali e pratiche che riflettono il senso soggettivamente attribuito dalle persone al loro agire. Il consumo, il risparmio e la produzione non sono semplicemente fenomeni economici, ma processi influenzati da valori sociali e considerazioni rispetto agli altri.

Tale collegamento suggerisce che l'agire sociale sia strettamente legato alla costruzione degli stili di vita, in quanto espressione delle scelte individuali e collettive influenzate da valori e significati condivisi. Di conseguenza, il contributo di Weber risulta particolarmente rilevante per l'analisi delle pratiche culturali e delle dinamiche identitarie contemporanee.

Poiché, nella prospettiva weberiana, l'agire sociale è determinato dal senso che gli individui attribuiscono alle proprie azioni, risulta essenziale comprendere i criteri attraverso cui tale significato viene costruito. In questo contesto, il concetto di valore assume un ruolo centrale nella sociologia, poiché rappresenta il principio normativo che guida le scelte individuali e collettive.

I valori non solo influenzano i processi decisionali e i comportamenti, ma contribuiscono anche a strutturare gli stili di vita, definendo ciò che è percepito come desiderabile, legittimo e moralmente accettabile. In sociologia il concetto di valore assume un significato specifico e distinto: esso non corrisponde all'oggetto dell'interesse individuale, ma al criterio di valutazione, ovvero al principio normativo generale attraverso il quale giudichiamo e approviamo (o disapproviamo) un determinato modo di agire, pensare o sentire. Questo concetto si distingue dalla preferenza, che rappresenta ciò che un individuo desidera o vuole, mentre il valore concerne ciò che è desiderabile, cioè ciò che dovrebbe essere voluto. Per Weber tale distinzione implica una dimensione di natura normativa nella costruzione delle "azioni razionali rispetto al valore" o *Wertrationalität*.

Secondo la letteratura sociologica (Parsons, 1951; Durkheim, 1893), i valori possiedono tre dimensioni fondamentali, analizzabili come segue:

- dimensione affettiva: si riferisce alla componente emotiva del valore, ovvero alla capacità di suscitare attrazione, coinvolgimento o apprezzamento nell'attore sociale.
- dimensione cognitiva: riguarda la consapevolezza e la capacità di giudicare un valore come buono, giusto o esteticamente rilevante. Parsons (1951) hanno analizzato questa dimensione come parte dei sistemi di valori condivisi che regolano l'azione sociale e orientano il comportamento collettivo
- dimensione selettiva: sottolinea il ruolo dei valori nel guidare l'azione sociale, orientando le scelte e fornendo motivazioni per i comportamenti. Durkheim (1893) ha approfondito questo aspetto, sottolineando come i valori collettivi costituiscano un elemento essenziale per la coesione sociale e la stabilità delle istituzioni. Ne consegue che, la dimensione dei valori svolga un ruolo fondamentale nel guidare l'azione sociale, orientando le scelte degli individui e fornendo motivazioni che strutturano i comportamenti. Questo aspetto si radica nell'idea che i valori fungano da criteri per selezionare tra diverse possibilità di azione, contribuendo alla formazione di un ordine sociale condiviso.

Nel suo lavoro *De la division du travail social* (1893), Émile Durkheim ha approfondito il ruolo dei valori, evidenziandone la loro centralità nella coesione sociale.

Egli sostiene che i valori collettivi costituiscano un elemento chiave per mantenere l'integrità delle società complesse, specialmente in un contesto di crescente specializzazione e differenziazione sociale. Egli ha osservato che i valori condivisi fungono da "collante morale", unificando gli individui attorno a un insieme comune di significati, obblighi e aspettative. Durkheim (*ivi*) attribuisce ai valori una funzione regolativa e normativa, che si manifesta attraverso le norme e le istituzioni sociali¹⁴. I valori collettivi, ad esempio, influenzano le regole del comportamento accettabile e le sanzioni per il loro mancato rispetto, contribuendo così alla stabilità e al mantenimento dell'ordine sociale. In questo senso, i valori collettivi non solo orientano le scelte individuali, ma operano come sistemi di riferimento che conferiscono legittimità e coerenza al comportamento sociale.

Nel suo studio "*Le Suicide: étude de sociologie*" (1897), Durkheim evidenzia come il declino dei valori collettivi e della solidarietà sociale, causato da fenomeni come l'anomia, possa generare una crisi di significato e una perdita di orientamento nelle scelte individuali.

Successivamente Talcott Parsons ha sviluppato ulteriormente il concetto di valori collettivi, integrando le intuizioni di Durkheim nel suo schema AGIL (*Adaptation, Goal-Attainment, Integration, Latency*) (Parsons, 1951). Egli sottolinea come i valori svolgano un ruolo cruciale nel processo di integrazione sociale e nell'orientamento degli obiettivi. Parsons sostiene che i valori operino come criteri guida che regolano le decisioni individuali e collettive, allineandole agli obiettivi condivisi dalla società. In particolare, egli attribuisce ai valori il compito di mediare tra il livello personale (micro) e quello istituzionale (macro), facilitando così la coesione e la continuità sociale.

Ne consegue che la dimensione dei valori costituisce un elemento chiave per comprendere la relazione tra comportamento umano e la struttura sociale. Essa si manifesta non solo attraverso la motivazione e l'orientamento delle scelte individuali ma anche attraverso il mantenimento della coesione sociale e la regolazione delle interazioni collettive.

Gli studi di Durkheim hanno evidenziato il ruolo dei valori nella coesione sociale, mentre le teorie di Parsons ne hanno approfondito la funzione nell'integrazione dei sistemi sociali complessi. Questi contributi, insieme agli sviluppi più recenti della sociologia, dimostrano l'importanza della dimensione valoriale nei processi di costruzione e trasformazione delle società moderne.

Più recentemente, Schwartz (1992) ha raffinato il concetto di selettività valori, proponendo un modello universale di dieci tipi di valori fondamentali, tra cui spiccano valori come la tradizione, la sicurezza e l'autodeterminazione. Egli descrive i valori come "guide cognitive" che motivano il comportamento umano e strutturano le priorità nelle scelte individuali. La sua teoria evidenzia come

¹⁴ Le norme rappresentano regole che guidano il comportamento umano nella realizzazione di determinati valori o fini. Esse prescrivono o vietano comportamenti specifici in relazione a obiettivi considerati significativi da una comunità. In questo senso, le norme possono essere concepite come obbligazioni, ossia vincoli che orientano le azioni individuali o collettive. Le norme sociali, in particolare, svolgono un ruolo cruciale nel rendere prevedibile il comportamento altrui entro un insieme limitato di alternative. Questa prevedibilità è essenziale per il funzionamento di qualsiasi società. La loro natura si manifesta pienamente attraverso un meccanismo di sanzioni: il mancato rispetto di tali norme comporta invariabilmente l'imposizione di una conseguenza negativa, che può assumere diverse forme (sociale, economica, legale, ecc.). In ogni società, il rispetto delle norme è assicurato dall'uso, effettivo o minacciato, di sanzioni.

Mentre il concetto di istituzione, nell'ambito delle scienze sociali, viene inteso come un insieme di modelli di comportamento dotati di cogenza normativa in un determinato contesto sociale. Le istituzioni non solo forniscono struttura e continuità alle interazioni umane, ma agiscono come strumenti di regolazione sociale, garantendo che i comportamenti conformi ai valori della società siano rafforzati e riprodotti.

Questa interconnessione tra norme sociali, sanzioni e istituzioni sottolinea il carattere sistemico della regolazione sociale, evidenziando come l'adesione alle norme sia una condizione essenziale per il mantenimento dell'ordine sociale e della coesione all'interno di una comunità.

i valori non siano statici, ma interagiscano con il contesto culturale e sociale, orientando le decisioni individuali in direzioni che riflettono gli imperativi collettivi.

Diversi studi empirici hanno confermato il ruolo dei valori nel modellare le scelte individuali e collettive. In particolare, Inglehart e Norris (2003), nel loro studio sui valori post-materialisti, dimostrano che i valori legati alla sicurezza economica e all'espressione individuale influenzano le scelte politiche, economiche e culturali delle società contemporanee. Tali valori selezionano le priorità degli individui in base alle risorse disponibili e alle esperienze vissute, suggerendo che i valori cambiano in funzione delle condizioni materiali e culturali.

La letteratura sociologica e psicologica evidenzia che la dimensione selettiva dei valori non agisce isolatamente, ma interagisce con altri fattori, come le norme sociali e le credenze personali. Ajzen (1991), con la sua teoria del comportamento pianificato, illustra come i valori, insieme agli atteggiamenti e alle norme soggettive, influenzino le intenzioni e le azioni degli individui, dimostrando che i valori giocano un ruolo cruciale nel motivare comportamenti orientati a obiettivi specifici, come quelli legati alla sostenibilità, alla salute o alla partecipazione sociale.

Nel contesto attuale, il paradigma weberiano offre spunti preziosi per l'analisi degli stili di vita contemporanei, dove l'agire sociale si manifesta in nuove forme di consumo, interazione digitale e scelte identitarie. La costruzione dell'idealtipo può essere applicata, ad esempio, alla comprensione dei "consumatori consapevoli", che orientano le proprie scelte in base a valori etici, ambientali o sociali. Allo stesso modo, la distinzione tra agire dotato di senso e comportamento reattivo potrebbe essere riconsiderata alla luce delle dinamiche dell'automazione e dell'intelligenza artificiale, che influenzano l'agire umano in modi sempre più complessi.

L'approccio di Weber, con il suo focus sull'intenzionalità e sulla costruzione di significati, rimane un punto di riferimento cruciale per la comprensione dei fenomeni sociali, offrendo al contempo una base teorica flessibile per analizzare le trasformazioni degli stili di vita nella società contemporanea. I valori non sono statici ma si evolvono nel tempo e nello spazio in risposta alle trasformazioni sociali, economiche e culturali. Raymond Boudon (1994), ad esempio, ha posto l'accento sulla relazione tra i valori e le strutture sociali, evidenziando come essi siano spesso il risultato di processi razionali e socialmente determinati. Analogamente, Clifford Geertz (1973), nell'ambito dell'antropologia culturale, ha studiato la variabilità dei valori, sottolineando come essi emergano dalle specificità simboliche e dai sistemi di significato propri di ogni società.

L'analisi della dimensione valoriale connessa agli stili di vita salutari e sostenibili è cruciale per comprendere le motivazioni profonde che guidano le scelte individuali e collettive. Gli stili di vita, in particolare quelli orientati al benessere fisico, mentale e ambientale, non possono essere semplicemente ridotti a comportamenti esterni; sono piuttosto espressioni di un sistema di credenze, valori e motivazioni che le persone adottano in base al loro contesto socioculturale.

La teoria dei valori di Schwartz (1992) fornisce un quadro interpretativo utile per comprendere il legame tra valori personali e stili di vita. Egli propone dieci categorie di valori universali, tra cui il benessere, la sicurezza, la tradizione e l'autodeterminazione, che possono aiutare a spiegare la propensione delle persone verso stili di vita più salutari e sostenibili. In questa teoria, i valori legati all'universale (come l'ecologia e la giustizia sociale) e alla benevolenza (ad esempio, l'importanza del benessere degli altri) sono strettamente connessi a pratiche sostenibili e salutari.

La letteratura scientifica evidenzia come valori connessi alla salute siano spesso al centro delle motivazioni che spingono le persone a seguire una dieta equilibrata, praticare attività fisica regolare e adottare pratiche di cura personale.

Rokeach (1973) evidenzia che le credenze e i valori individuali sono i principali motori delle scelte comportamentali, incluse quelle legate alla salute.

In Italia, Spini e Manzi (2009) hanno analizzato il ruolo del valore attribuito alla salute, evidenziando come esso non sia limitato alla prevenzione delle malattie ma si estende a una continua ricerca di benessere fisico e mentale. Tale orientamento si traduce in comportamenti salutari, quali la scelta di alimenti biologici e la riduzione di comportamenti a rischio come il fumo o il consumo eccessivo di alcool.

Le norme sociali giocano un ruolo chiave nel determinare l'adozione di stili di vita salutari. Secondo la teoria del comportamento pianificato di Ajzen (1991), le intenzioni e le azioni degli individui sono influenzate da tre fattori principali: gli atteggiamenti verso un comportamento, le norme soggettive (cioè, ciò che si crede sia socialmente approvato) e la percezione del controllo sul comportamento stesso. In tale contesto, i valori legati al conformismo sociale e alla responsabilità personale possono motivare la scelta di praticare attività fisica o di adottare una dieta più sana (*ivi*).

Gli stili di vita sostenibili sono spesso guidati da valori legati alla tutela ambientale e alla responsabilità intergenerazionale. Secondo la teoria dei valori di Schwartz, principi come l'universalismo e la benevolenza risultano strettamente correlati a comportamenti ecologicamente responsabili, quali il consumo consapevole, il riciclo e la riduzione degli sprechi.

Studi empirici hanno dimostrato che i valori ecologici e la preoccupazione per l'ambiente sono tra i principali motori delle scelte di consumo sostenibile. Grønhøj e Thøgersen (2009) mostrano come i consumatori che attribuiscono grande importanza ai valori di protezione ambientale e di responsabilità sociale siano più propensi ad acquistare prodotti eco-sostenibili e a ridurre il proprio impatto ambientale.

In Italia, Cassia e Ugolini (2015) hanno analizzato come i valori culturali e sociali influenzino l'adozione di stili di vita sostenibili, evidenziando che la solidarietà intergenerazionale e l'attenzione per la qualità della vita siano fondamentali per spiegare la crescente attenzione verso comportamenti ambientalmente responsabili. In particolare, lo studio si focalizza su come i valori culturali e sociali influenzino l'adozione di stili di vita sostenibili ed evidenziano il ruolo della solidarietà intergenerazionale e dell'attenzione per la qualità della vita nella diffusione di comportamenti più rispettosi dell'ambiente. Uno degli aspetti centrali emersi dalla ricerca è il legame tra solidarietà intergenerazionale e l'adozione di stili di vita sostenibili, in cui le generazioni presenti assumono un ruolo attivo nella tutela del benessere delle generazioni future.

Tale principio si basa sulla responsabilità morale e sociale di preservare le risorse naturali e garantire un ambiente sano per i posteri. I comportamenti sostenibili non sono solo una risposta a problemi ambientali contingenti, ma rappresentano una strategia di gestione a lungo termine delle risorse, orientata a preservare la capacità ecologica per le generazioni future, in linea con i principi dello sviluppo sostenibile delineati dalla Commissione Brundtland (1987).

Cassia e Ugolini (2015) evidenziano che molti consumatori italiani adottano comportamenti sostenibili non solo per un senso di responsabilità morale verso le generazioni future, ma anche perché ritengono che tali scelte possano migliorare la loro qualità della vita. Ciò si manifesta, ad esempio, attraverso il consumo di cibi biologici, la riduzione dell'inquinamento e la creazione di spazi verdi nelle aree urbane. In questa prospettiva, la sostenibilità non è percepita unicamente come un dovere etico, ma anche come una strategia per garantire un ambiente più sano e sicuro.

1.3.3 Gli stili di vita sostenibili: tra conoscenza e comportamenti ecologici

Prima di addentrarci nell'esplorazione degli stili di vita sostenibili, è importante riconoscere il ruolo significativo che gli stili di vita occidentali, forgiati dalla cultura del consumismo e del paradigma neoliberista, hanno giocato nel determinare l'attuale crisi ecologica e il cambiamento climatico. Tali modelli di consumo hanno alimentato quotidianamente l'accumulo del debito ecologico, incidendo negativamente sulla qualità della vita e sulla salute psicofisica degli individui. Il concetto di stile di vita sostenibile ha avuto origine negli studi di scienza comportamentale e psicologia della salute (Plutchik *et al.*, 1979; Richmond *et al.*, 1998), con un focus sul benessere e sulla frequenza di adozione di pratiche eco-sostenibili, quali l'uso di risorse rinnovabili, la riduzione dei rifiuti e il consumo consapevole. L'obiettivo principale era individuare quei comportamenti specifici che potessero costituire una minaccia potenziale o un effettivo danno per la salute individuale, sia fisica che mentale, al fine di favorire un passaggio da stili di vita insostenibili a pratiche più eco-compatibili e salutari (Schwarzer, 2011). Tale concezione si basa sull'idea di una relazione lineare tra il numero di comportamenti sostenibili e lo stato effettivo di salute individuale, un concetto che è stato supportato da una serie di studi condotti sulla popolazione sin dagli anni '70 (Belloc, 1973). Tale modello lineare additivo è stato adottato da molti studi nel campo della psicologia ambientale per comprendere e promuovere stili di vita sostenibili e comportamenti significativi per la conservazione dell'ambiente. Il concetto di stile di vita trascende la semplice soddisfazione dei bisogni, assumendo una rilevanza sociologica come vero e proprio strumento di comunicazione sociale attraverso il quale ciascun individuo trasmette implicitamente la propria posizione e identità all'interno della collettività (Røpke, 2009). Questo processo comunicativo è mediato principalmente attraverso il possesso di beni materiali, il consumo di determinati prodotti e l'utilizzo di specifici servizi. Tuttavia, la definizione di stile di vita sostenibile non è univoca e presenta una complessità intrinseca che riflette le molteplici sfaccettature del concetto.

Il *Westminster Centre for Sustainable Development*¹⁵ offre una definizione che mette in luce l'interconnessione tra azione individuale e impatto collettivo: gli stili di vita sostenibili sono descritti come modelli comportamentali e di consumo adottati dalle persone per condividere e distinguersi dagli altri individui, caratterizzati dalla capacità di soddisfare i bisogni essenziali, migliorare la qualità della vita, minimizzare l'uso delle risorse naturali e le emissioni di rifiuti e inquinanti durante l'intero ciclo di vita, senza compromettere le esigenze delle generazioni future (Bedford *et al.*, 2004).

Per inquadrare al meglio l'oggetto di ricerca, gli stili di vita vanno intesi come un modello che integra attività, comportamenti, abitudini individuali o collettivi capaci di soddisfare una serie di bisogni umani e di influenzare la nostra salute (Cockerham *et al.*, 1997; Faggiano, 2007). Di conseguenza ogni attività umana si svolge all'interno di uno spazio-temporale specifica, inclusi gli stili di vita sostenibili che devono essere analizzati come schemi temporali di comportamento, collocati in contesti geografici definiti.

La nozione di comportamento ecologicamente, delineata da Stern (2000), risulta cruciale per definire le caratteristiche di uno stile di vita sostenibile. Tali comportamenti sono quei modelli di azione che modificano la disponibilità e la fruizione di risorse materiali o energetiche nell'ambiente, o che alterano la struttura e la dinamica degli ecosistemi o della biosfera.

Da questa prospettiva, emergono due paradigmi distinti relativi agli stili di vita sostenibili. Il primo analizza l'impatto dei comportamenti umani, focalizzandosi sulle conseguenze delle azioni quotidiane e adottando una prospettiva esterna. Il secondo, invece, si concentra sulle intenzioni dietro le scelte umane, esaminando i fattori che guidano l'azione umana, quali valori, credenze, motivazioni

¹⁵ <https://www.westminster.ac.uk/about-us/our-university/vision-mission-and-values/sustainable-development>

e il concetto di sé. Stern (ivi) suggerisce di distinguere tra diverse categorie o tipologie di comportamenti, come l'attivismo ambientale (partecipazione attiva a organizzazioni e manifestazioni), comportamenti non-attivisti nella sfera pubblica (cittadinanza ambientale, supporto pubblico per politiche ambientali) e comportamenti privati (consumo di energia e acqua, gestione dei rifiuti, consumismo verde, ecc.). Le varie categorie comportamentali, in base alle loro combinazioni e aggregazioni, possono essere considerate come elementi costitutivi degli stili di vita sostenibili. Esaminando le diverse definizioni e prospettive riguardanti lo stile di vita sostenibile, è cruciale analizzare attentamente tre elementi fondamentali.

-Il primo che riguarda i fattori individuali e comprende variabili demografiche come il genere, livello di istruzione, o reddito, oltre atteggiamenti, valori specifici e il livello di conoscenza.

-Il secondo che richiama i fattori contestuali e che riguarda gli stimoli esterni che influenzano il comportamento individuale. Essi possono essere suddivisi in due tipologie principali: il contesto sociale diretto (come la famiglia, il gruppo di pari, l'ambiente lavorativo) e quello distale (quali il sistema culturale più ampio). Inoltre, si considera anche l'impostazione fisica dell'ambiente circostante. In situazioni in cui il contesto esercita una forte influenza, si osserva una diminuzione della capacità predittiva dei fattori individuali. Ad esempio, durante periodi di crisi economica, molti individui adottano comportamenti di risparmio energetico mentre guidano, indipendentemente dai propri valori personali pro-ambientali.

-Ultimi ma non meno importanti sono gli interessi collettivi e rappresentano la motivazione per l'azione collettiva e l'adesione alle norme sociali. Le norme sociali possono essere di natura ingiuntiva (cioè, rappresentano ciò che si ritiene che gli altri si aspettino) o descrittiva (cioè, riflettono ciò che viene considerato normale dagli altri) ed influenzano significativamente il comportamento individuale.

La promozione di stili di vita sostenibili implica quindi una riconsiderazione delle norme sociali e la rielaborazione dei sistemi che sostengono tali stili di vita. Ciò comporta una revisione dei nostri modelli di comportamento, compresi i nostri schemi di consumo e l'organizzazione della routine quotidiana (sia a livello domestico che lavorativo, le decisioni relative a cibo, alloggio, trasporti, consumo di beni compresi abbigliamento ed elettrodomestici, tempo libero o il turismo).

Su questa scia gioca un aspetto fondamentale il concetto di conoscenza ambientale che emerge come elemento cruciale per aumentare la consapevolezza e la comprensione dei problemi ambientali e delle relative soluzioni. La sua importanza risiede nel fatto che una maggiore comprensione di tali questioni può stimolare un interesse e una consapevolezza individuali più profondi. Tuttavia, è importante notare che un aumento della conoscenza non si traduce automaticamente in cambiamenti comportamentali (Kollmuss *et al.*, 2002; Bamberg *et al.*, 2007). Gli atteggiamenti, che rappresentano manifestazioni positive o negative verso situazioni e oggetti specifici con un'intensità particolare, emergono come elementi cruciali nell'ambito dell'educazione ambientale. L'analisi degli atteggiamenti riveste un ruolo critico nel contesto degli stili di vita sostenibili, delle abitudini di consumo e delle molteplici soluzioni proposte per affrontare le questioni ambientali.

Tale approccio fornisce una base scientifica per esaminare come gli atteggiamenti, contestualizzati in situazioni specifiche, influenzino le scelte comportamentali in campo ecologico. Infatti, il processo di acquisizione della conoscenza ambientale, combinato con l'analisi degli atteggiamenti, rappresenta una duplice dimensione fondamentale per comprendere la complessa dinamica tra consapevolezza e comportamento ambientale. Una comprensione così approfondita è essenziale per sviluppare strategie e interventi mirati che mirano a tradurre la conoscenza in azioni sostenibili (Dunlap *et al.*, 2000).

Mentre la teoria suggerisce che gli atteggiamenti positivi verso l'ambiente dovrebbero naturalmente tradursi in comportamenti pro-ambientali, prove recenti indicano un divario sostanziale tra forti convinzioni ambientaliste e coinvolgimento limitato nelle pratiche reali (Giachino *et al.*, 2022; Parzonko *et al.*, 2021). L'analisi degli atteggiamenti ambientali, che riflette le opinioni generalmente favorevoli sull'ambiente, può rilevare una diversità di prospettive all'interno della popolazione.

Le dimensioni salienti della consapevolezza individuale (la conoscenza ambientale, i valori, gli atteggiamenti, la volontà di agire e i comportamenti effettivi) emergono come parametri critici per comprendere l'interazione complessa tra atteggiamenti e comportamenti legati all'ambiente. Tuttavia, la relazione tra una maggiore conoscenza ambientale e i cambiamenti comportamentali è complessa e richiede un'analisi approfondita delle dinamiche decisionali individuali e dell'influenza di molteplici fattori contestuali (Kollmuss e Agyeman, 2002; Bamberg *et al.*, 2007).

Lo studio approfondito degli atteggiamenti offre una prospettiva chiave per esplorare il legame tra educazione ambientale, stili di vita verdi, abitudini di consumo e soluzioni ai problemi ecologici. Una comprensione globale di questi aspetti costituisce la base per sviluppare strategie di sensibilizzazione e interventi educativi volti a promuovere comportamenti efficaci a favore dell'ambiente.

Da quanto esposto si può dedurre che la promozione di comportamenti sostenibili richiede anche un'azione concertata a livello politico, che si rende sempre più cruciale nel contesto delle sfide globali che la società moderna deve affrontare. Tra le principali sfide globali emergono l'aumento demografico, l'invecchiamento della popolazione, l'incremento della densità abitativa urbana, la stratificazione sociale derivante dall'accesso diseguale alla tecnologia, nonché le migrazioni climatiche indotte dai cambiamenti ambientali (Backhaus *et al.*, 2013; Kiss, 2020). In questo scenario complesso, la ricerca assume un ruolo fondamentale nel comprendere le dinamiche sottostanti agli stili di vita e nel proporre soluzioni innovative e contestualizzate per promuovere comportamenti più sostenibili e rispondenti alle esigenze attuali e future della società.

Dalla revisione teorica fin qui condotta emerge con chiarezza la natura complessa e multidimensionale della salute determinata da fattori biologici, sociali, economici e ambientali. L'evoluzione teorica del concetto di salute ha mostrato il suo legame con i processi di trasformazione sociale, i modelli di sviluppo e le disuguaglianze strutturali, rendendolo un elemento chiave nella definizione del benessere individuale e collettivo. Gli studi scientifici hanno ridefinito questa prospettiva, evidenziando come la salute non sia un parametro oggettivo, bensì il risultato di un complesso sistema di interazioni tra determinanti sociali, culturali ed economici. In tale contesto, gli stili di vita assumono un ruolo centrale per comprendere le relazioni tra salute, benessere e sostenibilità. Se da un lato le scelte individuali contribuiscono alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, dall'altro è evidente come tali decisioni non avvengano in un vuoto sociale, ma siano modellate da vincoli strutturali, opportunità socioeconomiche e condizioni ambientali. Gli stili di vita salutarì e sostenibili, dunque, non sono il semplice riflesso di preferenze individuali, bensì il prodotto di una complessa interazione tra fattori culturali, contesti sociali e disponibilità di risorse.

Un elemento fondamentale che merita ulteriore approfondimento è il ruolo dell'ambiente urbano nella definizione della salute e del benessere collettivo. Le città, infatti, rappresentano lo spazio privilegiato in cui si manifestano le dinamiche sociali legate alla salute pubblica, sia in termini di opportunità che di disuguaglianze. L'urbanizzazione, la qualità dell'aria, la distribuzione degli spazi pubblici e delle infrastrutture sanitarie, nonché la mobilità e l'accessibilità ai servizi, costituiscono fattori determinanti nella configurazione dei gradienti di salute all'interno delle aree urbane. In questa prospettiva, il concetto di Urban Health emerge come un paradigma essenziale per analizzare

l'impatto che lo spazio urbano esercita sul benessere fisico e mentale della popolazione. Alla luce di queste considerazioni, i prossimi paragrafi approfondiranno il legame tra trasformazioni urbane e salute pubblica, analizzando il modo in cui le città possono essere ripensate in un'ottica più inclusiva, sostenibile e resiliente, al fine di garantire condizioni di vita salubri ed eque per tutti.

1.4 Dalla trasformazione dell'ambiente urbano all'Urban Health: esplorando la salute e il benessere nelle città

Come evidenziato da Braian (1997), la città ha svolto un ruolo centrale nella storia e nella politica moderna, fungendo da spazio in cui il concetto di sfera pubblica si è reso visibile e, al contempo problematico in termini politici. Sennet (1996) sottolinea come l'ambiente urbano favorisca l'incontro inevitabile tra gruppi sociali eterogenei, generando dinamiche di interazione e trasformazione urbana. La città, e in particolare la Metropoli¹⁶, non è un semplice oggetto di studio nella sociologia, ma rappresenta un vero e proprio aspetto fondamentale per il pensiero sociologico, ancor prima dell'istituzione ufficiale della sociologia urbana (Davico e Mela, 2002). La sociologia classica, si veda per tutti la tradizione teorica della scuola di Chicago¹⁷, ha teorizzato sin da subito il legame esistente tra la metropoli e la modernità (Park, 1915; Burgesss 1925/2015; Wirth, 1938).

Ai fini del presente elaborato, è di particolare efficacia il riferimento alla definizione di città proposta da Max Weber nel suo trattato *Die Stadt* del 1921:

«[...] si può tentare di definire una “città” in modi molto diversi. È comune a tutte le definizioni soltanto il fatto che essa in ogni caso (almeno relativamente) sia un insediamento circoscritto, un “centro abitato”, e non una o più abitazioni isolate» (Weber, trad.it., 2003, p.3).

Queste riflessioni sociologiche sulle dinamiche urbane si intrecciano con le trasformazioni avvenute nella società occidentale, soprattutto tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento (Kahl, 1959; Davis, 1955; Gollin *et al.*, 2016). L'industrializzazione e il conseguente progresso urbano hanno determinato nuovi ordinamenti sociali, morali e politici, ridefinendo le dinamiche spaziali e temporali (Germani, 1973; Annez e Buckeley, 2009; Elliott e Frickel, 2013; Flanagan, 2010).

La città, dunque, si configura come un ecosistema favorevole all'innovazione culturale e sociale, un ambiente fertile per la nascita di nuove opportunità e connessioni i (Berry, 2008; De Vries, 2013; Thomas, 2012; Hussain e Imitiyaz, 2018).

¹⁶ Dal greco antico μήτηρ = madre e πόλις = città/popolazione

¹⁷ Il Dipartimento di Sociologia e Antropologia Culturale dell'Università di Chicago, noto come Scuola di Chicago, fu istituito nel 1892. A partire dagli anni '20 del XIX secolo, il dipartimento ottenne riconoscimento quando i suoi fondatori, Robert E. Park e Ernest W. Burgess, svilupparono un programma di ricerca urbana focalizzato sulla città di Chicago. Gli studiosi adottarono la teoria dell'ecologia urbana, che trattava le città come sistemi ecologici analogamente ai sistemi naturali. Ciò rappresentava un'innovazione poiché per la prima volta le città venivano esaminate utilizzando un approccio evolutivo darwiniano, secondo cui la competizione selezionava determinate caratteristiche urbane nel corso del tempo. Questi approcci enfatizzavano la competizione tra diversi gruppi sociali ed etnici per spazio e risorse, e i processi che portavano alla formazione di nicchie ecologiche omogenee all'interno della popolazione.

Lo studio adottava un approccio che mirava a esaminare le influenze sia biotiche che culturali sull'adattamento della popolazione alla vita all'interno dei diversi quartieri urbani. Tale approccio ha incluso l'analisi dei processi di invasione, conflitto e successione da parte dei diversi gruppi sociali all'interno di tali comunità.

Questo modello spiegava i problemi sociali dell'epoca, come disoccupazione, criminalità e vagabondaggio, interpretandoli come forme di povertà. Gli studiosi della Scuola di Chicago furono i primi a condurre uno studio sistematico della città dal punto di vista sociologico, attraverso un'analisi empirica della società urbana.

Non a caso, essa ha costantemente esercitato un forte richiamo sugli individui, tanto che oggi più della metà della popolazione mondiale risiede in aree urbanizzate (Lenzi *et al.*, 2020). Qui, le persone si trovano ad affrontare una molteplicità di fattori, dalle pressioni ambientali e sociali agli stimoli culturali e professionali. La città, quindi, è concepita come un ecosistema propizio all'innovazione culturale, un substrato fertile per l'emergere di opportunità, un luogo della serendipity¹⁸.

E proprio in questo contesto ricco di sfaccettature, le scelte individuali e collettive influenzano direttamente il corso della salute e del benessere della comunità urbana.

Ogni strada, ogni edificio, ogni piazza è un palcoscenico presso cui si svolgono le vite delle persone, intrecciandosi in una trama avvincente di relazioni umane e ambientali. È qui che il tessuto sociale si fonde con l'ambiente costruito, dando vita a un quadro dinamico di salute e benessere urbani.

Le recenti ricerche scientifiche e i progressi nell'innovazione urbana hanno permesso di comprendere meglio come progettare e gestire le città per favorire stili di vita sani e sostenibili. In questo scenario di trasformazione urbana, l'esperienza quotidiana dei cittadini assume un ruolo sempre più rilevante. Le variabili ambientali e sociali che influenzano la vita quotidiana delle persone, comprese le condizioni abitative e lavorative, l'accesso alle infrastrutture e ai servizi, i comportamenti individuali e le relazioni sociali, sono fondamentali per la salute, il benessere e la qualità della vita. Tali elementi non solo plasmano il modo in cui le persone vivono, ma possono anche determinare il loro stato di salute e la loro felicità. Immaginare di esplorare le intricate rete sociali all'interno delle metropoli, dove ogni individuo è parte di un tessuto sociale complesso che influenza il proprio benessere emotivo e psicologico è uno degli obiettivi di questo lavoro ove le dinamiche urbane interagiscono in un contesto unico, in cui le esperienze quotidiane sono modellate dalle interazioni con il piano fisico e sociale circostante. In tale contesto, le esperienze dei residenti nelle città metropolitane emergono come un microcosmo vibrante di sfide e opportunità.

Tale quadro concettuale viene esplicitamente delineato come strumento analitico utile per l'esame della salute urbana, assumendo una rilevanza significativa nel contesto delle città. Qui, come sarà discusso, una serie di fattori interagenti contribuiscono a plasmare il benessere delle diverse popolazioni urbane. Di conseguenza, è essenziale esaminare in modo accurato come le diverse attività antropiche e le caratteristiche ambientali delle metropoli possano essere correlate a fattori determinanti per la promozione della salute e per il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità ambientale. La città, specialmente la grande metropoli, rappresenta sia l'origine che il palcoscenico delle crisi che attraversano le economie occidentali. Queste crisi si articolano in 3 dimensioni fondamentali: la crisi ecologica, delle relazioni sociali e la crisi della mobilità, intesa come la crescente difficoltà di accesso equo agli spazi urbani per tutti i cittadini, con conseguenti disuguaglianze socio-spaziali (Soja, 2010). Nella storia dell'urbanizzazione, le città sono state quindi caratterizzate da una percezione negativa dal punto di vista ecologico, essendo considerate ambienti inquinati e degradati in cui predominano stili di vita che comportano un impatto ambientale significativo e una disconnessione dalla natura (Haughton e Hunter, 1994). Questa prospettiva ha alimentato critiche nei confronti dell'urbanizzazione portando alcuni studiosi, come Odum (1898), a

¹⁸ Da Treccani: serendipità s. f. [dall'ingl. *serendipity*, coniato (1754) dallo scrittore ingl. Horace Walpole che lo trasse dal titolo della fiaba *The three princes of Serendip*: era questo l'antico nome dell'isola di Ceylon, l'odierno Sri Lanka], letter. – La capacità o fortuna di fare per caso inattese e felici scoperte, spec. in campo scientifico, mentre si sta cercando altro.

descrivere la città come “parassita” che sfrutta le risorse naturali senza restituire un equilibrio ecologico.

Secondo questa prospettiva, la città viene spesso descritta come un mostro, che sfrutta non solo le risorse naturali locali, ma attinge anche dalle aree circostanti per soddisfare le proprie esigenze di sopravvivenza. Negli ultimi decenni, l'urbanizzazione si è affermata come uno dei fenomeni più rilevanti a livello mondiale, segnando una trasformazione radicale rispetto al modo in cui la maggior parte della popolazione mondiale ha vissuto negli ultimi migliaia di anni. Un fenomeno che ha portato con sé uno sviluppo economico che non è andato di pari passo dal punto di vista della qualità e della salute della città, dello spazio urbano e della capacità relazionale umana (Bauman 2005, in Petrillo, 2006). L'urbanizzazione ha trasformato le problematiche della città sono cambiate e ha ridefinito le esigenze della collettività. In questo contesto la relazione tra urbanistica e salute - intesa come «bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale» che vede nelle «persone stesse la maggiore risorsa» (Carta di Ottawa, 1986) – si è resa sempre più evidente.

Così, dagli anni '90 del secolo scorso, le città metropolitane con le più recenti teorie di sviluppo urbano e sostenibilità sono sempre più al centro dell'attenzione della politica nazionale ed europea.

Chiedersi come la vita urbana possa influenzare la salute richiede lo studio di diverse dimensioni e, in particolare, la comprensione di come gli individui acquisiscano stili di vita urbani diversi. In breve, la salute urbana denota l'applicazione del concetto e dei metodi di salute pubblica ai processi e alle situazioni urbane (Capolongo *et al.* 2011). Il concetto *Healthy Cities* si riferisce a quei contesti urbani che, nonostante presentano molti rischi per la salute (Lenzi e Vaccaro, 2019), creano e migliorano continuamente i propri ambienti fisici e sociali, incoraggiando l'espansione delle risorse e ponendo le persone in condizioni di supporto reciproco nello svolgimento e nello sviluppo di tutte le attività quotidiane (Rydin, 2012; Hancock e Duhl, 1986). Lo studio della salute urbana considera come le caratteristiche dell'ambiente urbano possano influenzare la salute della popolazione con nuove patologie, ma allo stesso tempo di come le città esprimono un grande potenziale nel diventare ambienti promotori di salute. La ricerca sulla salute urbana è un modo di esaminare in modo specifico come la vita in città è collegata alla salute e alle malattie delle persone (Galea *et al.*, 2005).

Questo campo di studio riconosce che le città, con la loro alta densità di popolazione, infrastrutture complesse e dinamiche sociali, presentano sfide uniche per la salute di tutti.

Il framework dell'Urban Health muove dal presupposto che al centro della salute collettiva vi siano i determinanti della salute, alla radice dello sviluppo di malattie nelle aree urbane. Per molti aspetti e, come accennato in precedenza, sia l'urbanizzazione che la qualità e la promozione della salute sono paradigmi sociologici e, così, lo studio della relazione tra vita urbana e salute rientrano nell'ambito dell'epidemiologia sociale e della medicina sociale (Kaufman *et al.*, 2003). Diviene necessario riflettere sull'attuale modello di sviluppo urbano comprendendo che

«Gochman la città densa e ben costruita è molto più sostenibile dal punto di vista ambientale della campagna sparsamente abitata [...] La città deve essere urbana, ovvero densa, compatta e ben costruita, con più persone (e meno automobili) rispetto alle piante (o agli animali)» (Martinotti, 2012, p. 12).

Grazie a questa prospettiva, si rivela l'importanza di una pianificazione urbana attenta e orientata alla sostenibilità, che tenga conto non solo degli aspetti ambientali ma anche della salute urbana e del benessere dei cittadini. La creazione di spazi urbani densi e ben costruiti, con una maggiore densità di popolazione e una minore dipendenza dall'uso dell'automobile, può favorire non solo una maggiore

efficienza nell'uso delle risorse ma anche la promozione di stili di vita più attivi e salutari, migliorando complessivamente la qualità della vita nelle città. Tale approccio può migliorare la qualità della vita nelle città, promuovendo la coesione sociale, riducendo l'inquinamento e facilitando l'accesso a servizi essenziali (trasporti pubblici efficienti e spazi verdi accessibili a tutti i residenti).

1.4.1 Città e urbanizzazione: una sfida scientifica

Nella nuova *era dell'informazione* (Castells, 1996) e delle *ipermetropoli* (Codelluppi, 2012), le città emergono come centri di crescita, alimentata dalla costante circolazione di dati, conoscenze e stimoli. Secondo Yigitcanlar e Lönnqvist (2013), le città caratterizzate da una fitta rete di relazioni basate sulla condivisione della conoscenza e delle informazioni sono considerate motori fondamentali per la prosperità economica, la sostenibilità e il benessere sociale. Inoltre, esse favoriscono lo sviluppo di fattori immateriali quali l'innovazione e il progresso economico. Città della conoscenza istituite con l'obiettivo di raggiungere la sostenibilità e migliorare la qualità della vita fornendo i servizi richiesti, arricchendo la varietà della vita culturale, aumentando le competenze e la conoscenza dei cittadini come mezzo di sviluppo intellettuale umano. L'urbanizzazione si riferisce al cambiamento delle dimensioni, della densità demografica e dell'eterogeneità della città mentre il concetto urbanità si riferisce all'impatto della vita nelle aree urbane in un dato momento (Vlahov e Galea, 2002 *ivi*).

Oltre 3 miliardi di persone risiedono nelle città metropolitane e nelle megalopoli. Nel 2007, per la prima volta nella storia, la percentuale della popolazione mondiale residente nelle città ha superato il 50%, ed è in costante crescita secondo le stime della World Health Organization.

È previsto che entro il 2030, il 60% della popolazione mondiale abiterà in grandi agglomerati urbani, e proiezioni future indicano che nel 2050 questa cifra potrebbe arrivare fino al 70% (Lenzi in D'Onofrio e Trevisani, 2017). Analizzare le caratteristiche chiave della città e, capire come l'urbanizzazione influenza la salute della popolazione è una delle grandi sfide scientifiche. Difatti, l'urbanizzazione è stata identificata da WHO come una delle tre principali sfide demografiche per la salute pubblica nel ventunesimo secolo (le altre due sono l'invecchiamento della popolazione e la globalizzazione). La salute delle popolazioni urbane è quindi cambiata con l'evoluzione delle città. Le diverse caratteristiche delle città metropolitane, infatti, possono essere importanti determinanti di salute, ognuno dei quali può avere molteplici implicazioni per i cittadini. Galea (*et al.*, 2005) identifica tre fattori principali che possono influenzare la salute umana:

- l'ambiente fisico ossia l'aria che i cittadini respirano, l'acqua che bevono, il rumore *indoor* e *outdoor*, le aree verdi delle città, le condizioni geologiche e climatiche della zona in cui la città sorge;
- l'ambiente sociale che racchiude diversi ambiti quali strutture occupazionali, mercati del lavoro, processi sociali ed economici, ricchezza, servizi sociali, sanitari e umani, forza delle relazioni, governo, relazioni razziali, disuguaglianza sociale, pratiche culturali, istituzioni e pratiche religiose;
- la disponibilità di accesso alla salute e ai servizi sociali, influenzata da numerose variabili e che in molti contesti determina enormi differenze tra le classi sociali nel momento in cui non venga garantito un uguale accesso ai servizi per tutti i cittadini.

Gli ambienti fisici e sociali non esistono indipendentemente l'uno dall'altro. Infatti, qualsiasi ambiente è il risultato della continua interazione tra componenti naturali e antropiche, tra processi sociali e relazioni tra individui e gruppi. In particolare, e soprattutto oggi nell'affrontare la pandemia da Covid-19, l'ampliamento del concetto di sostenibilità urbana attraverso nuovi paradigmi che pongono al

centro le condizioni e le capacità delle città di essere più resilienti, inclusive, sicure, sta facendo emergere scenari operativi totalmente differenti dalle logiche di intervento specialistiche adottate fino a oggi. Difatti, la centralità dell'*Urban Health* viene inteso anche come quell'orientamento strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute sin dalla progettazione territoriale, favorendo azioni che possano avere un impatto positivo sulla salute dell'uomo e sulla qualità della vita (Capolongo *et al.* 2011). Quindi, da un lato l'ambito della progettazione urbana è evidentemente chiamato in causa, rendendosi necessarie decisioni e assunzioni di responsabilità che riguardano direttamente l'idea di città e dei suoi possibili orizzonti di sopravvivenza (Lo Sasso, 2015), dall'altro, la forte dimensione riflessiva sui diversi vantaggi del vivere in una metropoli *green* per fronteggiare sia i diversi fenomeni emergenziali sociale che per fronteggiare la scarsità di risorse a fronte di questa importante fase di transizione. Nonostante la crescente attenzione all'ambiente, si è registrato uno squilibrio nella ricerca epidemiologica fino ad oggi condotta; la ricerca sull'ambiente fisico è ben consolidata, mentre la ricerca sull'ambiente sociale è rimasta indietro. McNeill (2000) sostiene che ciò che ha distinto il ventesimo secolo dai precedenti è il fatto che gli esseri umani siano diventati il fattore di influenza primaria sull'ambiente fisico. La letteratura sulla relazione tra le caratteristiche dell'ambiente fisico e la salute sostiene come gli abitanti delle città metropolitane sono esposti a molti più fattori di rischio per la salute rispetto a coloro che vivono nei piccoli centri (Medea *et al.*, 2017). Fattori come un lavoro sedentario e l'alimentazione scorretta rappresentano un volano per l'obesità e quindi, per le diverse malattie collegate (*ivi*). Ovviamente, se da un lato l'aumento dell'attività fisica è indispensabile per superare le sfide per la salute, dall'altro è fondamentale tenere in considerazione un ambiente urbano favorevole all'attività fisica e non solo. Difatti, i centri urbani con la loro progettazione possono divenire sostenibili favorendo grazie a numerosi fattori la camminata, l'utilizzo di bike o ancora bus *green* dedicati alla mobilità sostenibile. Tutto ciò determina importanti diseguaglianze nella salute, e si identifica come tema cruciale per la sanità pubblica a livello europeo. Riassumendo, l'ambiente costruito dall'uomo può influenzare sia la salute fisica che quella mentale: si evidenziano empiricamente relazioni tra l'ambiente costruito e le condizioni di salute come l'asma e altre condizioni respiratorie, le lesioni, il disagio psicologico e lo sviluppo del bambino (Evans, 2000; Krieger e Higgins, 2002; Northridge, 2003). La sfida più grande della città contemporanea è racchiusa nel suo carattere umano. Le città sono quindi una lente che ingrandisce o diminuisce i determinanti sociali della salute e possono essere oggetto di modifica e trasformazione per diventare i luoghi dell'equità nella salute e dare significato alle parole solidarietà, coesione sociale e giustizia. Nell'attuale contesto urbano, le relazioni sociali, le interazioni e gli scambi di idee costituiscono elementi strutturali della città, indipendentemente dalla loro collocazione in categorie prestabilite. Ignorare o sottovalutare il ruolo della partecipazione e della comunicazione negli spazi urbani può avere conseguenze negative sul benessere individuale e collettivo. Difatti, negli ultimi anni le politiche sociosanitarie hanno iniziato ad affrontare sempre più il tema della partecipazione dei cittadini in campo sanitario. La ricerca sull'associazione tra vita in città e salute è affrontata da diverse discipline, tra cui medicina, sociologia, antropologia, pianificazione urbana e architettura, e, si è concentrata prevalentemente sulla valutazione delle differenze tra e all'interno delle città. Studiare come la città possa influenzare la salute pone il ricercatore in una posizione che consideri il luogo con tutti i suoi dettagli. Nel contesto metropolitano, l'urbanizzazione riveste un ruolo fondamentale per indirizzare e regolare la crescita delle aree urbane anche in modo sostenibile. L'urbanizzazione contemporanea si caratterizza per una complessità sempre più marcata, determinata dalle interazioni tra dinamiche sociali, culturali e modelli di vita (Mantovan e Ostanel, 2015). Tale complessità è diventata ormai un tratto distintivo delle moderne strutture urbane. L'ibridazione culturale e sociale

negli insediamenti contemporanei è evidente come l'aumento significativo di questa ibridazione abbia reso obsoleto un approccio teorico che vincola rigidamente la collocazione geografica, culturale e gli stili di vita. L'interpretazione di questa complessità si scontra con la fragilità di schemi interpretativi tradizionali che tentano di categorizzare la varietà delle culture e dei loro rapporti all'interno della dicotomia tra cultura dominante e subculture.

Un aspetto centrale di questa trasformazione riguarda accessibilità ai servizi fondamentali, tra cui sistemi di trasporto pubblico efficienti, spazi verdi e i luoghi di aggregazione, nonché la promozione di un'architettura e un design urbano che favoriscano la salute e il benessere dei residenti. Tali sforzi sono orientati verso la creazione di un ambiente urbano che non solo sia funzionale ed esteticamente gradevole, ma che anche promuova la salute fisica e mentale degli individui (Kabisch *etl. al.*, 2016; Kondo *et. al.*, 2018). Queste dinamiche si inseriscono all'interno del più ampio concetto di sviluppo sostenibile, che si declina su diversi fronti. Oltre alla riduzione dell'inquinamento e alla conservazione delle risorse naturali, vi è una crescente attenzione alla promozione di uno stile di vita urbano in grado di garantire il benessere sia individuale che collettivo (Gianfrate e Longo, 2017; Moranco, 2003). Tale approccio prevede la progettazione di spazi pubblici che incoraggino l'attività fisica, la creazione di comunità solidali e resilienti, e l'accesso equo ai servizi sanitari e sociali (Merrifield, 1996; Lestan *et. al.*, 2014; Amin, 2008). In sintesi, la città contemporanea con la sua urbanizzazione si configura come un ambiente di sperimentazione per l'attuazione di politiche e progetti volti a creare contesti urbani sostenibili, salutari e inclusivi, dove gli individui possano vivere, lavorare e prosperare in armonia con il loro ambiente circostante.

1.4.2 Spazio pubblico e spazi verdi come determinanti della salute

Lo spazio pubblico¹⁹ è un elemento fondamentale della vita quotidiana e si configura come un ambiente inclusivo e aggregante per l'intera popolazione. Sia che si tratti di aree pavimentate o verdi, gli spazi pubblici fungono da luoghi di incontro e partecipazione alla vita collettiva, consentendo anche momenti di isolamento fisico per attività ricreative, meditative o per interazioni sociali personali (Peace *et al.*, 2013). Nell'ambito delle moderne città flessibili e resilienti, tali spazi possono assumere un ruolo cruciale nel promuovere il benessere individuale e collettivo, la sicurezza, la sostenibilità e la coesione sociale. L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha infatti evidenziato l'importanza vitale degli spazi aperti urbani, come piazze, parchi e diverse aree, precedentemente sottovalutati o poco valorizzati, ora riconosciuti come fondamentali per lo svolgimento di attività quotidiane di incontro e movimento (Sepe, 2021). In contrasto,

¹⁹ Sebbene non ci concentreremo specificamente sullo studio dello spazio è essenziale fornire una definizione chiara e condivisa di che cos'è uno spazio. Lo spazio rappresenta un concetto e un campo di studio multidisciplinare che gode di vasta attenzione accademica. Questo elevato interesse è dovuto alla sua natura trasversale, che coinvolge molteplici ambiti della vita sociale e individuale. David Harvey (2006) delineò una distinzione di tre diversi tipi di spazio. Il primo tipo è lo spazio assoluto, che è come un dato oggettivo e misurabile. È importante perché ci aiuta a definire i confini e i diritti di proprietà. Si può pensare come la mappa della tua città! Il secondo tipo è lo spazio relativo. Qui, si tratta di come spazio e tempo si intrecciano e come lo vediamo noi. È come se ogni persona avesse la sua prospettiva. Il suo equivalente sociale è la rete di flussi, come le persone, le merci e le informazioni che si muovono in città. Le distanze in questo spazio dipendono da dove ci troviamo e da cosa stiamo guardando. Infine, c'è lo spazio relazionale. È ogni punto dello spazio che ha significato non solo per sé stesso, ma anche per le relazioni e il contesto che lo circondano. È come se ogni posto avesse una storia o un'importanza sociale.

Da sottolineare come la definizione dello spazio formulata da Michel De Certeau (2001) emerge come un faro di conoscenza nel nostro studio in quanto ci invita a considerare la città come un luogo abitato e plasmato dalle pratiche quotidiane. Secondo De Certeau infatti, lo spazio urbano è il risultato delle azioni che lo orientano, lo delimitano nel tempo e lo rendono funzionale come punto di incontro di diversi programmi o prossimità contrattuali.

l'urbanizzazione e un'alta densità di popolazione possono promuovere gli sforzi volti alla prevenzione delle malattie croniche attraverso vari meccanismi. Questi includono l'accesso facilitato a diversi spazi e servizi: dalle aree verdi che incentivano il trasporto attivo e le attività fisiche all'aperto a quelle che permettono la facilitazione di interazioni sociali, il trasporto pubblico, la promozione della condivisione delle risorse e l'implementazione di migliori strategie sanitarie per la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie (Gong *et al.*, 2012). Mediante l'attuazione di tali politiche di sviluppo è possibile ottimizzare i benefici per la salute e ridurre gli effetti dannosi sull'ambiente (Cheng e Berry, 2013). Risultare complicato delineare una definizione univoca del concetto di spazio verde. Diverse prospettive degli studiosi portano a definizioni variegate, che comprendono aree come parchi pubblici, terreni non edificati con vegetazione, foreste e riserve naturali. La distinzione²⁰ tra verde, inteso come presenza di vegetazione, e spazi verdi, tipicamente destinati a attività ricreative o come aree naturali residue, è fondamentale ma non sempre chiara nella ricerca sanitaria pubblicata. Gli studi sugli spazi pubblici aperti mostrano diverse definizioni, rendendo di conseguenza difficile il confronto anche in ottica di comparazione internazionale. L'ambiguità terminologica tra le discipline e all'interno di esse crea difficoltà nella comprensione della letteratura e la scelta degli indicatori di spazi verdi può influenzare i risultati degli studi (Lamb *et al.*, 2019; Taylor e Hochuli, 2017). La selezione e l'impiego di indicatori relativi agli spazi verdi nella ricerca scientifica sono quindi condizionati da diversi fattori. I ricercatori potrebbero mirare a valutare specifici aspetti degli spazi verdi. Ad esempio, negli studi sull'attività fisica, l'indicatore di spazio verde potrebbe essere la presenza di parchi nelle vicinanze dell'abitazione, offrendo un luogo per l'attività fisica. Allo stesso modo, i ricercatori interessati alla salute mentale possono considerare qualsiasi area verde, indipendentemente dalla sua collocazione in un parco, come rilevante.

In questo contesto, gli spazi verdi urbani rappresentano un elemento fondamentale e offrono una serie di benefici per la salute e il benessere delle comunità (Paquet *et al.*, 2013) oltre a svolgere un ruolo cruciale nel contrastare gli effetti negativi della rapida urbanizzazione sulla salute delle persone, fornendo al contempo vantaggi sociali ed economici (Alcock *et al.*, 2014; Sturm e Cohen, 2014). Numerosi studi infatti hanno evidenziato gli impatti positivi sulla salute pubblica derivanti

²⁰ In Italia, per identificare in modo univoco le diverse aree verdi, è stato istituito un Gruppo di Lavoro interistituzionale composto da ISTAT, ISPRA e altre entità (Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, Istituto Nazionale di Urbanistica e Legambiente). Questo gruppo ha attribuito a ciascuna area verde una tipologia specifica considerando:

- Verde storico: includono ville, giardini e parchi di interesse artistico, storico-paesaggistico o caratterizzati da una bellezza eccezionale.
- Grandi parchi urbani: comprendono parchi, ville e giardini urbani di dimensioni superiori a 8.000 m² non vincolati da leggi specifiche.
- Verde attrezzato: piccoli parchi e giardini di quartiere con aree giochi per bambini, spazi per cani, panchine, ecc., destinati alla fruizione dei cittadini.
- Aree di arredo urbano: zone verdi create per scopi estetici e/o funzionali, come aiuole, piste ciclabili, rotonde, ecc.
- Forestazione urbana: aree precedentemente incolte adatte per piantare alberi e sviluppare boschi naturali in ambiente urbano.
- Giardini scolastici: aree verdi e giardini appartenenti alle scuole.
- Orti botanici: orti destinati alla coltivazione ad uso domestico o al giardinaggio ricreativo, assegnati gratuitamente ai cittadini.
- Aree sportive pubbliche all'aperto: spazi all'aperto attrezzati per attività sportive come campi sportivi, piscine, ecc.
- Aree boschive: zone boscate con superficie superiore a 5.000 m² non incluse in aree naturali protette.
- Verde incolto: aree verdi urbane non coltivate o soggette ad altre attività agricole, non sottoposte a manutenzione programmata.
- Cimiteri: aree verdi destinate a scopi cimiteriali.
- Altro: include categorie residuali di verde come i giardini zoologici.

dall'accesso agli spazi verdi (o anche solo dall'osservare la natura attraverso una finestra direbbe Ulrich, 1984). La vicinanza e l'utilizzo degli spazi verdi sono associati a: minori livelli di stress, propensione e incremento dell'attività fisica, facilità di interazioni sociali, una riduzione della morbidità e mortalità cardiovascolare e respiratoria (Maas *et al.*, 2006; Mitchell e Popham, 2008; Cohen-Cline *et al.*, 2015).

1.4.3 Stili di vita urbani e metropolitani: tra disuguaglianze, accessibilità e mobilità

Le grandi città europee, in linea con le tendenze della società in generale, stanno attraversando cambiamenti epocali. Si osserva una crescente trasformazione della struttura metropolitana e delle dinamiche di interazione al suo interno, caratterizzata da una maggiore flessibilità nell'uso dello spazio urbano e nella mobilità sociale (O'Connor e Wynne, 2017; Zukin, 1998; Leontidou, 1993; Karp *et al.*, 2015, Watson, 2012). L'evoluzione della struttura metropolitana e delle interazioni urbane si accompagna a una trasformazione degli stili di vita dei cittadini, influenzando le modalità di relazione sociale e l'organizzazione degli spazi urbani dell'ambiente urbano (Betz, 1992; Greenberg, 2000; Jayne, 2005; Featherstone, 1995).

La considerazione dell'individuo come attore centrale nelle dinamiche urbane riconosce l'importanza dell'esperienza diretta del luogo nell'attribuzione di significati ed emozioni. L'interazione tra individuo e ambiente contribuisce a definire il contesto urbano come uno spazio simbolico, caratterizzato da significati sociali e relazionali.

Nel dibattito sulla salute urbana, un aspetto centrale riguarda l'analisi degli stili di vita e il loro ruolo nell'influenzare il benessere delle popolazioni nelle città (Popkin, 1999; Arambepola *et al.*, 2008; Karp *et al.*, 2015; Gottdiener *et al.*, 2019; Zukin, 1998; Mellor, 2013.).

Gli stili di vita si configurano come modelli di comportamento, abitudini e scelte quotidiane, fortemente influenzate dal contesto sociale e, in particolare, dall'ambiente urbano.

La distinzione tra spazio urbano e extraurbano si è progressivamente sfumata. Se un tempo la separazione era netta, oggi la crescita delle città e l'espansione delle periferie hanno reso il confine tra le due realtà sempre meno definito. Le città hanno conosciuto un'espansione significativa, superando i confini storici e modificando la tradizionale separazione tra spazio urbano e rurale. Lo spazio urbano è oggi pervasivo e condiziona una gran parte delle attività quotidiane.

La letteratura evidenzia una stretta relazione tra la pianificazione del territorio e il benessere individuale (Rose *et al.*, 2017; Evans, 2009; Hanson, 2004; Frank *et al.*, 2006; Monteiro *et al.*, 2004; OECD, 2017). La promozione di comportamenti e stili di vita sostenibili e salutari nei contesti urbani richiede una comprensione approfondita tra fattori sociali, psicologici e ambientali. I comportamenti umani influenzano direttamente l'ambiente e sono modellati dai valori e dalle percezioni, sia individuali che collettivi, all'interno delle comunità (Malavasi, 2013).

In tale contesto, il contributo di Simmel²¹ agli studi sulla metropoli e sugli stili di vita risulta particolarmente rilevante. Uno degli elementi centrali nell'analisi di Simmel è l'impatto della modernità sull'individuo, in particolare nel contesto della vita metropolitana. Per il sociologo e filosofo tedesco, discutere della vita nella metropoli implicava un discorso diretto sulla società moderna. Nel saggio su La metropoli e la vita dello spirito²², Simmel evidenzia come la vita urbana moderna sia caratterizzata da una fitta rete di relazioni sociali e, da un ritmo accelerato rispetto ai

²¹ Georg Simmel (Berlino, 1° marzo 1858 – Strasburgo, 28 settembre 1918) è stato un sociologo e filosofo tedesco.

²² In tedesco: *Die Großstädte und das Geistesleben*

centri più piccoli e tradizionali. La rilevanza accademica di Georg Simmel come classico della sociologia e del pensiero urbano moderno è centrata sull'enorme valore euristico che la sua analisi conferisce alla nostra capacità di indagine. Georg Simmel evidenzia come l'adattamento alla vita urbana moderna richieda lo sviluppo di un atteggiamento psicologico specifico: l'atteggiamento *blasé*. In un contesto metropolitano caratterizzato da una continua sovrastimolazione sensoriale e sociale, l'individuo tende a reagire con un distacco emotivo e cognitivo, manifestando un'apparente indifferenza nei confronti degli stimoli esterni. Questa forma di difesa psicologica consente all'individuo di proteggersi dall'eccesso di stimoli e di mantenere una certa stabilità interiore, diventando una strategia di sopravvivenza nella complessità dell'ambiente urbano.

La routine quotidiana, come osservava George Simmel (1903, tr. It. 2021), rappresenta la sintesi dei vincoli spaziali, culturali, economici e sociali imposti dalla società, riflettendo la nostra capacità di interiorizzazione e adattamento a tali circostanze (Mele, 2016). Il suo concetto di stile di vita, come riflesso dell'esistenza individuale nella società contemporanea, è cruciale per la sua prospettiva sociologica. L'analisi di Simmel sulla vita individuale offre una chiave di lettura per comprendere la costruzione dell'identità nell'uomo moderno di fronte ai diversi cambiamenti dei valori sociali. Inoltre, il suo lavoro sulla metropoli come forma significativa di modernità evidenzia l'emergere di nuove forme di vita e socializzazione (Valle, 2008).

Per sua natura, l'ambiente urbano è in continua trasformazione, influenzato da processi economici, sociali e culturali. Questi processi danno forma a una realtà urbana complessa, in cui coesistono diversi gruppi sociali, culture e stili di vita, ma anche da fenomeni di segregazione, ed esclusione (Black e Conroy, 1977; Zhou e Parves, 2012; Wachs e Kumagai 1973; La Rosa *et al.*, 2018).

L'analisi dei fenomeni come la gentrificazione²³, l'accesso ai servizi e alle opportunità, nonché la persistenza di sacche di emarginazione urbana e il dualismo tra centro e periferia, contribuisce a ridefinire la morfologia e il concetto stesso di città nelle società contemporanee. Affrontare queste trasformazioni richiede un approccio integrato in grado di considerare la città non solo come spazio fisico, ma anche come luogo di significati simbolici, investimenti emotivi e pianificazione strategica. La complessità del tessuto urbano permette la convivenza di diverse narrazioni e prospettive, consentendo di comprendere i fenomeni da angolazioni differenti. È fondamentale analizzare come lo spazio urbano possa amplificare le disuguaglianze, non solo economiche e sociali, ma anche nell'accesso ai servizi essenziali e alle opportunità di cittadinanza. Analizzare il ruolo dello spazio urbano, inteso come ambiente costruito, è essenziale per comprendere come esso influenzi l'esperienza della cittadinanza sociale (Cellamare, 2020; Cognetti e Cottino, 2004; Barbera, 2020). Comprendere le disuguaglianze urbane richiede un'analisi del ruolo dello spazio urbano nell'accesso ai servizi pubblici, alle opportunità di lavoro, all'istruzione e ad altri aspetti chiave della vita sociale ed economica. Ad esempio, la distribuzione geografica delle risorse pubbliche, come scuole, ospedali e trasporti, può variare significativamente tra le diverse aree urbane, creando disparità nell'accesso ai servizi essenziali. Lo spazio urbano incide direttamente sulla qualità della vita, determinando condizioni abitative, accesso ai servizi e opportunità di socializzazione. La disponibilità di parchi, spazi verdi e infrastrutture ricreative può favorire la salute fisica e mentale dei residenti, mentre la mancanza di tali risorse può contribuire all'isolamento sociale e alla marginalizzazione. Allo stesso tempo, la struttura fisica delle città può riflettere e perpetuare disuguaglianze sociali preesistenti. Ad

²³ Termine coniato nel 1964 da R. Glass e con il quale si intende quel fenomeno di rigenerazione e rinnovamento delle aree urbane che manifesta, dal punto di vista sociale e spaziale, la transizione dall'economia industriale a quella postindustriale. Traccani: https://www.treccani.it/enciclopedia/gentrificazione_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/

esempio, la segregazione abitativa basata sul reddito o sull'etnia può portare alla formazione di quartieri svantaggiati caratterizzati da bassi livelli di servizi e opportunità. In breve, comprendere il ruolo dello spazio urbano nella creazione delle disuguaglianze richiede un'analisi approfondita delle interazioni complesse tra ambiente costruito, dinamiche sociali e politiche pubbliche. Solo attraverso tale comprensione sarà possibile sviluppare strategie efficaci per promuovere una cittadinanza sociale equa e inclusiva.

Studi sulle disuguaglianze sanitarie, sia tra le diverse città che all'interno di esse, sono emersi globalmente, evidenziando come queste siano influenzate da fattori economici e dall'accesso ai sistemi sanitari (Santana, 2017). WHO e UN-HABITAT²⁴ hanno sottolineato che le disuguaglianze sanitarie nelle aree urbane influenzano profondamente lo sviluppo economico, sociale, e la stabilità politica (WHO, 2009). La residenza in specifiche aree urbane può avere un impatto sulla salute individuale, accentuando le disuguaglianze sociali e sanitarie (Corburn, 2013).

Le grandi città, specialmente le metropoli, stanno attraversando una crisi che ha un impatto significativo sulle economie occidentali (Secchi, 2011). La crisi urbana si manifesta in tre dimensioni interconnesse: una crisi ambientale, una crisi delle relazioni sociali che si manifesta nell'incremento delle disuguaglianze tra ricchi e poveri, e una crisi della mobilità che impedisce a molte persone l'accesso ai luoghi (*ivi*). Numerosi studi hanno dimostrato che le disuguaglianze nella salute sono influenzate dalla distribuzione geografica delle condizioni sociali, economiche, edilizie e ambientali, confermando l'importanza dei determinanti sociali della salute (SDH) (Marmot *et al.*, 2008). Tali condizioni di fragilità non sono casuali ma seguono schemi geografici all'interno della città. Ciò si traduce in varie condizioni di vita, livelli di vulnerabilità, esposizione a rischi ambientali, accesso a risorse, servizi e comfort, e influisce sulle opportunità delle persone per vivere una vita sana e prospera (Marmot *et al.*, 2008; Friel, 2014; Braveman, 2014). Alcuni dei principali fattori che influenzano le disuguaglianze nell'ambiente urbano sono l'accesso all'istruzione, alle opportunità economiche, alla protezione sociale, alla sicurezza, all'assistenza sanitaria, ai servizi sociali, alla cultura, allo sport e alle attività ricreative, alla fornitura di alloggi, alla qualità dell'aria e dell'acqua, ai trasporti pubblici, agli spazi verdi e al cibo sano.

Per affrontare la questione, è necessario analizzare le diverse fragilità territoriali, tra cui quelle ambientali, legate alla mobilità, all'accessibilità e alle caratteristiche socioeconomiche e paesaggistiche. Lanzani (2020) e Pultrone (2020), sottolineano l'importanza di integrare questa riflessione con una valutazione delle vulnerabilità territoriali, che presentano inevitabili incertezze nella loro gestione. La comprensione delle fragilità e delle vulnerabilità territoriali è fondamentale per la pianificazione e la gestione sostenibile del territorio. È fondamentale riconoscere e sfruttare le diversità territoriali per promuovere la resilienza e la capacità di adattamento ai cambiamenti. Lanzani (2020), evidenzia come la diversità dei contesti territoriali rappresenti una risorsa preziosa per affrontare le sfide ambientali e sociali. Per sviluppare politiche efficaci, è essenziale adottare strategie territoriali basate su una comprensione profonda delle dinamiche locali e dei legami tra i vari elementi del paesaggio (Pultrone, 2020). Brenner (2016) sostiene che l'urbanizzazione non può essere considerata come un fenomeno isolato, ma piuttosto come un insieme complesso di processi che influenzano e sono influenzati dai contesti territoriali circostanti. Per comprendere pienamente il fenomeno, è fondamentale analizzare le dinamiche socioeconomiche e ambientali che caratterizzano

²⁴ Fondata nel 1978 dopo la prima conferenza su insediamenti umani e sviluppo urbano sostenibile (Habitat I) a Vancouver, Canada, l'organizzazione ha avuto origine grazie a una risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Con sede a Nairobi, Kenya, è guidata da un Direttore esecutivo. Sito: <https://unhabitat.org/>

i paesaggi urbani e rurali. È cruciale considerare la polarizzazione centro-periferia e gli eventuali contrasti dinamici che ne derivano. Brenner (2016) sostiene che la polarizzazione centro-periferia, presente in molte aree urbane, determina disuguaglianze nella distribuzione delle risorse e delle opportunità. Affrontare la polarizzazione richiede l'adozione di politiche e strategie territoriali innovative, che promuovano una maggiore equità e coesione sociale. L'analisi delle fragilità territoriali e delle dinamiche urbane richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che tenga conto delle complessità e delle interconnessioni tra i diversi elementi del paesaggio. Solo attraverso una comprensione approfondita di tali dinamiche è possibile sviluppare politiche e strategie efficaci per la gestione sostenibile del territorio.

Per comprendere meglio le disuguaglianze urbane, è utile analizzare alcune delle principali dimensioni strutturali che le determinano. Diversi studi hanno sottolineato l'importanza dell'accessibilità e della mobilità come due fattori chiave nell'organizzazione dello spazio urbano e nella distribuzione delle opportunità sociali ed economiche (Urry, 2002; Melzi e Memo, 2011; Colleoni, 2009; Secchi, 2011; Kaufmann, 2014; Cass *et al.*, 2005;).

Questi elementi influenzano direttamente la possibilità di partecipare alla vita della città, accedere ai servizi essenziali e migliorare la qualità della vita ((Jensens, 2006; Cagney *et al.*, 2020; Kaufmann *et al.*, 2004; Sheller e Urry, 2006).

In questo scenario, l'accessibilità e la mobilità rappresentano elementi fondamentali nell'analisi delle disuguaglianze spaziali e sociali.

Questi due fattori funzionano come proxy per l'individuazione di disuguaglianze, poiché la loro distribuzione non è mai neutrale, ma riflette dinamiche economiche, politiche e infrastrutturali che modellano lo spazio urbano. La distribuzione disomogenea di accessibilità e mobilità può produrre effetti cumulativi sulle condizioni di vita, incidendo su opportunità di partecipazione, accesso a risorse e capacità di interazione con il territorio (Büscher e Urry, 2009; Sheller, 2018; Borlini *et al.*, 2011; Colleoni, 2009; Borlini e Memo, 2009).

L'accessibilità e la mobilità non descrivono solo la struttura fisica della città, ma determinano la distribuzione delle risorse, creando vantaggi e svantaggi per i diversi gruppi sociali.

Analizzare l'accessibilità e la mobilità di un determinato territorio permette di comprendere come le disuguaglianze socio-spaziali si strutturano e si riproducono, rilevando le logiche di esclusione e inclusione nelle città.

L'accessibilità è di natura multidimensionale, comprendente elementi come l'accessibilità economica, l'accettabilità, la disponibilità e l'accessibilità spaziale (Penchansky e Thomas, 1981), e descrive il processo attraverso cui individui e gruppi sociali acquisiscono la possibilità di usufruire delle risorse materiali e immateriali presenti nel contesto urbano.

In questa prospettiva, l'accessibilità può essere definita come:

«la diversa abilità/possibilità che individui e gruppi sociali hanno di contrattare a proprio favore i tempi e gli spazi della città, in modo da compiere le pratiche e mantenere le relazioni che essi ritengono significative per la propria vita sociale»
(Cass *et al.*, 2005, p. 543)

In generale, il concetto di accessibilità si riferisce alla possibilità di interagire con diversi luoghi (Hansen, 1959) e, tradizionalmente, è stata vista come un'attività volta a soddisfare vari bisogni. Rappresenta una vera e propria condizione fondamentale per l'accesso ai beni e ai servizi nelle città ed è un fattore chiave per l'integrazione, poiché può influenzare chi può accedere a un luogo con

maggiore o minore facilità., Tradizionalmente, il concetto di accessibilità era principalmente legato ai luoghi di destinazione né e ai costi associati a raggiungerli. Tuttavia, ora il concetto si è ampliato per includere le diverse abilità e risorse che le persone hanno a disposizione per raggiungere un luogo e svolgere determinate attività. L'accessibilità dipende dai vincoli, che rappresentano le difficoltà nel raggiungere una destinazione. Le misure di accessibilità di solito considerano sia i vincoli, come i costi economici o temporali per raggiungere una destinazione, sia i fattori attrattivi, che riflettono le qualità delle destinazioni stesse e il numero di opportunità che possono essere raggiunte entro un certo periodo di tempo. Questi vincoli possono essere di vario tipo e riflettono diverse forme di disuguaglianza sociale, come quelle legate al reddito, al livello culturale, all'età, al genere, alla gestione del tempo, al capitale di mobilità e alla residenza. L'analisi dell'accessibilità consente di individuare le aree con minore (o maggiore) accesso alle risorse urbane, consentendo una valutazione delle disuguaglianze spaziali e sociali nell'accesso (Hewko *et al.*, 2002; Talen, 1998).

Studi hanno evidenziato che la facilità di accesso ai servizi quali assistenza sanitaria, istruzione, punti vendita e spazi verdi conduce a miglioramenti significativi della salute e della qualità della vita dei residenti. Tali servizi svolgono un ruolo cruciale nella creazione di comunità più salutari e soddisfatte (Frank, 2006). L'accessibilità consente a ciascun individuo di partecipare alle attività offerte dalla comunità, e pertanto riveste un'importanza fondamentale nel garantire le condizioni per la partecipazione attiva ad ogni persona. È essenziale comprendere come l'accessibilità sia strumentale nel misurare le necessità di base per evitare l'esclusione sociale, valutando le attività considerate essenziali per il mantenimento del tessuto sociale. Oggi, la città deve essere concepita come un grande organismo complesso, dove ogni individuo ha l'opportunità di entrare in contatto con persone provenienti da sfere diverse sociali. La varietà di interazioni è favorisce l'accesso a maggiori opportunità per raggiungere gli obiettivi personali e sociali (Hannerz, 1992). In quest'ottica la fluidità dell'ambiente urbano è una sorta di facilitatore; infatti, quando l'ambiente è dinamico e in grado di adattarsi ai bisogni dei cittadini diventa più semplice per le persone costruire le loro vite come desiderano (*ivi*). Ciò può includere la possibilità di trovare lavoro, incontrare persone con interessi simili, accedere a servizi utili e così via. Quando le persone possono realizzare i loro obiettivi, aumentano le diversità e le connessioni nelle loro reti sociali. Ciò consente alle di sviluppare contatti significativi e relazioni che arricchiscono la loro vita e rafforzano la vitalità della comunità.

Diversi studi hanno condotto analisi sull'accessibilità geografica dei servizi e delle strutture presenti nelle aree residenziali, focalizzandosi sul loro potenziale contributo al benessere e alla salute della popolazione. Alcuni dei principali servizi includono i centri sanitari, le strutture per il tempo libero e i supermercati alimentari (Pearce *et al.*, 2006). L'accessibilità è cruciale per le persone con limitazioni di mobilità e risorse economiche, poiché un accesso più diretto e agevole riduce i tempi e i costi, e migliorando le opportunità quotidiane (Smoyer-Tomic *et al.*, 2004; Donkin *et al.*, 1999). Parallelamente, sono stati condotti studi che valutano l'accessibilità geografica di risorse che potrebbero avere un impatto negativo sulla salute, come i siti di smaltimento dei rifiuti, i fast food e le fonti di inquinamento derivante dalle grandi autostrade (Pearce *et al.*, 2007). Queste analisi considerano come la distribuzione di tali risorse possa influenzare la salute e il benessere delle comunità locali, evidenziando l'importanza di politiche urbane e decisioni di pianificazione che tengano conto di tali impatti sulla salute pubblica (Black e Conroy, 1977; Zhou e Parves, 2012; Wachs e Kumagai 1973; La Rosa *et al.*, 2018). In stretta relazione con il fenomeno dell'accessibilità, la mobilità è un argomento di notevole interesse sociologico. Spesso utilizzati come sinonimi, i due concetti si riferiscono a concetti distinti, sebbene strettamente correlati. Infatti, la mobilità è strettamente correlata alla componente dell'accessibilità, il che significa che le politiche volte a

migliorare la mobilità (nuovi bus e stazioni metropolitane, green mobility) probabilmente tendono ad influenzare positivamente anche l'accessibilità. Tuttavia, è importante sottolineare che l'accessibilità non è direttamente proporzionale alla mobilità. Ovvero: un elevato livello di accessibilità non sempre coincide con una grande mobilità, e viceversa. È possibile avere un'elevata accessibilità anche se ci si muove poco. Ad esempio, questo può verificarsi in aree con traffico congestionato, ma dove le persone vivono vicino ai luoghi che devono raggiungere, riducendo la necessità di lunghi spostamenti in auto o con mezzi pubblici. Al contrario, si può avere una grande mobilità ma una scarsa accessibilità. Ciò si verifica quando c'è una buona infrastruttura di trasporto e poco traffico, ma le opportunità di destinazione per le attività quotidiane sono limitate o non soddisfacenti. In breve, accessibilità e mobilità sono concetti collegati ma distinti: non sono la stessa cosa. Migliorare la mobilità può contribuire a migliorare l'accessibilità, ma non è l'unico fattore determinante. È fondamentale considerare anche la disponibilità e la qualità delle destinazioni raggiungibili per garantire un effettivo miglioramento dell'accessibilità urbana. La mobilità, che significa il movimento delle persone e delle cose da un luogo all'altro, è estremamente importante nella nostra vita di tutti i giorni.

Quando parliamo di città, intendiamo non solo gli edifici e le strade, ma anche l'ambiente sociale e culturale in cui viviamo e ci spostiamo. È qui che troviamo sviluppato al massimo il sistema che ci permette di muoverci, un sistema che include mezzi di trasporto come auto, autobus e metropolitane, biciclette e molto altro ancora. L'espansione dei sistemi di mobilità e l'aumento di veicoli personali come le automobili, ha avuto un impatto significativo sul modo in cui le città sono organizzate e funzionano. Quando più persone possono muoversi più facilmente da un posto all'altro, la città diventa più complessa. Questo significa che ci sono più strade, più traffico e più persone che si spostano, influenzando la vita quotidiana e l'ambiente circostante in molti modi (Quigley e Weinberg, 1977; Musterd *et al.*, 2016; Humphreys, 2010). L'impatto positivo della mobilità sulla salute e sulla qualità della vita è palese nelle città dotate di una rete infrastrutturale ben sviluppata. Ciò si traduce in un aumento del tempo dedicato alle attività culturali, sportive e ricreative da parte dei cittadini, con conseguente elevazione dei livelli di benessere e vivacità urbana (Jelleyman e Spencer, 2008; Punziano, 2019). In conclusione, oggi l'aumento della mobilità rappresenta un tratto caratteristico dello stile di vita urbano contemporaneo. Tale fenomeno, principalmente caratterizzato dall'uso prevalente dell'automobile privata, è considerato una fonte di libertà individuale. Tuttavia, nell'era moderna, gli individui sono fortemente vincolati dalla necessità di essere mobili al fine di partecipare attivamente alla vita sociale e coordinare le molteplici attività quotidiane nel contesto spaziotemporale (Cagney *et al.*, 2020; Camagni *et al.*, 2002). In parte, questo aumento della mobilità, reso sempre più flessibile grazie ai progressi nei sistemi di trasporto e nelle infrastrutture correlate, ha contribuito all'incremento delle distanze medie tra residenza, luogo di lavoro e altre attività, rendendo indispensabile un alto grado di mobilità nelle routine quotidiane (Urry, 2002, 2004). Tuttavia, è importante sottolineare come l'aumento della complessità dei sistemi urbani, l'accentuarsi delle disuguaglianze sociali e l'emergere di nuove problematiche richiamano l'importanza di un approccio globale alla mobilità. Tale approccio, considerato un aspetto chiave della vita nelle città, influenza profondamente le opportunità di miglioramento della qualità della vita per ciascun individuo. La mobilità non è solo un mezzo per spostarsi da un luogo all'altro, ma rappresenta anche un elemento fondamentale nella costruzione dell'identità personale, in armonia con le trasformazioni degli stili di vita delle comunità urbane, e svolge un ruolo cruciale nella promozione dell'inclusione sociale e dell'equità (Pucci, 2014; Monardo, 2003; Secchi, 2013).

In questo contesto, il concetto di mobilità sostenibile riveste un ruolo cruciale, configurandosi come una risposta sistemica alle sfide derivanti dalla crescente complessità dei sistemi urbani e dall'aumento della domanda di spostamenti. Ciò si fonda sulla promozione di modalità di trasporto a basso impatto ambientale, quali il trasporto pubblico, la mobilità ciclabile e pedonale, e sulla progressiva riduzione dell'eccessivo utilizzo di veicoli privati alimentati da combustibili fossili (Banister, 2008; Camporeale *et al.*, 2022; Pieretti, 2012).

Uno degli obiettivi fondamentali della mobilità sostenibile è quello di coniugare l'efficienza del sistema dei trasporti con l'inclusività sociale e la riduzione delle emissioni di gas serra, contribuendo così al contrasto degli effetti del cambiamento climatico e al miglioramento della qualità dell'aria nelle aree urbane. A questo proposito, non si tratta semplicemente di un intervento tecnico sulle infrastrutture di trasporto, ma di un approccio multidimensionale che richiede un cambiamento culturale e comportamentale. Le scelte individuali in materia di mobilità riflettono infatti una complessa interazione tra valori personali, atteggiamenti e priorità sociali. Studi consolidati evidenziano che i comportamenti legati al trasporto sono influenzati da fattori psicologici, sociologici e ambientali, in una dinamica che collega motivazioni intrinseche e pressioni esterne (Steg, 2005; Schwanen e Mokhtarian, 2005). La mobilità sostenibile deve pertanto essere interpretata non solo come un insieme di pratiche osservabili, ma anche come l'espressione di un sistema di valori e preferenze che modellano le scelte quotidiane (Dempsey *et al.*, 2011).

1.5 Tra qualità della vita e benessere: una panoramica sulle città italiane

Questo paragrafo offre una panoramica preliminare sulle città italiane, propedeutica al disegno di ricerca, attraverso l'analisi di due insiemi di dati su base comunale. Il primo set di dati, "*Quality of Life in European Cities*"²⁵, considera 26 città italiane e si concentra su diversi indicatori legati alla qualità della vita, offrendo un confronto con altre città europee. Il secondo, basato sui dati del Benessere Equo e Sostenibile²⁶ (BES), fornisce informazioni specifiche sulle città metropolitane italiane, con particolare attenzione alle dimensioni del benessere territoriale.

Prima di procedere con l'analisi vera e propria, è essenziale chiarire il significato e la portata dei concetti di qualità della vita e benessere. I due concetti non solo rappresentano le basi teoriche e metodologiche dell'analisi, ma fungono anche da cornice interpretativa per comprendere le differenze e le peculiarità tra le diverse città.

1.5.1 La qualità della vita (QdV)

Il concetto di qualità della vita rappresenta un termine adottato sia nel linguaggio comune che tra gli accademici e i politici. Nonostante l'universale riconoscimento della sua importanza, si constata una

²⁵ https://ec.europa.eu/regional_policy/information-sources/maps/quality-of-life_en

²⁶ Il progetto Benessere equo e sostenibile (Bes) è stato avviato in Italia nel 2010 con l'intento di superare i limiti dei tradizionali indicatori economici, come il Prodotto interno lordo (PIL), nella misurazione del progresso di una società. Il Bes integra dimensioni economiche, sociali e ambientali, introducendo indicatori in grado di cogliere la qualità della vita delle persone e la sostenibilità dello sviluppo. Dal 2016, il sistema Bes è affiancato dalla diffusione degli indicatori per il monitoraggio degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) definiti nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Questi ultimi, selezionati sulla base di un consenso globale, si articolano in circa 250 indicatori adottati dalla Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) per valutare l'avanzamento dei Paesi verso traguardi condivisi. Sebbene i due insiemi di indicatori – Bes e SDGs – siano solo parzialmente sovrapponibili, essi risultano complementari e concorrono a fornire un quadro articolato e multidimensionale del benessere sostenibile.

manca di uniformità nel suo significato. Anche nel contesto scientifico, si ammette l'impossibilità di formulare una definizione formale, oggettiva e universale, in quanto sia la componente soggettiva che quella percettiva del concetto è di notevole rilevanza. Una prima definizione chiara della qualità della vita (QdV²⁷) è fornita dalla World Health Organization che la descrive come:

«La percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi» WHOQOL²⁸ (1995, pp. 1405)

Come per la definizione di salute anche qui emerge un'idea di qualità della vita come costrutto multidimensionale, dando allo stesso tempo un ruolo rilevante alla valutazione e alla percezione soggettiva dell'individuo. Valutare la QdV è una sfida ambiziosa che solleva una serie di questioni di natura teorica, empirica e metodologica.

L'enfasi sulla QdV non si presenta come mera retorica, ma all'interno del testo sono delineate le azioni per raggiungere tale miglioramento. Infatti, il concetto di qualità assume un'interessante connotazione nell'ambito della riflessione sulla trasformazione degli stili di vita contemporanei: considerando il crescente numero di ore trascorse al di fuori degli spazi domestici privati, la qualità non può essere limitata esclusivamente al singolo servizio isolato, ma deve estendersi al suo contesto e agli spazi pubblici di accesso. La letteratura degli anni '90 (Nuvolati e Zajczyk, 1997) notò come c'è stata un'assenza di approccio teorico-metodologico capace di conciliare stili di vita, sistemi di valori e condizioni di vita degli individui.

Uno dei primi studi di particolare interesse per lo studio della qualità della vita è il lavoro di Martha Nussbaum²⁹ con l'Approccio della capacità - *capability approach* - (Nussbaum *et al*, 1993).

Secondo questo approccio l'idea di base che segue è che «la qualità della vita vada misurata in rapporto ad alcune capacità funzionali essenziali per lo sviluppo della persona umana» (Fornero, 2005). Con il termine capacità, Nussbaum (2013) intende e specifica che «esse non sono semplicemente delle abilità insite nella persona, ma anche le libertà o le opportunità create dalla combinazione di abilità personali e ambiente politico, sociale ed economico». Le capacità non sono fisse, bensì fluide e si sviluppano nella maggior parte dei casi in interazione con l'ambiente familiare, economico, sociale e politico. L'approccio descrive il benessere individuale in ottica multidimensionale, guardando a una molteplicità di indicatori e considerando i mezzi e le risorse acquisibili come uno strumento essenziale, ma non metricamente adeguato. Difatti, il *capability approach* concentra l'attenzione sulla libertà degli individui stessi di raggiungere il benessere (Anand *et al*, 2005; Nuvolati, 2002).

Siamo in un'epoca in cui la qualità della vita ha assunto una posizione di rilievo crescente nel campo sanitario. Questo perché il coinvolgimento attivo delle persone nelle decisioni che riguardano la propria salute sta diventando sempre più centrale. Il punto di vista dell'individuo, basato sulle sue percezioni, credenze, emozioni e esperienze quotidiane, rappresenta un nuovo parametro di valutazione. In questo framework, le città costituiscono il luogo in cui la maggior parte della

²⁷ Nella versione inglese, Quality of Life, QoL

²⁸ WHOQOL è uno strumento sviluppato dalla World Health Organization per valutare la qualità della vita, tenendo conto di fattori culturali, valori e obiettivi personali. Misura la percezione di una persona della propria posizione nella vita in base a cultura, valori, aspettative e preoccupazioni. Il WHOQOL è disponibile in diverse versioni, tra cui il WHOQOL-BREF per una valutazione più rapida.

²⁹ Sviluppato insieme all'economista Amartya Sen (1987).

popolazione vive e apprende, dove le economie si sviluppano e si crea la possibilità di migliorare la società e proteggere il pianeta. Pertanto, una buona qualità della vita in ambiente urbano non rappresenta solo un bisogno essenziale, ma costituisce anche una risorsa fondamentale per il futuro. Ma qual è il metodo adatto per valutare la qualità della vita all'interno delle aree urbane?

In parallelo alla riflessione filosofica sulla QdV, si è sviluppata la ricerca empirica, soprattutto nell'ambito della sociologia urbana, che si concentra sull'analisi dei problemi legati al territorio. Infatti, il concetto di QdV rappresenta una prospettiva essenziale nell'analisi delle dinamiche urbane. Da un lato, offre un quadro concettuale utile per valutare la vivibilità delle città nelle sue diverse sfaccettature; dall'altro, fornisce un'angolazione teorica attraverso cui esaminare le trasformazioni nella società e nei modelli di vita associati.

Da molti anni, c'è un dibattito in corso riguardo agli indicatori che possono essere utilizzati per misurare la qualità della vita e la sostenibilità ambientale. Questo dibattito ha progredito notevolmente dal punto di vista teorico, portando all'elaborazione di indicatori sempre più sofisticati, che persino considerano la felicità come una componente essenziale della ricchezza di una nazione (Veenhoven, 2001). Si è esteso anche a livello pratico, come nel caso dell'Europa, dove sono stati adottati insiemi di indicatori per valutare l'andamento nei vari paesi membri, confrontandolo con gli obiettivi stabiliti dalle politiche comuni.

Dal 2011, il rapporto *How's life?: measuring well-being* dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico³⁰ (OCSE) e il *Your Better Life Index*³¹ (BLI), esaminano 11 dimensioni (Figura 6) collegate alla qualità della vita: reddito, lavoro, abitazione, salute, equilibrio tra vita professionale e privata, istruzione, relazioni sociali, governance e impegno civico, ambiente, sicurezza personale, benessere soggettivo, alle quali si aggiungono il contesto economico e il contesto demografico.

³⁰ L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) – in inglese Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), è un'organizzazione internazionale di studi economici per i Paesi membri, Paesi sviluppati aventi in comune un'economia di mercato.

³¹ Il Better Life Index è uno strumento interattivo che permette agli utenti di assegnare un valore alle 11 dimensioni considerate in base all'importanza che ciascuno attribuisce a queste dimensioni per la propria qualità di vita. Questo indice personalizzato può poi essere confrontato con le performance dei singoli Paesi, permettendo di identificare quelli che meglio rispecchiano la propria percezione di benessere. <https://www.oecdbetterlifeindex.org>

Figura 6. Dimensioni *Better Life Index*

Fonte: Elaborazione propria da OECD - *How's life?: measuring well-being*



Un ulteriore strumento che approfondisce la comprensione della qualità della vita urbana percepita è lo studio *Quality of Life in European Cities* condotto dalla Commissione Europea dal 2007 con il contributo dell'Istat³². Questa indagine valuta vari aspetti della soddisfazione di vita, inclusa la percezione generale della qualità della vita, l'inclusività, il supporto sociale e le opportunità lavorative e abitative. Il confronto dei dati di 26 città italiane con quelli di altre 59 città europee permette di evidenziare punti di forza e debolezza, fornendo indicazioni per migliorare le politiche urbane.

Nell'ultima rilevazione in riferimento all'anno 2023 consideriamo tre principali indicatori: la soddisfazione di vivere nella propria città, la soddisfazione di vivere nel proprio quartiere, e la soddisfazione generale della vita condotta. Tali indicatori offrono una panoramica significativa delle percezioni dei residenti e permettono di identificare le differenze regionali e le potenziali aree di intervento per migliorare la qualità della vita urbana.

Dalla Tabella 3 la città di Trento emerge come la più soddisfacente, con il 95.4% dei cittadini soddisfatti di vivere nella propria città e il 94.4% soddisfatti del proprio quartiere. Anche la soddisfazione generale della vita è elevata, con un 91.4%. Questa coerenza tra i vari indicatori suggerisce un elevato livello di qualità della vita complessiva. Analogamente, Trieste si posiziona in alto con una soddisfazione del 94.0% per la città e del 92.2% per il quartiere, e un 86.7% di soddisfazione della vita, indicativo di un contesto urbano positivo e ben bilanciato.

In contrasto, città come Reggio di Calabria e Taranto mostrano livelli significativamente più bassi di soddisfazione. Reggio di Calabria, ad esempio, ha solo il 52.3% dei cittadini soddisfatti di vivere nella città e un ancor più basso 40.3% soddisfatti del proprio quartiere, con una differenza negativa del 12.7% tra la soddisfazione per la città e il quartiere. Taranto presenta un quadro simile, con il

³² L'Istituto nazionale di statistica (Istat) è l'ente pubblico di ricerca italiano incaricato della produzione e diffusione dell'informazione statistica ufficiale. Tra le sue principali attività rientrano i censimenti generali della popolazione, dell'industria, dei servizi e dell'agricoltura, le indagini campionarie sulle famiglie e le rilevazioni economiche a livello nazionale.

47.8% di soddisfazione per la città e il 68.0% per il quartiere, con un -20.2% nella differenza tra città e quartiere, e il 66.8% di soddisfazione generale della vita. I dati possono indicare problematiche strutturali e sociali che influenzano negativamente la percezione della qualità della vita in queste aree. Per città come Trento e Trieste, la differenza è minima (1.0% e 1.8% rispettivamente), e ciò suggerisce una percezione omogenea e positiva tra i vari livelli di esperienza urbana. Tuttavia, in città come Reggio di Calabria e Catania, dove le differenze sono ampie e negative (-12.7% e -9.5%), emerge un disagio significativo nei quartieri che potrebbe richiedere interventi specifici.

Anche Messina e Palermo, rispettivamente con il 68,0% e il 61% di soddisfazione per la città e una differenza negativa significativa di -6,6% e di -9,8% per i quartieri, indicano una percezione meno positiva e suggeriscono un livello di insoddisfazione relativamente alto sia a livello cittadino che di quartiere. Cagliari si distingue con una soddisfazione del 91,9% per la città e una differenza positiva significativa di 6,1% tra la soddisfazione per la città e quella per il quartiere.

Brescia, con il 90,6% di soddisfazione per la città e una lieve differenza negativa (-0,2%) rispetto alla soddisfazione per il quartiere, mostra una soddisfazione molto alta e uniforme tra città e quartiere, indicando una percezione equilibrata. Anche Bolzano presenta una soddisfazione elevata (90,1%) e una differenza del -2,4% tra la città e il quartiere. Bergamo (91,3%) e Parma (89,2%) hanno una soddisfazione elevata con differenze minime tra città e quartieri, evidenziando una qualità della vita urbana generalmente percepita come molto buona. Ancona (87,4%) e Verona (88,7%) mostrano percentuali alte di soddisfazione per la città, con differenze rispettivamente di -2,0% e 4,0% rispetto alla soddisfazione per i quartieri. Bologna e Firenze, con soddisfazioni rispettivamente del 86,4% e 85,4%, mostrano una percezione positiva della vita urbana e la differenza di soddisfazione tra la città e i quartieri è leggermente negativa per Bologna (-0,4%) e positiva per Firenze (3,4%).

Perugia (85,9%), Pescara (82,8%) e Torino (82,0%) hanno percentuali di soddisfazione un po' più basse rispetto alle città precedenti, ma comunque sopra la media.

Venezia con il 78,4% mostra una percezione delle soddisfazioni più bassa rispetto alle altre città del nord Italia, con una differenza di soddisfazione tra città e quartiere di -4,4%. Ciò suggerisce che potrebbero esserci problematiche urbane che influenzano negativamente la percezione della città nel suo complesso come, ad esempio, il turismo massiccio che può anche avere effetti negativi (sovraffollamento, degrado ambientale e pressioni sugli abitanti locali possono contribuire a una percezione negativa della qualità della vita urbana) o problemi ambientali (come l'acqua alta).

Tabella 3. Soddisfazione e qualità della vita nelle città italiane (anno 2023)

Fonte: elaborazione dell'autore su dati Istat

Città	Persone soddisfatte di vivere nella propria città	Persone soddisfatte del quartiere in cui vivono	Differenza % tra persone soddisfatte di vivere nella propria città rispetto alle persone soddisfatte di vivere nel proprio quartiere	Persone soddisfatte della vita che conducono
Trento	95,4	94,4	1,0	91,4
Trieste	94,0	92,2	1,8	86,7
Cagliari³³	91,9	85,8	6,1	79,4
Bergamo	91,3	88,4	2,9	86,4
Brescia	90,6	90,8	-0,2	86,2
Bolzano	90,1	87,7	2,4	89,6
Parma	89,2	84,9	4,3	86,6
Verona	88,7	84,7	4,0	80,1

³³ In rosso le 14 città metropolitane d'Italia

Ancona	87,4	89,4	-2,0	83,8
Bologna	86,4	82,2	4,2	78,3
Perugia	85,9	86,3	-0,4	82,4
Firenze	85,4	82,0	3,4	82,3
Milano	84,2	83,6	0,6	83,8
Genova	83,1	81,4	1,7	78,6
Pescara	82,8	78,5	4,3	79,8
Torino	82,0	81,2	0,8	72,0
Bari	81,7	76,2	5,5	75,4
Venezia	78,4	82,8	-4,4	83,4
Sassari	77,0	86,2	-9,2	73,7
Roma	71,0	75,2	-4,2	73,4
Messina	68,0	74,6	-6,6	72,5
Napoli	65,4	64,6	0,8	68,0
Palermo	61,1	70,9	-9,8	71,8
Catania	56,4	65,9	-9,5	75,5
Reggio di Calabria	52,3	65,0	-12,7	66,3
Taranto	47,8	68,0	-20,2	66,8

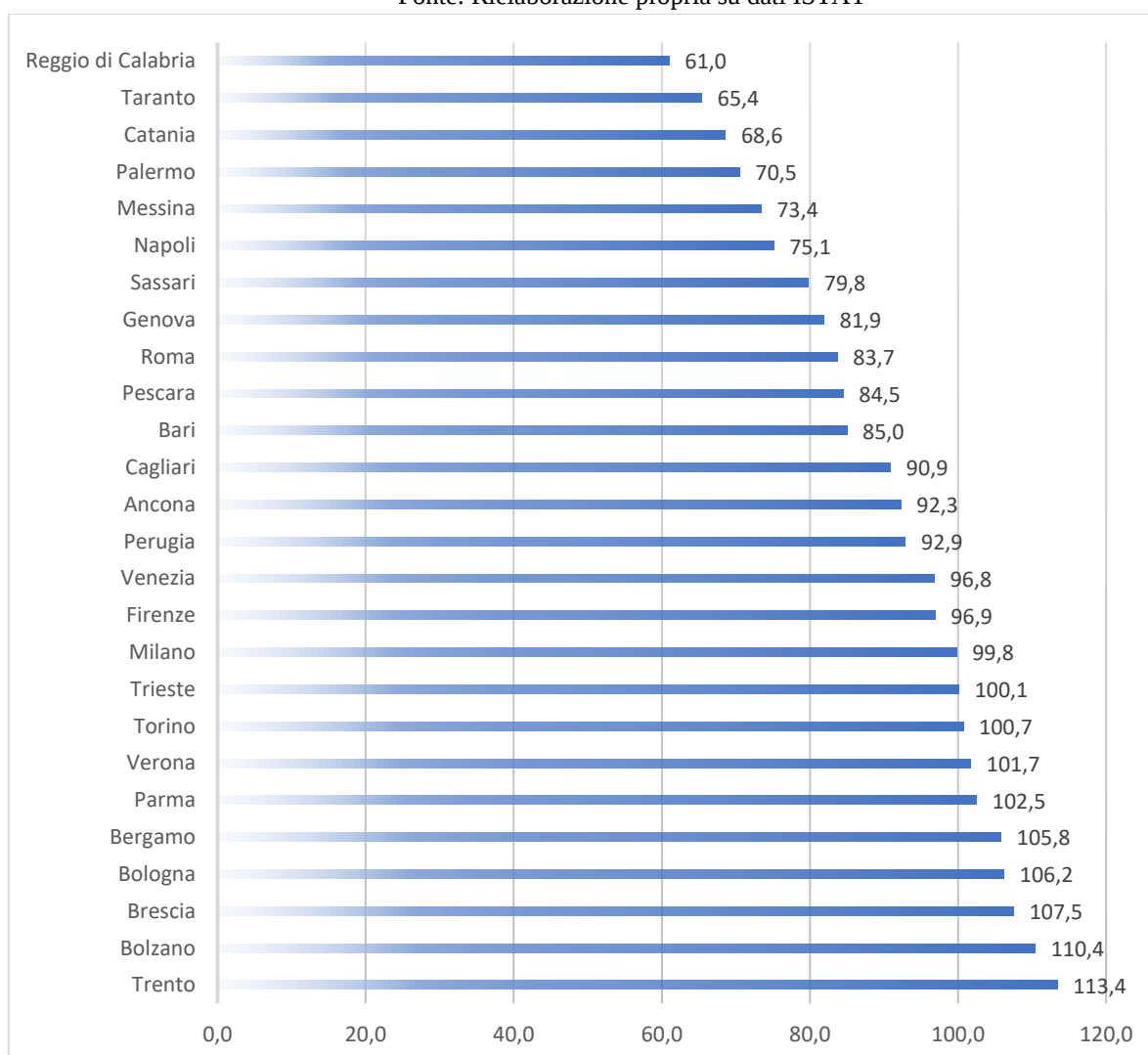
Concentrandoci sui cittadini delle tre città protagoniste del lavoro di ricerca, a Napoli la soddisfazione di vivere nella propria città si attesta al 65,4%, una percentuale molto bassa rispetto ad altre città italiane. Questo dato suggerisce che molti napoletani non sono soddisfatti delle condizioni generali della città. Ciò è sottolineato anche dall'indice sintetico sulla percezione dell'efficienza dei servizi pubblici (Figura 7)³⁴ dove Napoli si posiziona sest'ultima tra le città italiane considerate con un punteggio di 75.1. Inoltre, la differenza tra la soddisfazione per la città e quella per il quartiere è minima (0,8%) e ciò può indicare che i cittadini partenopei percepiscono in modo simile la qualità della vita a livello cittadino e di quartiere. La soddisfazione per la vita in generale è leggermente superiore (68,0%), suggerendo che ci sono aspetti della vita quotidiana che compensano le percezioni negative dell'ambiente urbano, come forse le relazioni sociali o altre dimensioni personali.

Roma invece presenta una situazione leggermente migliore, con il 71,0% dei residenti soddisfatti di vivere nella città. Tuttavia, la soddisfazione per i quartieri è più alta (75,2%), con una differenza del 4,2%. Ciò può indicare che i romani tendono a trovare i loro quartieri migliori rispetto alla città nel suo complesso. Questo potrebbe riflettere una certa delusione con problemi urbani come il traffico o la gestione dei servizi pubblici, mentre i contesti più piccoli, come i quartieri, vengono percepiti più positivamente. La soddisfazione generale per la vita (75,4%) è in linea con quella per i quartieri, suggerendo che i fattori locali giocano un ruolo importante nel determinare la qualità della vita dei romani. Anche l'indice sintetico sulla percezione dell'efficienza pubblica è molto più alto rispetto a Napoli (con punteggio di 83.7) e ciò ci suggerisce che, nonostante le sfide e le criticità spesso associate alla vita in una grande città metropolitana come Roma, i cittadini percepiscono un buon livello di efficienza nei servizi offerti dall'amministrazione pubblica e contribuisce a mitigare eventuali insoddisfazioni legate ad altri aspetti della vita urbana.

³⁴ L'Indice sintetico sulla percezione dell'efficienza dei servizi pubblici della città è stato calcolato come AMPI (Adjusted Mazziotta-Pareto Index) (Mazziotta e Pareto, 2018) sintetizzando le seguenti dimensioni: 1) Persone soddisfatte dei trasporti pubblici 2) Persone soddisfatte degli spazi verdi 3) Persone soddisfatte delle infrastrutture sportive 4) Persone soddisfatte delle infrastrutture culturali 5) Persone soddisfatte delle scuole e degli altri servizi di formazione 6) Persone soddisfatte di servizi sanitari, medici e ospedali 7) Persone soddisfatte degli spazi pubblici 8) Persone soddisfatte della pulizia della città (Istat, 2022).

Milano, infine, si distingue per i suoi alti livelli di soddisfazione. L'84,2% dei milanesi è soddisfatto di vivere nella propria città, e la soddisfazione per i quartieri è quasi alla pari (83,6%), con una differenza minima di appena 0,6%. Ciò indica una percezione generalmente positiva della città a diversi livelli. Anche la soddisfazione generale per la vita è elevata (83,8%), suggerendo che l'ambiente urbano di Milano contribuisce significativamente alla qualità della vita dei suoi residenti. Milano sembra quindi offrire un contesto urbano ben percepito, in cui i cittadini trovano soddisfazione nella loro vita quotidiana, nell'ambiente in cui vivono e nell'efficienza dei servizi pubblici (con un punteggio di 99,8).

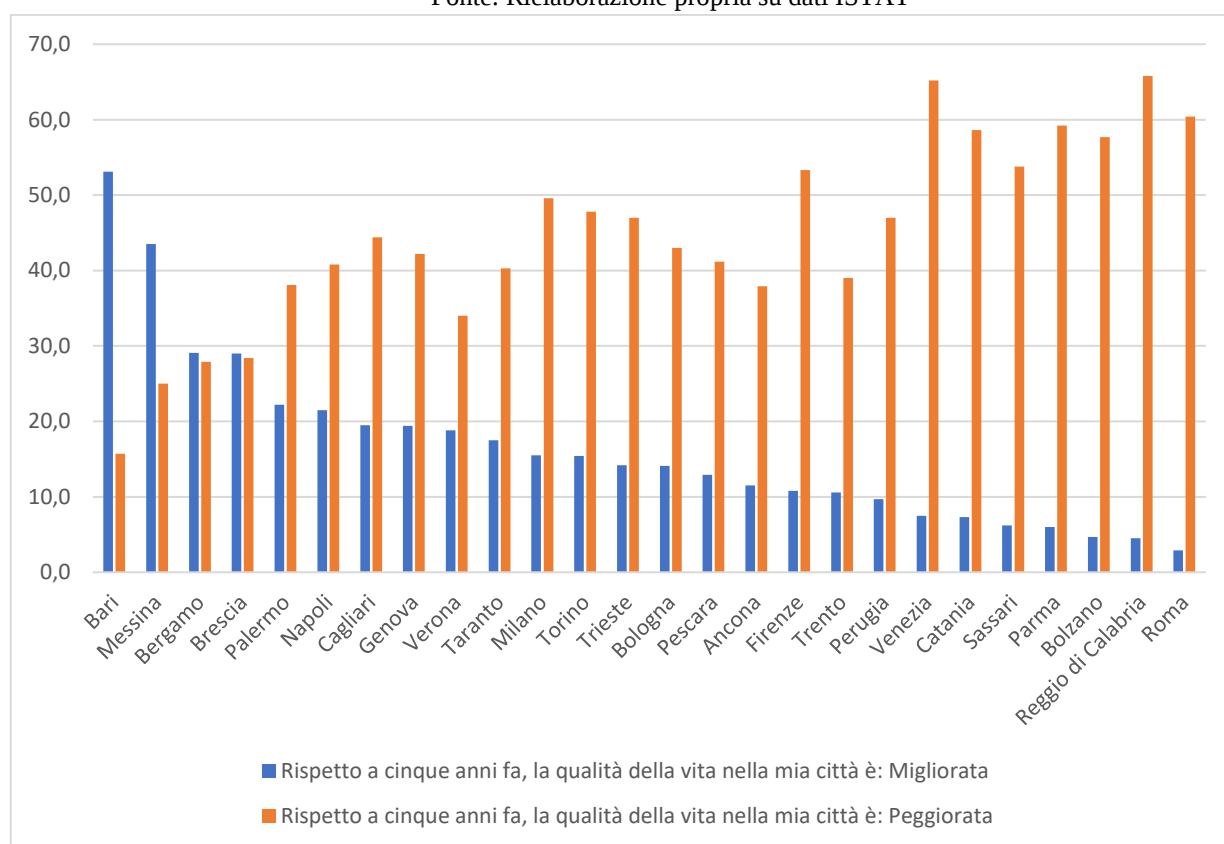
Figura 7. Rappresentazione dell'indice sintetico sulla percezione dell'efficienza dei servizi pubblici della città
Fonte: Rielaborazione propria su dati ISTAT



Tuttavia, dalla Figura 8 è interessante osservare come la percezione di un miglioramento della qualità della vita negli ultimi cinque anni sia emersa solo in quattro città: Bari, Messina, Bergamo e Brescia. In queste città, un numero significativo di residenti ritiene che la qualità della vita sia migliorata. Al contrario, la percezione di un peggioramento della qualità della vita è predominante in città come Reggio Calabria e Venezia, dove il 65,8% e il 65,2% dei residenti, rispettivamente, segnalano un declino significativo. Anche Napoli (40,8%), Roma (60,4%) e Milano (49,6%) mostrano una tendenza al declino nella qualità della vita, con percentuali considerevoli di residenti che riportano un peggioramento.

Figura 8. Percentuale di persone che ritengono, rispetto a cinque anni fa, la qualità della vita della Migliorata/Peggiorata

Fonte: Rielaborazione propria su dati ISTAT



Il quadro complessivo evidenzia una netta divisione tra le città del Nord e del Sud Italia, richiamando la cosiddetta questione meridionale. Le città settentrionali, infatti, tendono a mostrare livelli più alti di soddisfazione, mentre quelle meridionali presentano valori inferiori. Questa discrepanza riflette probabilmente le differenze socioeconomiche e infrastrutturali tra città (e regioni), evidenziando un divario significativo. Le differenze nella soddisfazione possono essere attribuite a vari fattori, tra cui la qualità dei servizi pubblici, le opportunità economiche, la sicurezza e le condizioni ambientali. Il divario tra Nord e Sud mette in luce l'importanza di politiche pubbliche mirate a colmare le disuguaglianze e migliorare la qualità della vita nelle città meno soddisfacenti.

Un aspetto di particolare interesse è la differenza tra la soddisfazione di vivere nella città e quella del quartiere. Questo diventa un indicatore critico, suggerendo che le percezioni della qualità della vita possono variare significativamente a livello locale. La ridotta differenza in alcune città indica una

percezione uniforme delle condizioni di vita sia a livello cittadino che di quartiere, mentre una maggiore disparità potrebbe indicare aree con problematiche specifiche o punti di forza distinti.

In sintesi, i dati sottolineano la necessità di un approccio integrato e mirato nelle politiche urbane, che tenga conto delle specificità regionali e locali per promuovere un miglioramento equo e sostenibile della qualità della vita in tutto il Paese.

1.5.2 Il benessere equo sostenibile nelle città metropolitane

Per raggiungere lo sviluppo sostenibile è fondamentale garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti i cittadini a tutte le età (Sannella, 2019; Maciocia e Sannella 2018). A tale proposito, gran parte delle preoccupazioni dell'agenda politica sanitaria internazionale per il raggiungimento del benessere si concentrano sugli ostacoli per la salute. La trasformazione epistemologica del concetto di salute, unito a quello di sostenibilità, conferisce oggi agli attori sociali maggiori responsabilità nella conquista del benessere e, quindi, nel prendere decisioni collegate alla salute, come quella di veicolare l'adozione di uno stile di vita corretto. Questioni come la qualità della vita, la sostenibilità degli stili di vita e l'importanza dei diversi metodi di prevenzione mettono in luce la centralità delle dimensioni sociali che concorrono alla definizione di nuovi parametri di valutazione dello stato di salute.

In particolare, quando si parla di salute e malattia inevitabilmente si fa riferimento al concetto di benessere. Rinaldi e Zelli (2014) suggeriscono la seguente descrizione di benessere:

«È lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società» (2014, p.11).

Da qui si deduce come lo stato di completo benessere non è riconducibile solo alla disponibilità di mezzi di sussistenza (Somogyi, 2006) e quindi, di conseguenza, non è facilmente osservabile e misurabile soprattutto nel momento in cui si considerano tutti gli aspetti della vita di un individuo nel suo ambiente.

I primi approcci nell'indagare le condizioni esistenziali e la percezione del benessere emergono negli Stati Uniti negli anni '70 con indicatori sociali basati su dati aggregati, offrendo un quadro della salute a livello di Stato o nazione piuttosto che focalizzarsi sugli individui (Ware *et al.*, 1981).

La formalizzazione degli studi sul benessere soggettivo prende avvio nel 1972 con l'iniziativa di Campbell e Converse (1972), successivamente raffinata da Andrews e Withey nel 1976 tramite indagini condotte sulla popolazione statunitense. Martinotti (1998; 1999) sottolinea come durante il XX secolo le ricerche degli studiosi si siano concentrate prevalentemente sul benessere materiale degli individui disinteressandosi degli elementi immateriali riconosciuti oggi di fondamentale importanza nella valutazione del benessere.

Negli anni, con ricerche su larga scala (sia per adulti che per minori) e lo sviluppo di numerosi strumenti di valutazione, il benessere si afferma come un concetto che può variare da persona a persona e può mutare nel tempo (Lippman *et al.*, 2011; Ryan e Deci, 2001). La sua valutazione spesso dipende dalle scelte soggettive fatte dal ricercatore ma quando parliamo di benessere, possiamo distinguerlo in due aspetti principali: quello oggettivo e quello soggettivo. La dimensione oggettiva del benessere riguarda fatti misurabili e comportamenti che possiamo osservare. Questi includono le azioni che intraprendiamo e le regole che seguiamo per condurre una vita sana e soddisfacente. Tale aspetto del benessere può essere studiato e valutato attraverso indicatori oggettivi. D'altra parte, la

dimensione soggettiva del benessere coinvolge come ci sentiamo personalmente riguardo alle nostre vite. Ciò è basato su ciò in cui crediamo, sui nostri valori e sulle esperienze che viviamo. Ogni individuo ha una prospettiva soggettiva del benessere che riflette il proprio punto di vista unico. Questi concetti sono stati esplorati anche da autori come Cummins (1996), che hanno contribuito a comprendere meglio la complessità del benessere e come può essere misurato. È importante notare che il benessere è dinamico, il che significa che può cambiare nel tempo. Le persone possono sperimentare momenti di benessere e momenti in cui il benessere diminuisce in quanto è una questione complessa che coinvolge i citati aspetti oggettivi e soggettivi. La stessa scelta sull'identificazione del miglior indicatore per misurare il benessere o la scelta di utilizzare determinati indicatori piuttosto che altri conduce a una riflessione su questioni sociali specifiche. L'identificazione di nuove problematiche richiede quindi lo sviluppo di nuovi indicatori di salute per monitorare i progressi verso nuovi obiettivi³⁵ (Sheldon e Moore, 1968).

In Italia nel 2010 nasce il progetto per misurare il Benessere Equo e Sostenibile³⁶ (abbreviato in BES), con l'obiettivo di valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. Questo approccio multidimensionale mira a integrare le informazioni sugli indicatori economici con quelle relative al benessere sociale e ambientale, prendendo in considerazione anche le disuguaglianze e la sostenibilità. Sono stati individuati 12 domini (Figura 9) con un set di 152 indicatori fondamentali per misurare il benessere in Italia:

- Ambiente: considerato un capitale naturale fondamentale che influisce sul benessere umano attraverso risorse e servizi. Le risorse naturali alimentano l'economia e migliorano la qualità della vita, mentre il contatto con la natura apporta benefici psicologici e fisici.
- Salute: una vera e propria dimensione essenziale del benessere individuale, influenzando tutte le fasi della vita e le condizioni di vita delle persone. Un buon stato di salute determina comportamenti, relazioni sociali, opportunità e prospettive, impattando anche le famiglie.
- Benessere Economico: si misura la capacità degli individui di mantenere un determinato standard di vita attraverso reddito, ricchezza e capacità di consumo. Include anche il benessere materiale come condizioni abitative e possesso di beni durevoli.
- Istruzione e Formazione: forniscono conoscenze, abilità e competenze necessarie per partecipare attivamente alla vita sociale ed economica. Livelli elevati di competenze migliorano anche la salute, la partecipazione sociale e la soddisfazione personale.
- Lavoro e conciliazione dei tempi di vita: il lavoro è fondamentale per il sostentamento materiale e la realizzazione personale. La qualità e la stabilità dell'occupazione, così come la conciliazione tra lavoro e vita privata, sono cruciali per la stabilità economica e la qualità della vita.
- Relazioni Sociali: influenzano il benessere psico-fisico e rappresentano un investimento che rafforza il capitale umano e sociale.
- Sicurezza: la sicurezza personale impatta profondamente il benessere. La criminalità non solo comporta perdite economiche e danni fisici, ma genera anche un senso di vulnerabilità che limita le libertà personali e la qualità della vita.

³⁵ Un esempio di questo processo è rappresentato dal tasso di mortalità infantile, che in passato era un indicatore significativo di salute, ma che ha perso rilevanza quando è diminuito notevolmente.

³⁶ Sviluppato dall'ISTAT (Istituto nazionale di statistica) insieme al CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro)

- Benessere Soggettivo: il dominio misura il benessere percepito dalle persone attraverso opinioni soggettive sulla propria vita, offrendo una prospettiva complementare e olistica ai dati oggettivi.
- Paesaggio e Patrimonio Culturale: entrambi sono elementi chiave del benessere in Italia (infatti la tutela del patrimonio artistico e naturale è considerata una missione fondamentale della Repubblica, come sancito dall'articolo 9 della Costituzione³⁷).
- Ricerca e Innovazione: dei veri e propri driver cruciali per lo sviluppo sostenibile. In un'economia come quella italiana, che affronta sfide economiche, demografiche e sociali, la ricerca e l'innovazione sono fondamentali per rispondere a questi cambiamenti.
- Qualità dei Servizi: include l'analisi delle infrastrutture e della qualità dei servizi, tenendo conto della loro efficacia, accessibilità e grado di utilizzo.
- Politica e Istituzioni: la qualità del processo decisionale politico è essenziale per la fiducia nelle istituzioni e il buon funzionamento della democrazia. Trasparenza e partecipazione migliorano i servizi pubblici e riducono rischi di corruzione e cattiva gestione, promuovendo una società coesa.

Figura 9. I domini del BES
Fonte: elaborazione propria da Istat



³⁷ Art.9 della Costituzione: La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione. Tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni. La legge dello Stato disciplina i modi e le forme di tutela degli animali.

A partire da questa fase, è stata condotta un'analisi secondaria dei dati raccolti, finalizzata alla costruzione di indici compositi³⁸ (Nardo *et al.* 2005; De Muro *et al.*, 2011; Saltelli, 2007), volti a descrivere le 13 città metropolitane. Come definito in letteratura, l'analisi secondaria si riferisce *all'analisi di dati precedentemente raccolti, disponibili e organizzati in modo sistematico rispetto a una unità di analisi individuale o aggregata, provenienti da una o più fonti statistiche, con lo scopo di rispondere a una domanda di ricerca definita indipendentemente dalle finalità per cui sono stati originariamente raccolti* (Biolcati *et al.*, 2012, p.16).

Tutti gli indicatori selezionati sono stati standardizzati attraverso la tecnica dello z-score, una metodologia che consente di standardizzare i valori con la seguente formula³⁹:

$$Z_i = \frac{X_i - \mu}{\sigma}$$

Dove i valori più bassi dei diversi indicatori indicano condizioni migliori, lo z-score è stato invertito per garantire la coerenza interpretativa con gli altri indicatori, nei quali valori più alti rappresentano condizioni migliori.

$$Z_{ij}^{\text{invertito}} = -Z_{ij}$$

Sulla base degli indicatori standardizzati, sono stati costruiti cinque indici compositi (Tabella 4), ottenuti calcolando la media dei valori standardizzati per ciascun gruppo di indicatori, con l'obiettivo di sintetizzare specifiche dimensioni analitiche.

Tabella 4. Sintesi degli indici elaborati
Fonte: elaborazione propria

indice di salute e accessibilità sanitaria	-Speranza di vita alla nascita -Mortalità evitabile (0-74 anni) –invertito. -Accesso a medici specialisti (per 10.000 abitanti)
indice di benessere economico	-Reddito medio disponibile pro capite (EUR) -Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti (EUR) -Importo medio annuo pro-capite dei redditi pensionistici (EUR) -Pensionati con reddito pensionistico di basso importo (%)invertito
indice di criminalità e sicurezza percepita	-Percezione del rischio di criminalità invertito -Denunce di furto in abitazione invertito -Denunce di borseggio invertito

³⁸ L'indice composito rappresenta uno strumento analitico di sintesi ampiamente utilizzato nella ricerca sociale per condensare, in un'unica misura, informazioni provenienti da variabili multiple, spesso eterogenee, che concorrono a rappresentare un fenomeno complesso. Tali indici sono frequentemente impiegati per la costruzione di misure aggregate in contesti comparativi (territoriali, temporali o tra gruppi).

³⁹ Z_i rappresenta lo z-score per l'indicatore costruito,

X_i è il valore osservato;

μ è la media dei valori della variabile;

σ è la deviazione standard.

	-Percezione di sicurezza camminando da soli quando è buio -Denunce di rapina per 100k abitanti invertito
indice di gestione sostenibile dei rifiuti ed energia	-Raccolta differenziata dei rifiuti -Energia da fonti rinnovabili -Rifiuti urbani in kg per abitante
indice di alfabetizzazione	Persone con almeno il diploma (25-64 anni): Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni): Competenza numerica non adeguata invertito Competenza alfabetica non adeguata invertito

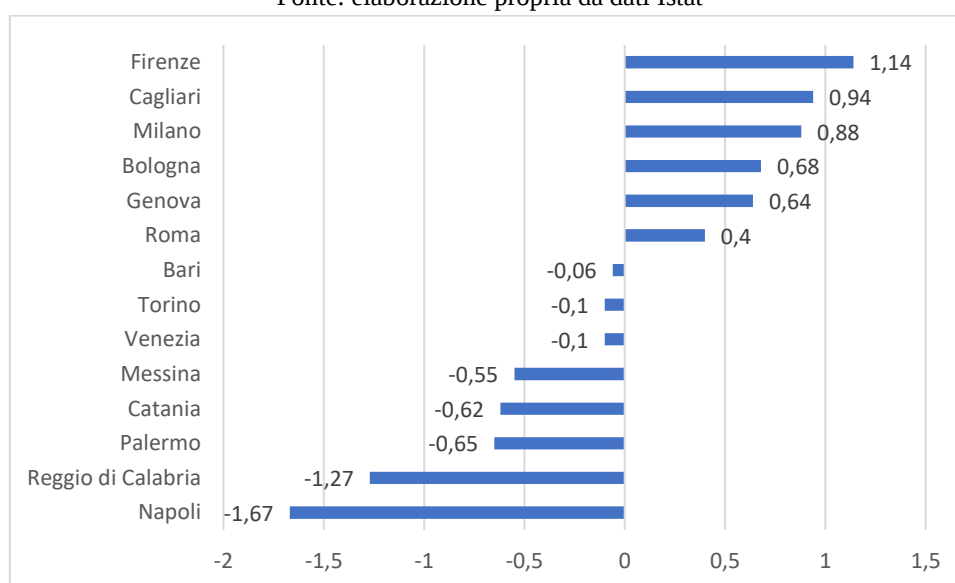
L'indice di salute e di accessibilità sanitaria (ISAS) rappresenta una misura composita volta a sintetizzare, attraverso un unico punteggio, il livello di salute e di accesso ai servizi sanitari di una determinata popolazione. La costruzione dell'ISAS si basa su indicatori chiave, selezionati sulla base di una revisione della letteratura scientifica e della loro rilevanza pratica, quali la speranza di vita, la mortalità evitabile e l'accesso a medici specialisti. La speranza di vita, utilizzata in studi fondamentali come quello di Preston (1975), rappresenta un indicatore universale dello stato di salute generale, poiché è influenzata da determinanti biologici, sociali ed economici che ne fanno una misura integrata delle condizioni di benessere a lungo termine. La mortalità evitabile, invece, permette di valutare la qualità e l'efficacia del sistema sanitario, evidenziando la quota di decessi che potrebbero essere prevenuti grazie a interventi tempestivi ed efficienti, come dimostrato negli studi di Nolte e McKee (2004). Infine, l'accesso a medici specialisti è un parametro essenziale per misurare la capacità del sistema di offrire cure avanzate e tempestive, migliorando gli esiti sanitari (Starfield *et al.*, 2005). La metodologia di costruzione dell'ISAS si avvale di approcci consolidati nella letteratura sugli indici compositi, in particolare attraverso la normalizzazione e l'aggregazione degli indicatori mediante somma semplice (Nardo *et al.*, 2005), garantendo così trasparenza e interpretabilità.

L'analisi dei punteggi ISAS (Figura 10) evidenzia una marcata disparità territoriale tra le città italiane. Firenze, con un punteggio di 1.14, guida la classifica, seguita da Cagliari (0.94), Milano (0.88) e Bologna (0.68), indicando un accesso sanitario di alta qualità e migliori condizioni di salute generale. Al contrario, le città del Sud Italia registrano valori significativamente negativi, come Napoli (-1.67), Reggio di Calabria (-1.27), Palermo (-0.65) e Catania (-0.62), evidenziando difficoltà strutturali che limitano l'accessibilità e l'efficacia del sistema sanitario. Anche città come Torino (-0.10) e Venezia (-0.10), pur situate al Nord, presentano valori leggermente negativi, indicando alcune aree di miglioramento. I punteggi riflettono differenze nei determinanti sociali della salute, tra cui disuguaglianze economiche, educative e infrastrutturali, che influenzano la capacità delle città di garantire uno sviluppo equo e sostenibile.

Il confronto tra i valori dell'indice sottolinea come le città con punteggi elevati siano maggiormente in grado di promuovere stili di vita sani e sostenibili grazie a sistemi sanitari efficienti e a un ambiente urbano favorevole al benessere. D'altro canto, le città con punteggi negativi necessitano di interventi prioritari per migliorare l'accesso a medici specialisti, ridurre la mortalità evitabile e garantire condizioni che favoriscano l'aumento della speranza di vita. Tali interventi sono essenziali per ridurre le disuguaglianze territoriali e promuovere il benessere delle popolazioni, in linea con le raccomandazioni di Marmot (2005) sull'importanza di metriche sintetiche per monitorare le disparità. L'ISAS, in questo contesto, si rivela uno strumento prezioso per guidare le politiche pubbliche verso uno sviluppo urbano più equo e resiliente.

Figura 10. L'indice di salute e di accessibilità sanitaria (ISAS)

Fonte: elaborazione propria da dati Istat

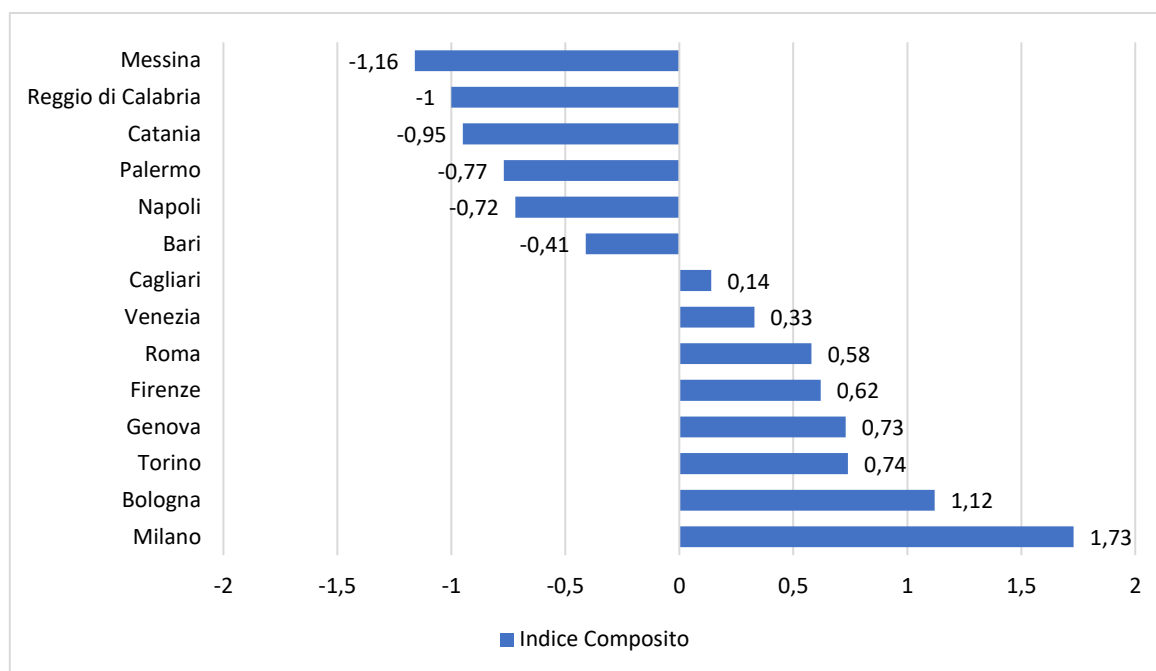


Successivamente, l'indice di benessere economico (Figura 11), costruito utilizzando indicatori come il reddito medio disponibile pro capite, la retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti, l'importo medio annuo dei redditi pensionistici e la percentuale di pensionati con redditi bassi (utilizzando lo zscore inverso), offre una misura significativa delle condizioni economiche che modellano gli stili di vita e il benessere delle popolazioni urbane. Questi indicatori non sono solo cifre economiche, ma rappresentano i pilastri su cui si fonda la possibilità di condurre una vita sana e sostenibile. Ci sono città con valori elevati, come Milano (1,17), Roma (0,59) e Bologna (0,485) e città come Catania (-0,7), Messina (-0,63) e Bari (-0,4075) che registrano punteggi bassi evidenziando criticità strutturali: bassi redditi disponibili, pensioni inadeguate e salari meno competitivi incidono negativamente sulla capacità delle famiglie di investire in stili di vita sani.

Numerose ricerche hanno evidenziato come la disuguaglianza economica non solo comprometta il benessere generale della popolazione, ma acuisca le disparità in termini di salute e sostenibilità sociale. Tale fenomeno contribuisce a perpetuare un ciclo di esclusione sociale che si traduce in esiti sanitari negativi, specialmente per i gruppi più vulnerabili. In particolare, un reddito pensionistico adeguato è fondamentale per garantire una vecchiaia dignitosa agli anziani, mentre salari competitivi per le generazioni più giovani risultano essenziali per assicurare la sicurezza economica e promuovere una società più equa (OECD, 2020).

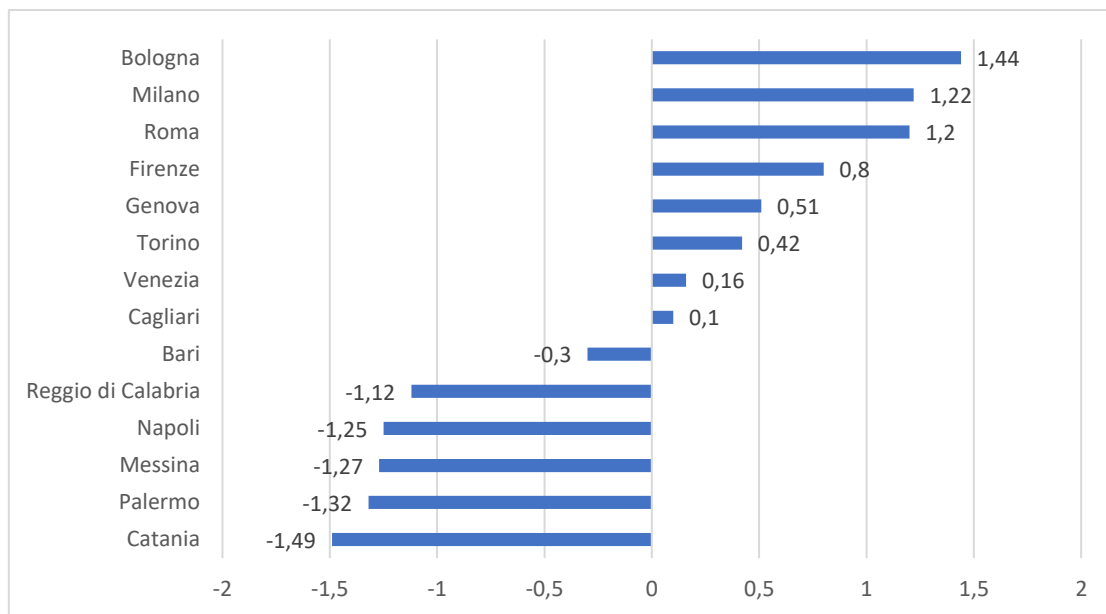
Figura 11. L'indice di benessere economico

Fonte: elaborazione propria da dati Istat



L'indice di alfabetizzazione si pone come un ulteriore elemento per comprendere le dinamiche di disuguaglianze nelle città italiane, evidenziando come il livello di istruzione e le competenze educative influenzino direttamente il benessere e la capacità di resilienza delle popolazioni urbane. Costruito utilizzando indicatori quali la percentuale di persone con almeno un diploma o una laurea e le competenze alfabetiche e numeriche inadeguate, l'indice riflette non solo le opportunità educative offerte dalle città, ma anche il loro impatto sulle scelte di vita individuali e collettive. L'istruzione, infatti, è ampiamente riconosciuta dalla letteratura come un fattore chiave per migliorare le condizioni di salute e ridurre le disuguaglianze sociali, economiche e ambientali (Cipolla, 2004; Costa 2009): una popolazione istruita è più propensa a compiere scelte consapevoli che favoriscono stili di vita sani, una maggiore partecipazione sociale e un approccio sostenibile alla gestione delle risorse urbane. In questo senso, l'alfabetizzazione si configura come un elemento complementare al benessere economico, poiché non solo rafforza la capacità delle persone di utilizzare al meglio le risorse economiche disponibili, ma contribuisce anche a ridurre le vulnerabilità nei contesti meno sviluppati. L'indice (Figura 12) rivela ancora una volta profonde disparità territoriali tra Nord e Sud. Le città del centro-Nord, come Bologna (1.44), Milano (1.22), Roma (1.2) e Firenze (0.8), si posizionano ai vertici e al contrario, città del Sud come Catania (-1.49), Messina (-1.27), Palermo (-1.32) e Napoli (-1.25) registrano punteggi significativamente negativi, evidenziando carenze nei tassi di scolarizzazione e nella qualità dell'istruzione, che ostacolano la possibilità di adottare stili di vita salutari e partecipare pienamente alla vita economica e sociale.

Figura 12. L'indice di alfabetizzazione
Fonte: elaborazione propria da dati Istat



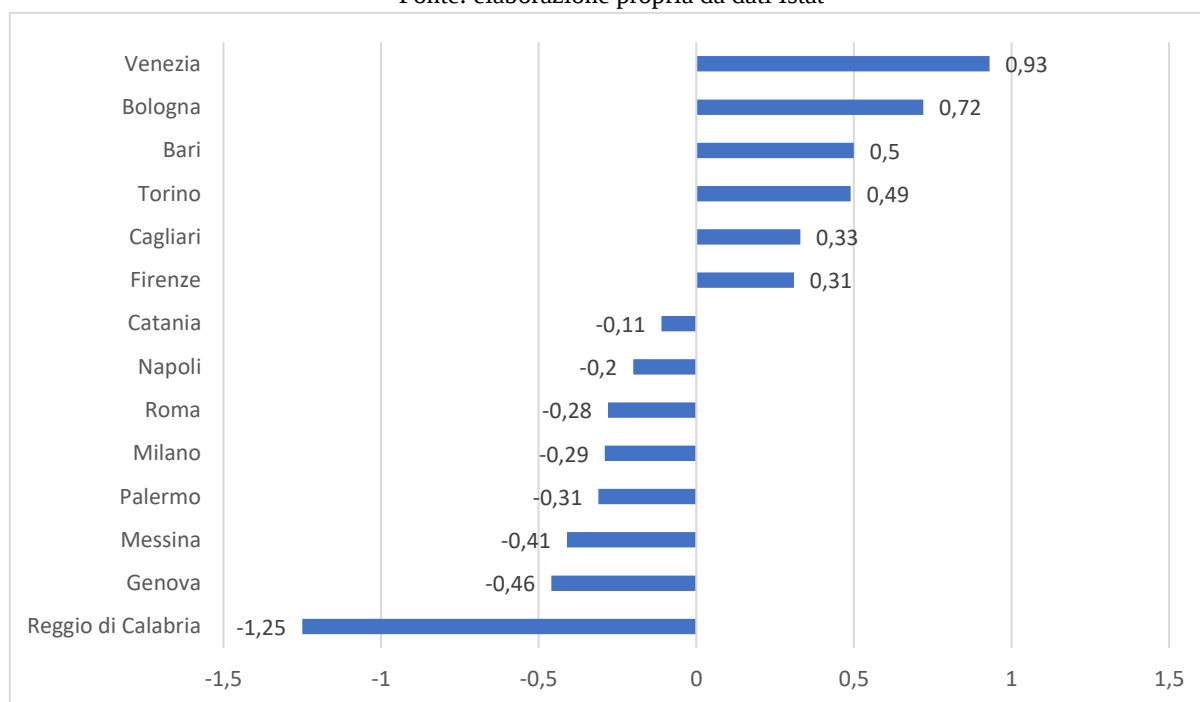
L'indice di gestione sostenibile dei rifiuti ed energia rappresenta un indicatore fondamentale per valutare il grado di partecipazione e responsabilità dei cittadini nella gestione ambientale, oltre che l'efficacia delle politiche urbane. Questo indice, costruito sulla base di indicatori quali la percentuale di raccolta differenziata, la produzione di energia da fonti rinnovabili e la quantità di rifiuti urbani prodotti in chilogrammi per abitante, permette di osservare come le pratiche individuali e collettive si combinino per influenzare la sostenibilità urbana. La gestione dei rifiuti e delle risorse energetiche non è solo una questione tecnica, ma riflette strutture di governance, valori culturali e livelli di consapevolezza individuale. In particolare, la raccolta differenziata non è semplicemente una pratica quotidiana, ma un indicatore del grado di interiorizzazione di norme ecologiche da parte della popolazione.

In una prospettiva sociologica, la capacità delle città di raggiungere risultati elevati nella gestione dei rifiuti dipende dalla cooperazione tra cittadini e istituzioni. Ad esempio, città con alte percentuali di raccolta differenziata non solo dimostrano l'efficienza delle infrastrutture, ma anche una forte partecipazione civica, alimentata da politiche che promuovono l'educazione ambientale e responsabilizzano gli individui. D'altra parte, alti livelli di produzione di rifiuti per abitante possono indicare modelli di consumo insostenibili e una carenza di sensibilizzazione sul tema della riduzione degli sprechi come espressione di dinamiche culturali e istituzionali. La produzione di energia da fonti rinnovabili, invece, rappresenta un indicatore della transizione energetica e del cambiamento culturale verso una maggiore accettazione delle tecnologie ecologiche, contribuendo alla mitigazione dell'impatto ambientale e alla riduzione delle emissioni di gas serra. La gestione sostenibile dei rifiuti e dell'energia non ha solo implicazioni ambientali, ma influisce direttamente su salute e stili di vita. Una cattiva gestione dei rifiuti può provocare inquinamento del suolo, delle acque e dell'aria, con effetti negativi sulla salute pubblica, in particolare nelle aree urbane densamente popolate. Al contrario, città che investono nella riduzione dei rifiuti e nell'uso di energie rinnovabili migliorano la qualità dell'ambiente urbano, favorendo uno stile di vita più sano e riducendo l'esposizione a rischi ambientali. Inoltre, la letteratura sul consumo sostenibile, come quella di Jackson (2005), evidenzia come pratiche come il riciclo e il risparmio energetico siano strettamente legate a un cambiamento culturale che vede i cittadini non solo come consumatori, ma come attori consapevoli di un sistema più ampio. I risultati evidenziano differenze significative tra le città italiane, sia per quanto riguarda

le pratiche individuali, sia in relazione all'efficacia delle politiche ambientali (Figura 13). Venezia, con un punteggio di 0.93, e Bologna (0.72) emergono come esempi virtuosi. Anche Torino (0.49) e Bari (0.50) si posizionano tra le città con risultati positivi mentre città come Reggio di Calabria (-1.25), Genova (-0.46) e Messina (-0.41) mostrano criticità significative, caratterizzate da una bassa partecipazione dei cittadini a pratiche di gestione sostenibile dei rifiuti e da un'infrastruttura spesso inadeguata. Napoli (-0.20) e Palermo (-0.31) confermano un trend negativo che interessa le città del Sud. Firenze (0.31) e Cagliari (0.33) invece si collocano in una fascia intermedia mentre Milano (-0.29) e Roma (-0.28) evidenziano che anche grandi città con risorse avanzate devono affrontare sfide significative.

Figura 13. L'indice di gestione sostenibile dei rifiuti ed energia

Fonte: elaborazione propria da dati Istat



L'indice di criminalità e sicurezza percepita si inserisce come tassello finale in questa panoramica sulle città metropolitane, evidenziando come la percezione della sicurezza e i livelli effettivi di criminalità abbiano un impatto profondo sulla salute, sugli stili di vita e sulla sostenibilità delle comunità urbane. Costruito sulla base di indicatori quali il rischio percepito di criminalità, le denunce di furti, borseggi e rapine, e la sicurezza percepita durante le ore notturne⁴⁰, l'indice riflette non solo i dati oggettivi legati alla criminalità, ma anche il senso di fiducia e la coesione sociale che permeano un contesto urbano. La letteratura (Dachaga e de Vries, 2022; Semenza, 2003) ha da tempo evidenziato, come che la sicurezza percepita gioca un ruolo chiave nel modellare i comportamenti individuali e collettivi: quartieri ritenuti sicuri favoriscono la socialità, l'attività fisica all'aperto e la mobilità sostenibile, mentre alti livelli di insicurezza possono generare isolamento, stress e una maggiore dipendenza da mezzi privati, compromettendo sia la salute che la sostenibilità ambientale.

⁴⁰ Le prime tre variabili rappresentano fattori negativi per la sicurezza e sono state calcolate utilizzando lo z-score inverso, mentre la variabile "Persone di 14 anni e più che dichiarano di sentirsi molto o abbastanza sicuri camminando al buio nella zona in cui vivono per 100 persone di 14 anni e più" è considerata un fattore positivo.

In questo contesto, l'indice consente di misurare la capacità delle città di offrire ambienti sicuri e inclusivi, condizioni indispensabili per la costruzione di stili di vita sani e resilienti.

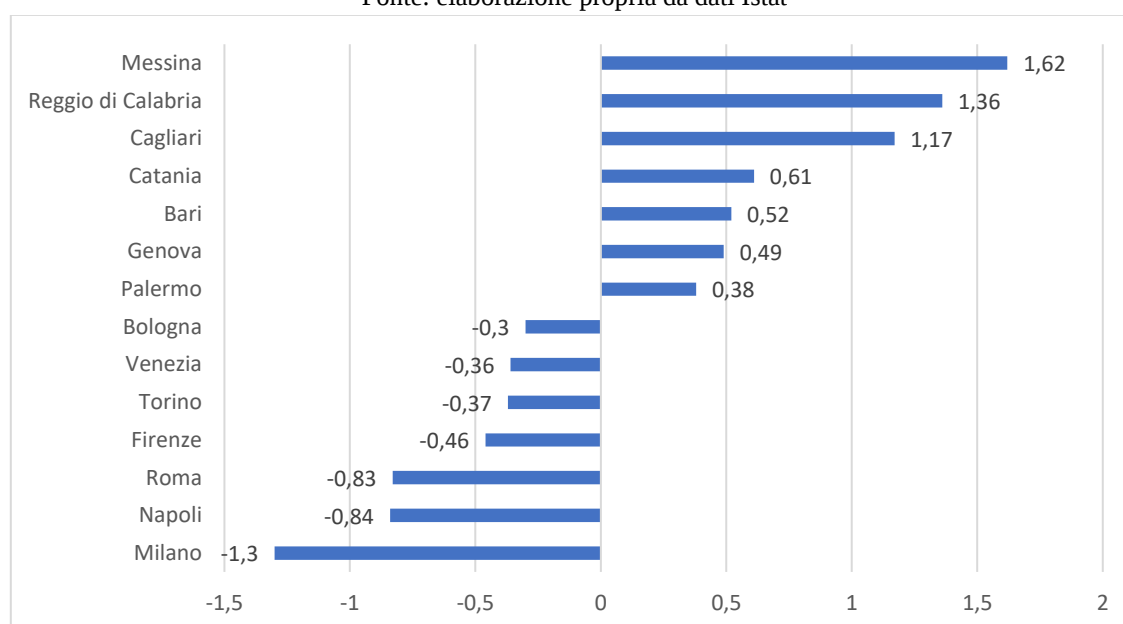
I risultati dell'indice evidenziano una marcata polarizzazione tra le città italiane in termini di percezione della sicurezza e livelli di criminalità (Figura 14).

Messina registra il punteggio più alto (1.62), seguita da Reggio di Calabria (1.36) e Cagliari (1.17), evidenziando una percezione di maggiore sicurezza o una minore incidenza di crimini rispetto ad altre città. Bari (0.52) e Catania (0.61) si posizionano nella fascia intermedia positiva, segnalando una situazione relativamente bilanciata tra percezione della sicurezza e rischi effettivi.

D'altro canto, città come Milano (-1.30), Roma (-0.83) e Napoli (-0.84) registrano punteggi negativi significativi, indicando alti livelli di insicurezza percepita o incidenza di reati, fenomeni che possono generare isolamento sociale, minore mobilità urbana e uno stile di vita più sedentario, come evidenziato nella letteratura recente (Lindberg *et al.*, 2021). Anche città come Firenze (-0.46) e Bologna (-0.30) mostrano valori negativi, evidenziando una necessità di migliorare le politiche di sicurezza e la fiducia nella coesione sociale. Torino (-0.37) e Venezia (-0.36) si trovano in una posizione simile, segnalando margini di miglioramento nella percezione di sicurezza urbana.

Figura 14. L'indice di criminalità e sicurezza percepita

Fonte: elaborazione propria da dati Istat



L'analisi degli indicatori – riassunti in Tabella 5 - in paragone con la variabile soddisfazione per la vita⁴¹ rivela l'interazione di fattori economici, sociali, ambientali e culturali. Ogni indicatore esprime una dimensione della qualità della vita urbana che non opera in isolamento, ma è profondamente intrecciata con il tessuto sociale delle città. Gli indici compositi riferiti al benessere economico e all'alfabetizzazione, emergono come pilastri centrali della soddisfazione individuale, poiché garantiscono non solo sicurezza materiale, ma anche accesso alle opportunità e capacità di realizzare le proprie aspirazioni. Tuttavia, l'economia non agisce in un vuoto sociale: la percezione della

⁴¹ Variabile normalizzata con zscore: (d) Percentuale di persone di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio di soddisfazione per la vita tra 8 e 10 sul totale delle persone di 14 anni e più.

sicurezza, ad esempio, va oltre i dati oggettivi sulla criminalità e riflette la fiducia nelle istituzioni, la coesione sociale e l'efficacia delle politiche urbane.

Allo stesso modo, la gestione sostenibile dei rifiuti ed energia non rappresenta solo un indicatore ambientale, ma testimonia il grado di partecipazione civica e l'interiorizzazione di norme collettive verso il bene comune.

Quanto emerso sottolinea e rafforza le argomentazioni sviluppate nel primo capitolo: nessun indicatore preso singolarmente è sufficiente a spiegare la complessità del benessere urbano. È solo attraverso una visione integrata, capace di riconoscere le interconnessioni tra capitale sociale, salute, benessere economico, ambiente e sicurezza, che si può comprendere appieno il funzionamento di una città. Questa prospettiva olistica rappresenta il fondamento per promuovere città in cui i cittadini non si limitano a vivere, ma possono realmente prosperare, partecipando attivamente a un tessuto sociale coeso e resiliente.

Tabella 5. Sintesi Z-score
Fonte: elaborazione propria da dati Istat

Città	Ind salute e accessibilità sanitaria	Ind benessere economico	Ind criminalità e sicurezza percepita	Ind gestione sostenibile dei rifiuti ed energia	Alfabetizzazione	z_score soddisfazione della vita
Bari	-0.06	-0.4075	0.52	0.50	-0,3	-0.48
Bologna	0.68	0.4850	-0.30	0.72	1,44	-0.14
Cagliari	0.94	-0.0450	1.17	0.33	0,1	-0.55
Catania	-0.62	-0.7000	0.61	-0.11	-1,49	0.61
Firenze	1.14	0.1225	-0.46	0.31	0,8	0.17
Genova	0.64	0.4000	0.49	-0.46	0,51	-0.26
Messina	-0.55	-0.6300	1.62	-0.41	-1,27	0.65
Milano	0.88	1.7	-1.30	-0.29	1,22	0.49
Napoli	-1.67	-0.2150	-0.84	-0.20	-1,25	-2.93
Palermo	-0.65	-0.0525	0.38	-0.31	-1,32	0.65
Reggio di Calabria	-1.27	-0.2450	1.36	-1.25	-1,12	1.77
Roma	0.40	0.5900	-0.83	-0.28	1,2	-0.17
Torino	-0.10	0.2775	-0.37	0.49	0,42	-0.14
Venezia	-0.10	-0.1800	-0.36	0.93	0,16	0.33

II Capitolo Metodi e disegno della ricerca

“[...] l’immaginazione sociologica permette a chi la possiede di vedere e valutare il grande contesto dei fatti storici nei suoi riflessi sulla vita interiore e sul comportamento esteriore di tutta una serie di categorie umane. Gli permette di capire perché nel caos dell’esperienza quotidiana, gli individui si formino un’idea falsa della loro posizione sociale. Gli offre la possibilità di districare, in questo caos, le grandi linee, l’ordito della società moderna, e di seguire su di esso la trama psicologica di tutta una gamma di uomini e donne. Riconduce in tal modo il disagio personale dei singoli turbamenti oggettivi della società e trasforma la pubblica indifferenza in interesse per i problemi pubblici”. Charles Wright Mills (1959, tr. It. 2018 p. 24)

Nel condurre una ricerca, il ricercatore deve compiere una serie di scelte fondamentali che influenzano l’intero processo di indagine. La prima riguarda l’aspetto ontologico ed epistemologico, poiché ogni ricerca si basa su una determinata concezione della società, implicando riflessioni non solo metodologiche ma anche filosofiche. L’ontologia si riferisce alla natura della realtà sociale, mentre l’epistemologia riguarda il modo in cui questa realtà può essere conosciuta e studiata. Da qui deriva la necessità di adottare una specifica concezione della scienza, in quanto non esiste un unico modo di interpretarla e ogni ricerca si inserisce in un quadro teorico di riferimento, riconducibile alla nozione di paradigma, che ne guida le premesse e le modalità di sviluppo.

Il concetto di paradigma, elaborato dal filosofo Thomas Kuhn, è fondamentale per comprendere il progresso scientifico. Secondo Kuhn, la scienza si struttura attorno a paradigmi, ovvero quadri concettuali condivisi dalla comunità scientifica, che definiscono ciò che viene ritenuto valido in un determinato ambito disciplinare, influenzando la selezione dei fenomeni da analizzare, la formulazione delle ipotesi e la scelta delle metodologie di ricerca. Un paradigma rappresenta quindi una visione del mondo che precede lo sviluppo teorico e che determina sia gli strumenti metodologici adottati sia l’interpretazione dei dati raccolti.

Kuhn distingue tra scienza normale e rivoluzione scientifica: la prima caratterizza i periodi di stabilità in cui un paradigma consolidato guida la ricerca, mentre la seconda rappresenta un momento di rottura in cui un nuovo paradigma si afferma, sostituendo quello precedente. Se si applica questa prospettiva alle scienze sociali, risulta evidente che non esiste un unico paradigma dominante, bensì una molteplicità di approcci, tra cui i ricercatori possono scegliere. Questa pluralità caratterizza la sociologia e le altre scienze sociali, in cui le scelte metodologiche derivano dal paradigma teorico di riferimento.

Il termine paradigma ha assunto diversi significati in sociologia, potendo riferirsi a un insieme teorico, alla struttura interna di una teoria o a una specifica scuola di pensiero.

Nel suo celebre lavoro *The structure of scientific revolutions* (1972), Kuhn mette in discussione la concezione tradizionale della scienza come accumulo lineare e progressivo di conoscenze, sostenendo che il cambiamento scientifico avviene attraverso fratture e discontinuità. L’adozione di un paradigma non solo ridefinisce le domande della ricerca e i criteri per valutare ciò che è scientificamente valido, ma modifica anche la struttura concettuale con cui gli studiosi interpretano il mondo.

Nel campo delle scienze sociali, è difficile individuare un paradigma unico e condiviso. Tra gli anni Quaranta e Cinquanta, il funzionalismo di Talcott Parsons, che enfatizzava la società come un sistema basato sul consenso, ha rappresentato una prospettiva dominante, contrapposta però alla visione marxista, incentrata sul conflitto sociale. Questo dualismo ha reso la sociologia una disciplina caratterizzata da una molteplicità di paradigmi, all'interno dei quali si collocano diverse metodologie di ricerca.

Storicamente, si possono individuare due approcci principali che hanno guidato la ricerca sociale: il positivismo e l'interpretativismo. Il primo, ispirato alle scienze naturali, sostiene che la realtà sociale possa essere studiata attraverso metodi empirici e quantitativi, ponendo l'accento sulla misurazione e sulla formulazione di leggi generali. Il secondo, invece, si focalizza sulla comprensione del significato che gli individui attribuiscono alle proprie azioni, adottando metodologie qualitative che permettono di esplorare i fenomeni sociali attraverso un'analisi più soggettiva e contestuale.

Questa distinzione tra approccio quantitativo e qualitativo non è solo metodologica, ma anche epistemologica. Mentre il primo si basa sulla possibilità di ottenere conoscenze oggettive e generalizzabili tramite l'analisi di dati numerici, il secondo si concentra sulla ricostruzione del senso delle interazioni sociali in contesti specifici, accettando il carattere situato e interpretativo della conoscenza prodotta. Tuttavia, questi due approcci non sono sempre nettamente separati: in molte ricerche si ricorre a strategie miste, che combinano metodi quantitativi e qualitativi per fornire una comprensione più completa dei fenomeni sociali.

Questa dicotomia tra approcci quantitativi e qualitativi si riflette anche in una distinzione più ampia tra i diversi ambiti del sapere. Da un lato, le cosiddette scienze "dure", come la fisica, la chimica e la biologia, utilizzano prevalentemente dati quantitativi per formulare leggi generali e verificabili. Allo stesso modo, le scienze formali, come la matematica, si basano su strutture logiche e modelli rigorosi. Dall'altro lato, le scienze umane, che si occupano dell'uomo e della società, si caratterizzano per un maggiore pluralismo metodologico, combinando approcci quantitativi e qualitativi a seconda delle finalità della ricerca.

La sociologia, disciplina accademica relativamente recente nata grazie agli studi di autori come Durkheim, Comte e Weber tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, riflette al suo interno questa duplice anima. Da una parte, vi è una forte influenza positivista, che privilegia l'uso di metodi quantitativi per studiare le strutture sociali in modo oggettivo; dall'altra, vi è una tradizione interpretativista, che pone al centro l'analisi del significato e dell'esperienza soggettiva degli individui. Questa tensione tra spiegazione e comprensione, tra misurazione e interpretazione, continua a caratterizzare il dibattito metodologico nelle scienze sociali, confermando la complessità e la ricchezza della disciplina sociologica.

L'approccio quantitativo si caratterizza per l'uso di strumenti standardizzati che permettono di raccogliere e analizzare dati numerici, con l'obiettivo di individuare schemi, correlazioni e tendenze generali nei fenomeni sociali. Questo metodo si basa su un'impostazione positivista, secondo cui è possibile studiare la realtà sociale con le stesse logiche delle scienze naturali, adottando tecniche come i sondaggi, i questionari strutturati, le statistiche ufficiali e gli esperimenti. Il fine ultimo della ricerca quantitativa è quello di ottenere risultati generalizzabili, affidabili e replicabili, riducendo al minimo l'influenza del ricercatore nell'interpretazione dei dati.

Tuttavia, l'approccio quantitativo presenta alcune limitazioni. La riduzione della complessità sociale a variabili misurabili può risultare in una semplificazione eccessiva della realtà, trascurando le dimensioni soggettive e contestuali dei fenomeni studiati. Inoltre, sebbene fornisca dati oggettivi e comparabili, può non essere sufficiente per cogliere il significato profondo delle interazioni umane e

dei processi sociali. L'approccio qualitativo, al contrario, si concentra sull'analisi approfondita di casi specifici, privilegiando la comprensione dei significati, delle percezioni e delle dinamiche sociali attraverso metodi come le interviste in profondità, l'osservazione partecipante, l'analisi del discorso e lo studio di documenti e testi. Questo metodo, di matrice interpretativista, considera la realtà sociale come un costrutto complesso, influenzato dalle esperienze soggettive degli individui. La ricerca qualitativa si distingue per la sua flessibilità e per la capacità di adattarsi alle peculiarità dei fenomeni analizzati, producendo conoscenze ricche e contestualizzate. Anche questa metodologia presenta delle criticità, tra cui il rischio di soggettività nell'interpretazione dei dati e la difficoltà di generalizzazione dei risultati (oltre ad un processo di raccolta e analisi dei dati è spesso lungo e laborioso, richiedendo un coinvolgimento attivo del ricercatore e una continua riflessione critica sulle proprie premesse).

Senza ripercorrere l'intero sviluppo storico del dibattito sulla dicotomia tra approcci qualitativi e quantitativi nelle scienze sociali, le sfide contemporanee richiedono una riconsiderazione critica di tali paradigmi, promuovendo una maggiore flessibilità metodologica. La distinzione rigida tra questi due approcci viene sempre più rinegoziata alla luce della necessità di strumenti di indagine più integrati e complessi.

In questo contesto, si osserva come i ricercatori tendano sempre più frequentemente a combinare metodi quantitativi e qualitativi al fine di ottenere una comprensione più approfondita e articolata dei fenomeni sociali. L'approccio dei *Mixed Methods* (Amaturo e Punziano, 2016; Tashakkori e Teddlie, 2003) consente di superare le limitazioni epistemologiche ed empiriche di ciascun metodo, favorendo un'integrazione sinergica tra diverse strategie di raccolta e analisi dei dati. Non si tratta, dunque, di una mera somma di tecniche eterogenee, bensì di una prospettiva metodologica unitaria, finalizzata a costruire un quadro interpretativo più complesso e coerente della realtà oggetto di studio. L'emergere della *Mixed Methods Research* potrebbe, in un certo senso, essere interpretato—riprendendo la terminologia di Kuhn—come una possibile rivoluzione scientifica nell'ambito delle scienze sociali. Questo approccio è stato infatti proposto come un “terzo paradigma” (Johnson *et al.*, 2007), sempre più riconosciuto e adottato nella comunità scientifica. Negli ultimi decenni, si è assistito a un'accresciuta valorizzazione delle strategie di ricerca miste, fondate sulla complementarità tra dati quantitativi e qualitativi per mitigare i limiti di ciascun approccio e ottenere una visione più esaustiva dei fenomeni analizzati.

Secondo una delle definizioni più recenti:

«*Mixed methods involve combining or integration of qualitative and quantitative research and data in a research study*» (Creswell & Creswell, 2017, p. 14), rappresentando «*the class of research where the researcher mixes or combines quantitative and qualitative research techniques, methods, approaches, concepts or language into a single study*» (Johnson e Onwuegbuzie, 2006, p. 14).

In questa prospettiva, il mixed methods non si limita a una mera coesistenza tra tecniche diverse, ma si configura come una modalità di ricerca innovativa, in grado di fornire risultati più robusti e una comprensione più sfaccettata della complessità sociale.

L'approccio dei metodi misti ha progressivamente consolidato la propria identità come orientamento metodologico autonomo, distinto dall'approccio multi-method, che si limita alla combinazione di più tecniche senza una reale integrazione epistemologica.

Il mixed methods, invece, si caratterizza per una sintesi strutturata tra dati, tecniche e strategie di ricerca, configurandosi come un modello che valorizza la complementarità metodologica. Tale impostazione è stata definita da Creswell e Creswell (2005) come un *additional insight*, ovvero un valore aggiunto che consente di superare i limiti intrinseci di ciascun approccio attraverso un'integrazione sinergica.

Inizialmente, la distinzione tra multi-method e mixed methods non era chiaramente delineata nella letteratura scientifica. Johnson (*et al.*, 2007) sottolineano che il multi-method prevede l'uso di più approcci in modo parallelo o sequenziale, ma senza una reale fusione fino alla fase interpretativa. Il mixed methods, invece, si distingue per un'interconnessione sostanziale tra i metodi fin dalle fasi iniziali della ricerca, con l'obiettivo di massimizzare le potenzialità di ciascuno e ridurre le criticità (Cresswell, 2011; Creswell e Creswell, 2005; Creswell *et al.*, 2004;).

In questa prospettiva Amaturio e Punziano (2016) propongono un superamento della dicotomia tra approcci quantitativi e qualitativi, enfatizzando la loro complementarità come opportunità euristica. Le autrici propongono un modello in cui l'integrazione metodologica non si limita a combinare tecniche diverse, ma diventa un processo di dialogo tra paradigmi, capace di arricchire l'analisi e di offrire una visione più sfaccettata dei fenomeni sociali.

«È nostra opinione che la rigida distinzione tra sfera di conoscenza quantitativa e sfera di conoscenza qualitativa non sembri più reggere le sfide con una realtà sociale i cui eventi e fenomeni sono caratterizzati da forte complessità e mutevolezza. È in questo frangente che trova spazio un approccio che si avvale di metodi multipli e analisi da differenti prospettive capace, da un lato, di ammorbidire la rigidità delle posizioni tradizionali e, dall'altro, di incrementare soluzioni innovative nella scelta dei metodi più adeguati per rispondere alle domande di ricerca, al fine di limitare i punti di debolezza di singoli approcci e potenziare i punti di forza combinandoli tra loro» Amaturio e Punziano (2016, p. 10)

Il dibattito epistemologico sui Mixed Methods (MM) si concentra sulla loro natura teorica e metodologica, interrogandosi se possano costituire un paradigma di ricerca autonomo o se debbano essere considerati esclusivamente un approccio metodologico. Secondo Freshwater (2007), l'utilizzo dei termini qualitativo, quantitativo e MM come etichette paradigmatiche rischia di reificare categorie concettuali, trascurando la natura costruita e contestuale dei paradigmi nella ricerca scientifica. In contrasto, Johnson (*et al.*, 2007) propongono una prospettiva differente, sostenendo che i MM rappresentano un terzo paradigma, fondato su un sistema condiviso di credenze, valori epistemologici e ipotesi metodologiche.

Un'interpretazione intermedia è avanzata da Morgan (2007), che introduce il concetto di telaio paradigmatico: un modello concettuale che si discosta dalla tradizionale dicotomia paradigma/non paradigma, adottando invece un continuum epistemologico in cui vengono integrate differenti tensioni semantiche e metodologiche. Questa prospettiva suggerisce un superamento della rigidità paradigmatica, privilegiando una maggiore flessibilità teorica.

In linea con questa visione, Hammersley (2008) sottolinea che, in assenza di un punto di incontro tra posizioni epistemologiche divergenti, il pluralismo metodologico può fornire una soluzione pragmatica. Tale approccio enfatizza la possibilità di un dialogo tra strumenti e tecniche di ricerca, promuovendo un'integrazione che trascende la dicotomia metodologica tradizionale.

Alla luce di queste considerazioni, il dibattito sulla natura epistemologica dei MM rimane aperto. Se da un lato esistono argomentazioni a supporto della loro configurazione paradigmatica, dall'altro essi

possono essere più opportunamente interpretati come un approccio metodologico integrato, finalizzato a superare le tradizionali dicotomie tra metodi qualitativi e quantitativi, in un'ottica di complementarità e convergenza epistemologica.

Nel contesto metodologico della ricerca, i MM si configurano come un approccio che consente l'integrazione di strategie di raccolta e analisi dei dati sia quantitativi che qualitativi, superando la dicotomia tradizionale tra queste due prospettive. L'obiettivo principale è quello di sviluppare un processo analitico integrato, che coinvolga tutte le fasi del percorso di ricerca, dalla progettazione dello studio alla selezione del campione, fino alla rilevazione e analisi dei dati. In questa prospettiva, l'integrazione nei MM non è unicamente un'operazione di giustapposizione di metodi, ma piuttosto un processo che mira alla costruzione di un quadro conoscitivo più ampio e coerente.

Un elemento chiave nell'implementazione dei MM è rappresentato dai modi di traslazione, ossia quell'insieme di procedure che permettono la trasformazione, fusione, collegamento e incorporazione tra dati qualitativi e quantitativi (Creswell e Plano Clark, 2007). Tali processi consentono di convertire i dati raccolti secondo un approccio in elementi compatibili con l'altro, generando un linguaggio di analisi comune.

Oltre alla trasformazione diretta dei dati, è fondamentale considerare anche i processi di incorporazione e informazione di un nuovo processo. In questo caso, i dati raccolti attraverso un determinato metodo non vengono semplicemente tradotti in un altro formato, ma diventano la base informativa per la costruzione di nuovi strumenti analitici e percorsi di ricerca. Questo approccio consente di sviluppare strutture sequenziali più articolate, nelle quali il contributo di un metodo diviene funzionale alla progettazione di successivi livelli di indagine.

Nel quadro dei MM, queste strategie metodologiche rappresentano strumenti essenziali per garantire una ricerca integrata, in grado di affrontare la complessità dei fenomeni sociali e scientifici. La capacità di traslare informazioni tra metodi diversi non solo arricchisce il processo conoscitivo, ma permette anche di superare le limitazioni insite in ciascun approccio, confermando il valore aggiunto dell'integrazione metodologica nei MM.

La sua implementazione efficace si basa su quattro fattori chiave, identificati da Creswell (2003), che regolano le modalità di interazione tra i due approcci e determinano la struttura metodologica del disegno di ricerca:

1) Sequenza di implementazione:

Uno degli aspetti più rilevanti nella progettazione di uno studio MM è la sequenza temporale con cui vengono raccolti e analizzati i dati. A seconda della relazione cronologica tra metodo qualitativo e quantitativo, si distinguono tre modelli:

- Sequenzialità: La ricerca segue un ordine ben definito, in cui un metodo viene applicato per primo e influenza il successivo. Questo approccio è utile quando si vuole esplorare un fenomeno qualitativamente per poi validarlo quantitativamente.
- Concomitanza: Entrambi i metodi vengono applicati simultaneamente, permettendo un'analisi parallela e la triangolazione dei risultati, migliorando così la validità delle conclusioni.
- Trasformazione: I dati raccolti con un metodo vengono convertiti in un altro formato per facilitarne l'analisi integrata, ad esempio mediante la quantificazione di dati qualitativi o la contestualizzazione di dati quantitativi.

2) Scelta della priorità: predominanza o equilibrio?

Un altro aspetto metodologico cruciale riguarda la priorità assegnata ai due approcci. La ricerca MM può seguire due strategie principali:

- **Predominanza:** Un metodo ha un ruolo centrale, mentre l'altro è utilizzato per supportare e integrare i risultati. Questo è il caso in cui l'approccio qualitativo funge da complemento all'analisi quantitativa, o viceversa.
- **Pari dignità:** I due metodi vengono impiegati in modo equilibrato e senza una gerarchia predefinita, consentendo una visione più integrata e completa del fenomeno analizzato.

La scelta della priorità non è casuale, ma dipende dagli obiettivi epistemologici e dalla domanda di ricerca. Questo aspetto influisce sulla generalizzabilità dei risultati e sulla loro interpretazione.

3) Integrazione dei metodi: livello e momento della fusione

L'integrazione tra approcci qualitativi e quantitativi può avvenire in fasi diverse del processo di ricerca e con gradi di interazione variabili. Si distinguono due principali modelli di fusione metodologica:

- **Disegni Parzialmente Integrati:** I due metodi vengono utilizzati separatamente e messi in relazione solo in un momento specifico del processo di ricerca. Ad esempio, un'analisi qualitativa può essere condotta dopo una fase quantitativa per approfondire i risultati numerici.
- **Disegni Completamente Integrati:** I metodi sono fusi lungo tutto il percorso di ricerca, dalla raccolta dei dati fino all'interpretazione finale. Questo tipo di disegno garantisce un processo conoscitivo più dinamico e circolare, in cui ogni fase arricchisce e orienta la successiva.

Il livello di integrazione influenza la coerenza metodologica della ricerca e il tipo di evidenze prodotte, incidendo sulla robustezza delle conclusioni.

4) Prospettiva teorica e obiettivi della ricerca

L'ultimo fattore chiave riguarda la funzione epistemologica dell'approccio MM. La scelta di adottare un disegno MM deve essere guidata da un chiaro quadro teorico e da specifici obiettivi di ricerca, che possono includere:

- **Generazione di nuove teorie:** L'uso combinato di approcci qualitativi e quantitativi permette di sviluppare modelli concettuali più articolati e di migliorare la comprensione dei fenomeni studiati.
- **Validazione di ipotesi:** Il MM può essere impiegato per verificare teorie preesistenti, sfruttando la complementarità dei due approcci per ridurre i bias interpretativi.
- **Ampliamento della comprensione di un fenomeno:** L'uso integrato dei due metodi consente di colmare le lacune lasciate da approcci singoli, offrendo una visione più completa e multidimensionale della realtà analizzata.

La centralità del ritorno alla teoria nella progettazione MM è fondamentale per garantire coerenza epistemologica e validità scientifica, consolidando l'importanza dell'integrazione metodologica in contesti di ricerca complessi. L'efficacia di un disegno Mixed Methods dipende dalla capacità di armonizzare questi quattro fattori chiave in modo coerente e strutturato. La sequenza di implementazione, la scelta della priorità, il grado di integrazione e la prospettiva teorica non devono essere considerati elementi isolati, ma piuttosto componenti interconnesse che concorrono alla costruzione di un quadro metodologico solido e rigoroso. L'equilibrio tra questi aspetti consente di

sfruttare al massimo il potenziale dei MM, superando la dicotomia tra ricerca qualitativa e quantitativa e offrendo una strategia integrata in grado di rispondere alle sfide della complessità scientifica.

Inoltre, il fondamento principale sottostante la ricerca con approcci misti è la sua capacità di affrontare interrogativi di ricerca in maniera più esaustiva rispetto all'impiego esclusivo di metodi quantitativi o qualitativi (Creswell e Clark, 2017). Le interrogazioni che traggono maggior beneficio da una progettazione con metodi misti solitamente presentano ampiezza e complessità, con molteplici sfaccettature che possono essere esplorate in modo ottimale attraverso l'utilizzo di metodi sia quantitativi che qualitativi. In considerazione di ciò, è cruciale considerare che la necessità di scelta non implica necessariamente l'adozione esclusiva di una singola tecnica, specialmente quando il focus del ricercatore è rivolto a contesti sociali caratterizzati da eventi complessi.

Questa situazione rappresenta una sfida significativa: per comprenderla appieno, è necessario adottare molteplici prospettive, basate su schemi concettuali che, pur inevitabilmente semplificando la complessità, siano in grado di contemplare dimensioni aperte alla mutevolezza dei fenomeni. Per tale ragione, la selezione degli strumenti di ricerca non può prescindere dall'inserimento in un quadro logico, il quale a sua volta si traduce in un metodo di indagine appropriato. In questo contesto, è imperativo rivalutare il rapporto dinamico tra qualità e quantità e analizzare le varie modalità di integrazione tra di esse. L'efficacia di tale integrazione, comunemente associata alla triangolazione, si fonda sull'assunto che le limitazioni di ciascun metodo possano essere superate, compensate o bilanciate dalla robustezza di un altro metodo (Rohner, 1977), il che contribuisce a aumentare la fiducia nei risultati ottenuti. Tale integrazione può avvenire in modo convergente, con i differenti approcci che si integrano armoniosamente, o in modo divergente, dove l'integrazione produce spiegazioni nuove e arricchite. In altre parole, è possibile integrare sia tra diversi metodi di ricerca sia all'interno di ciascun metodo (Denzin, 1978).

La tassonomia più ampiamente riconosciuta e accettata dei disegni misti, proposta da Creswell e Plano Clark (2001 in Amaturò e Punziano 2018), si basa su due criteri fondamentali: sequenza temporale e obiettivi dell'integrazione. Questo modello rappresenta un riferimento consolidato nella letteratura metodologica sui Mixed Methods (MM), fornendo una classificazione chiara e strutturata delle diverse strategie di combinazione tra approcci qualitativi e quantitativi:

1. Convergente parallelo o disegno triangolare: i dati quantitativi e qualitativi vengono raccolti e analizzati separatamente, per poi essere combinati o fusi in una fase successiva. Questo approccio consente ai ricercatori di ottenere una comprensione più ricca e completa del fenomeno studiato, integrando le tendenze generali e le relazioni quantitative con le prospettive approfondite degli individui fornite dai dati qualitativi. Utilizzando il design convergente, i ricercatori dei metodi misti possono avanzare diverse prospettive o convalidare i risultati ottenuti attraverso entrambi i tipi di dati.
2. Sequenziale esplicativo o disegno esplicativo: inizia con una fase quantitativa seguita da una fase qualitativa dello stesso studio. I risultati quantitativi vengono esaminati inizialmente per generare domande o ipotesi che vengono successivamente esplorate attraverso la raccolta e l'analisi dei dati qualitativi. Questo approccio consente ai ricercatori di comprendere meglio il "come" e il "perché" di determinati fenomeni, spiegando i risultati quantitativi attraverso le prospettive fornite dai dati qualitativi.
3. Sequenziale esplorativo o disegno esplorativo: inizia con la raccolta e l'analisi dei dati qualitativi, seguita dalla fase di sviluppo di strumenti, interventi o misure, e infine dalla raccolta e analisi dei dati quantitativi. Questo approccio consente ai ricercatori di esplorare

approfonditamente un fenomeno attraverso l'analisi dei dati qualitativi e di validare o arricchire le scoperte qualitative attraverso la raccolta di dati quantitativi.

4. Integrato o disegno nidificato: Questo design combina la raccolta e l'analisi di dati qualitativi o quantitativi all'interno di un tradizionale disegno di ricerca di tipo qualitativo o quantitativo. L'obiettivo principale è rafforzare la ricerca attraverso l'integrazione dei dati provenienti da diverse fonti o metodologie.

Nel presente lavoro di ricerca, questa tassonomia sarà adottata come quadro teorico e metodologico di riferimento, guidando la scelta del disegno Mixed Methods più adeguato per rispondere agli obiettivi dell'indagine. La sua applicazione consentirà di garantire coerenza metodologica, favorendo un'integrazione efficace tra le diverse fasi della ricerca e permettendo un'analisi più completa e articolata del fenomeno oggetto di studio.

2.1 I Metodi Misti (MM) nella ricerca sociale sulla salute

La salute delle persone è tradizionalmente associata alla medicina ed ha una lunga storia di adozione di metodologie di ricerca derivanti dalla scienza medica di laboratorio. Questo legame ha influenzato la percezione della salute pubblica come un campo dominato per molti anni da approcci scientifici quantitativi, privilegiando la raccolta e l'analisi di dati numerici e misurabili. Negli anni Ottanta si è verificato un risveglio significativo dell'interesse verso la sanità pubblica, segnato da un nuovo approccio portato avanti dai professionisti della salute, che hanno trovato ispirazione nella Carta di Ottawa. Questa fase di rinnovamento ha rappresentato una svolta nel campo della sanità pubblica, ponendo l'accento su una necessaria trasformazione nella modalità di erogazione dei servizi sanitari, l'adozione di nuove strategie di promozione della salute e, soprattutto, l'impiego di metodologie di ricerca più innovative ed efficaci. Questo movimento di rinascita nella tutela alla salute ha coinvolto diversi professionisti, inclusi coloro con una formazione medica tradizionale che, spinti da una crescente consapevolezza delle limitazioni del modello biomedico (Ashton e Seymour, 1988; Hancock e Duhl, 1986), hanno abbracciato una prospettiva più ampia e integrata sulla salute. Allo stesso tempo, vi è stata la partecipazione attiva di sostenitori con background nelle scienze sociali, i quali hanno contribuito a promuovere un approccio più olistico alla salute pubblica, evidenziando l'importanza dei determinanti sociali, economici e ambientali sulla salute delle popolazioni (Baum, 1990; Labonde, 1986).

Nel contesto della ricerca sociologica sulla salute delle persone, è fondamentale riconoscere che l'approccio metodologico adottato può influenzare significativamente i risultati ottenuti e la comprensione complessiva del problema in esame. In questo scenario la richiesta di adottare un maggiore eclettismo metodologico aumenta sempre di più. Una vera e propria richiesta motivata dalla necessità di superare la limitata visione settoriale dei diversi approcci e di ottenere una rappresentazione più completa e accurata della salute delle persone. Pertanto, è cruciale considerare i diversi approcci metodologici disponibili e la loro idoneità nel contesto specifico della ricerca sulla salute pubblica. Diversi metodi di ricerca possono essere applicati per indagare varie questioni legate alla salute, ciascuna con i propri vantaggi e limitazioni. Ad esempio, l'approccio quantitativo si concentra sulla raccolta e l'analisi di dati numerici per valutare l'incidenza, la prevalenza e i fattori di rischio di determinate malattie. Questo metodo può essere particolarmente utile per identificare correlazioni e tendenze su larga scala o, fornire una base empirica solida per le decisioni politiche e le pratiche sanitarie. D'altra parte, l'approccio qualitativo si focalizza sulla comprensione approfondita

delle esperienze, delle percezioni e dei comportamenti legati alla salute attraverso, ad esempio, interviste e focus group. Questo metodo consente di esplorare in dettaglio le sfumature e i contesti sociali che influenzano la salute delle persone, fornendo insights preziosi su come migliorare le politiche e le pratiche sanitarie in modo più sensibile e adattato alle esigenze delle comunità. Schematicamente, tre approcci di integrazione fra metodologie quantitative e qualitative emergono dalla letteratura (Pope e Mays, 1995; Morgan, 1998). La prima opzione implica l'utilizzo preliminare di metodi qualitativi per informare e ottimizzare l'applicazione di quelli quantitativi.

Ad esempio, in Italia, nell'ambito del sistema di sorveglianza nutrizionale per i bambini della scuola primaria *OKkio alla SALUTE*⁴², la fase qualitativa – condotta attraverso focus group – ha preceduto quella quantitativa, con l'obiettivo di esplorare l'accettazione e le preferenze delle famiglie coinvolte. In alternativa, l'approccio quantitativo e qualitativo può essere adottato sinergicamente per definire i profili di salute o di comunità e identificare le priorità di salute. In tali casi, oltre ai parametri quantitativi come prevalenza e incidenza, si considerano criteri qualitativi basati sulle percezioni e opinioni delle popolazioni coinvolte. In situazioni complesse dove la ricerca quantitativa risulta insufficiente per comprendere fenomeni complessi, l'integrazione con metodologie qualitative diventa essenziale. Ad esempio, nel contesto del Progetto IGEA per la gestione integrata della malattia diabetica, focus group e interviste sono state utilizzate per valutare l'accettabilità delle strategie di cambiamento tra pazienti, operatori sanitari e decisori (Perra, 2009). Un approccio misto, che integra sia metodi quantitativi che qualitativi, offre un'opportunità unica per combinare i vantaggi di entrambi gli approcci e ottenere una comprensione più completa e approfondita dei fenomeni legati alla salute e agli stili di vita. Questa integrazione che, oltre a compensare le rispettive limitazioni dei due approcci quali e quantitativo, consente di esplorare le complessità dei fattori sociali, culturali ed economici che influenzano la salute delle persone, fornendo una prospettiva più ricca e contestualizzata sulla salute e le sue sfumature.

Una delle funzioni dei Mixed Methods risiede proprio nella capacità di ricostruire la complessità dei fenomeni indagati considerandoli da angolazioni e prospettive differenti (Jhonson *et al.*, 2007). L'uso dei mixed methods si concentra sulla funzione interpretativa, che permette di stabilire connessioni tra le diverse dimensioni della salute attraverso più indagini, consentendo così di giungere a un'interpretazione e una sintesi dei risultati ottenuti. Questa integrazione può coinvolgere sia singoli gruppi di popolazione sia target diversi, richiedendo approcci di raccolta dati differenziati in base alle specifiche esigenze della ricerca. Affinché l'integrazione tra approcci qualitativi e quantitativi nella ricerca sociale sulla salute sia efficace, è essenziale che sia supportata da una solida base teorica e guidata dalla natura e dagli obiettivi specifici dello studio, nonché dalla complessità e dalla multidimensionalità del fenomeno in esame.

L'adozione dei Metodi Misti (MM) nella ricerca sociale sulla salute è diventata sempre più diffusa proprio grazie alla loro capacità di affrontare la complessità intrinseca dei fenomeni legati alla salute

⁴² «OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie. È nato nel 2007 nell'ambito del progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, ed è coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.»

Sito web e dati: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/la-sorveglianza>

pubblica. Gli studi di Creswell e Plano Clark (2007) hanno dimostrato che i metodi misti offrono una maggiore flessibilità nel raccogliere dati che possono cogliere sia la dimensione statistica dei problemi sanitari sia le esperienze individuali e collettive che ne derivano.

Nell'ambito della ricerca è stata condotta un'esplorazione preliminare della letteratura scientifica, finalizzata all'identificazione e all'analisi di studi che impiegano approcci a metodi misti nell'ambito della sociologia della salute. L'attenzione si è concentrata in particolare su contributi che combinano l'uso di questionari e interviste, al fine di raccogliere sia dati quantitativi sia qualitativi, così da ottenere una comprensione più articolata e approfondita dei fenomeni oggetto di studio.

Ai fini della costruzione della tassonomia, è stata condotta una revisione mirata della letteratura scientifica, volta a identificare articoli pertinenti all'applicazione dei *mixed methods* in contesti di ricerca sociale sulla salute. La selezione degli articoli si è basata su criteri espliciti di inclusione ed esclusione, definiti con l'obiettivo di garantire coerenza tematica, rilevanza metodologica e allineamento con le finalità del presente lavoro.

Durante questa esplorazione, sono stati individuati 20 articoli rilevanti che rappresentano esempi significativi di applicazione dei metodi misti per indagare tematiche complesse, quali le disuguaglianze di salute, l'accesso ai servizi sanitari, e l'impatto dei fattori culturali sul comportamento sanitario. Nella selezione degli articoli sono stati considerati diversi criteri per assicurare la pertinenza e l'attualità dei contributi analizzati. In primo luogo, è stata valutata la rilevanza temporale, includendo soltanto articoli pubblicati negli ultimi venti anni (2003–2024), per garantire l'aderenza ai più recenti sviluppi teorici e alle sfide emergenti in ambito sanitario e sociale. In secondo luogo, gli articoli selezionati dovevano trattare in modo specifico temi legati alla salute, agli stili di vita, alle disuguaglianze sanitarie e sociali, o ai comportamenti di salute in contesti urbani e metropolitani.

Per quanto riguarda l'aspetto metodologico, sono stati inclusi esclusivamente studi che adottassero un approccio *mixed methods*, con particolare attenzione alla presenza di strumenti quali questionari e interviste. Un ulteriore criterio di inclusione ha riguardato il livello di integrazione tra i dati: sono stati selezionati solo quegli articoli in cui fosse prevista una fase esplicita di triangolazione o combinazione dei risultati quantitativi e qualitativi, condizione necessaria per una comprensione più profonda e articolata del fenomeno in esame. Come descritto da Amaturo e Punziano (2016), l'adozione di un approccio integrato consente infatti di superare i limiti epistemologici e metodologici dei singoli paradigmi, offrendo al contempo una lettura più contestualizzata e multidimensionale dei fenomeni sociali legati alla salute.

La ricerca bibliografica è stata condotta attraverso le principali banche dati accademiche (Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed), utilizzando una combinazione di parole chiave in lingua italiana e inglese, integrate da operatori booleani per affinare i risultati⁴³.

In particolare, studi come quelli di Graham (2007) e Wilkinson (2005) hanno evidenziato l'importanza di integrare dati quantitativi relativi alle disuguaglianze di salute con analisi qualitative delle esperienze vissute dagli individui, dimostrando come i fattori sociali ed economici incidano profondamente sullo stato di salute delle popolazioni. La triangolazione dei dati, come applicata nello

⁴³ Per individuare i contributi più rilevanti nell'ambito della ricerca sulla salute condotta con approcci a metodi misti, è stata effettuata una ricerca utilizzando una serie di keyword mirate. Le parole chiave impiegate hanno incluso: "Mixed methods health research", "Mixed methods sociology health", "Mixed methods social science health", "Qualitative quantitative health research" e "Pragmatic mixed methods health". Queste combinazioni sono state selezionate per esplorare la letteratura accademica che integra approcci qualitativi e quantitativi nello studio dei fenomeni legati alla salute, con particolare attenzione alla prospettiva sociologica e delle scienze sociali.

studio di Smith e Anderson (2007), consente di confrontare i risultati emersi da diverse fonti, rafforzando così la robustezza delle conclusioni e offrendo una visione più integrata dei fenomeni indagati. Tuttavia, l'implementazione dei Mixed Methods (MM) presenta sfide metodologiche e teoriche. Tra queste, l'integrazione coerente dei dati nelle varie fasi della ricerca rappresenta una criticità, poiché esiste il rischio di frammentazione tra i diversi approcci (Bryman, 2006).

Questa integrazione è particolarmente utile per studi che indagano il legame tra disuguaglianze socioeconomiche, condizioni ambientali e salute o come l'analisi quantitativa consente di mappare le disparità nei tassi di incidenza delle malattie o nell'accesso ai servizi sanitari, mentre l'analisi qualitativa offre uno sguardo più profondo sulle esperienze vissute dai cittadini e sulle barriere che incontrano. La letteratura sottolinea come queste disuguaglianze siano meglio comprese attraverso una combinazione di statistiche e narrazioni, permettendo di esplorare sia le dinamiche macroeconomiche sia le esperienze individuali (Graham, 2007).

La ricerca di Ferrer (2015) evidenzia che la fase di integrazione dei dati è particolarmente delicata per ottenere una sintesi efficace dei risultati, mentre Hansen *et al.* (2012) sottolineano come un'integrazione precoce tra metodi qualitativi e quantitativi possa garantire una maggiore coerenza nella raccolta dei dati. Studi come quelli di Marmot (2004) e Wilkinson e Pickett (2009) dimostrano che l'integrazione di dati socioeconomici con analisi qualitative può fornire una comprensione più completa del legame tra disuguaglianze sociali e salute e permette di cogliere le complessità dei determinanti sociali, economici e culturali che influenzano la salute delle popolazioni.

Le tabelle forniscono una panoramica sistematica dei contesti analizzati, costituendo uno strumento essenziale per comprendere le modalità di applicazione dei metodi misti nella ricerca sociale sulla salute. Esse consentono di evidenziare come tali approcci metodologici siano stati impiegati per affrontare domande di ricerca complesse, contribuendo a un'analisi più articolata delle dinamiche di salute, sostenibilità e disuguaglianze sociali.

L'analisi della distribuzione dei metodi di ricerca (Tabella 1) mostra una predominanza dell'approccio quantitativo-qualitativo (quant-qual), adottato in 14 studi, rispetto ai metodi esclusivamente qualitativi (qual-qual, 5 studi) e a quelli puramente quantitativi (quant-quant, 1 studio). Questo dato conferma la crescente affermazione di strategie metodologiche integrate nella ricerca sanitaria, con l'obiettivo di superare le limitazioni derivanti dall'uso esclusivo di uno dei due approcci.

Tuttavia, nonostante la diffusione dei metodi misti, l'analisi della triangolazione evidenzia una significativa carenza di integrazione tra i dati quantitativi e qualitativi: solo 8 studi su 20 hanno implementato una strategia di triangolazione, mentre 12 studi non hanno adottato alcuna forma di combinazione dei dati (Tabella 2). Questa tendenza si riflette anche nella fase di integrazione dei dati, che in molti casi risulta assente o limitata, con solo alcuni studi che hanno adottato pratiche di integrazione nelle conclusioni, nell'analisi finale o nella raccolta dati.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che, sebbene l'utilizzo dei metodi misti nella ricerca sanitaria sia sempre più diffuso, il livello di integrazione metodologica rimane un aspetto critico e ancora parzialmente implementato. Ciò indica la necessità di un ulteriore sviluppo metodologico volto a rafforzare la triangolazione e l'integrazione dei dati, al fine di ottenere una comprensione più profonda e multidimensionale delle disuguaglianze sanitarie, delle determinanti sociali della salute e delle interazioni tra benessere individuale e contesto socio-ambientale.

Tabella 1. Distribuzione dei metodi di ricerca negli studi analizzati

Fonte: elaborazione propria

Metodi	Totale articoli
quant qual	14
qual qual	5
quant quant	1

Tabella 2. Presenza della triangolazione nei metodi di ricerca

Fonte: elaborazione propria

Questa piccola esplorazione ricerca sociale sulla salute, nota come essi agevolino la fenomeni complessi quali i i determinanti sociali della salute. Gli articoli trattati in questa analisi riflettono come l'uso dei MM permetta di agire combinando dati quantitativi e qualitativi per ottenere una rappresentazione più completa e articolata dell'oggetto di studio.	Triangolazione	si	no	dei Metodi Misti (MM) nella senza pretese di esaustività, si ricerca che risponda a
	Totale articoli	8	12	

2.2 Contestualizzazione del problema di ricerca: le città metropolitane come epicentro delle dinamiche di salute e sostenibilità

Nel mondo ipermoderno, le città sono diventate l'epicentro della vita umana e influenzano non solo il benessere individuale ma anche la salute collettiva e la sostenibilità ambientale. L'urbanizzazione accelerata ha portato con sé una serie di sfide, tra cui il *framework* principale di questo lavoro di ricerca: gli stili di vita e la salute dei cittadini. In Italia, il panorama delle città metropolitane è rappresentato da quattordici grandi centri urbani⁴⁴ (Tabella 3): Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Torino e Venezia. Queste aree, che spesso si estendono su territori ampi e complessi, comprendono non solo il comune capoluogo ma anche i comuni circostanti di primo e secondo livello, a seconda della loro distanza dal centro urbano principale. Le città metropolitane rappresentano entità amministrative di fondamentale importanza, dotate di un compito cruciale nella coordinazione e pianificazione territoriale all'interno di vaste aree metropolitane. Questi centri urbani, con un grado di autonomia superiore rispetto ai comuni circostanti, non solo gestiscono le dinamiche interne delle loro aree, ma svolgono anche un ruolo strategico nella configurazione e ottimizzazione del territorio. Essi rappresentano dei veri e propri nodi vitali nell'organizzazione spaziale e sociale e orchestrano l'evoluzione del contesto urbano plasmando e influenzando profondamente le interazioni e le configurazioni che caratterizzano la vita cittadina.

Tabella 3. Città metropolitane

Fonte: Istat (<https://www.istat.it/news-dati-alla-mano/citta-metropolitane-ditalia-come-cambiano-i-territori-e-le-scelte-degli-italiani/>)

⁴⁴ Ad agosto 2023, le città metropolitane in Italia sono 14: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma Capitale, Napoli, Bari, Catania, Palermo, Cagliari, Reggio Calabria Messina.

Città Metropolitana	Comune Capoluogo	Popolazione Capoluogo	Popolazione Totale	Superficie (Km ²)	Densità (Abitanti/Km ²)	Numero Comuni
Roma	Roma	2.754.719 Ab.	4.230.292	5.366	788	121
Milano	Milano	1.371.850 Ab.	3.247.764	1.574	2.063	133
Napoli	Napoli	911.697 Ab.	2.967.736	1.177	2.522	92
Torino	Torino	846.926 Ab.	2.203.353	6.828	323	312
Bari	Bari	316.212 Ab.	1.221.782	3.865	316	41
Palermo	Palermo	628.894 Ab.	1.198.594	5.005	239	82
Catania	Catania	298.209 Ab.	1.071.041	3.575	300	58
Bologna	Bologna	390.518 Ab.	1.018.346	3.703	275	55
Firenze	Firenze	363.837 Ab.	990.336	3.514	282	41
Venezia	Venezia	250.369 Ab.	834.940	2.477	337	44
Genova	Genova	561.947 Ab.	817.260	1.834	446	67
Messina	Messina	217.895 Ab.	598.165	3.266	183	108
Reggio Calabria	Reggio Calabria	169.795 Ab.	515.046	3.208	161	97
Cagliari	Cagliari	147.378 Ab.	418.761	1.248	336	17
Totale Città Metropolitane				46.641	457	1.268
% Su Italia			36,20%	15,40%	-	16,10%

Rappresentando circa il 15,4% della superficie nazionale, queste città metropolitane ospitano il 36,2% della popolazione italiana, corrispondente a oltre 21,3 milioni di abitanti. Questi contesti urbani, caratterizzati da una densità e varietà socioeconomica significative, costituiscono un campione prezioso e complesso per lo studio degli stili di vita e delle dinamiche socioculturali. L'ampiezza e la diversità di queste aree metropolitane offrono una visione ricca e stratificata della vita urbana contemporanea, permettendo di indagare in profondità le interazioni tra ambiente, cultura e comportamenti di vita.

La struttura teorica delineata nei capitoli precedenti ha facilitato la ricostruzione degli aspetti socio-epidemiologici associati ai diversi stili di vita. Di conseguenza, l'analisi degli stili di vita e delle dinamiche sociali all'interno delle città metropolitane assume un ruolo di crescente importanza. Per affrontare la complessità dei diversi aspetti legati agli stili di vita salutari è essenziale adottare approcci interdisciplinari che integrino la prospettiva medica con i contributi delle scienze umane e sociali (Biancheri e Taddei, 2018; Giarelli, 2018). Nell'ambito degli stili di vita nei contesti urbani prenderemo come teoria di base la definizione di Cockerham (2005), definiti come l'insieme dei *pattern* di condotte collegate alla salute derivanti dalle scelte fra le opzioni disponibili alle persone sulla base delle loro opportunità di vita.

La creazione di un sistema di welfare completo negli anni Settanta ha giocato un ruolo fondamentale nel portare l'Italia al XXI secolo come uno dei paesi leader in termini di sopravvivenza, nutrizione e protezione dalla salute, posizionandosi in modo intermedio per lo sviluppo economico e il capitale umano, ma con una relativa persistenza delle disuguaglianze. Infatti, in Italia si osservano ancora importanti variazioni di salute mostrando una geografia dei principali indicatori di morbosità e di mortalità in Italia molto simile alla geografia della povertà (Costa *et al.*, 2003; Costa *et al.*, 2008). In questo ambito interpretativo, la sostenibilità è concepita come un principio fondamentale per l'azione sociale, orientato verso uno sviluppo che garantisca la tutela sia della salute individuale che di quella collettiva, preservando allo stesso tempo l'equilibrio ambientale (Barbier, 1987; Blewitt, 2012; Ratner, 2004). Infatti, la sostenibilità di una società è correlata alle scelte comportamentali degli

individui, le quali, a loro volta, sono influenzate da una serie di fattori. Negli ultimi anni inoltre è emerso un crescente interesse nell'esplorare come gli stili di vita individuali contribuiscano alla sostenibilità ambientale, economica e sociale ed oggi ci troviamo di fronte a una sfida fondamentale: in che modo i fattori socioculturali, i valori personali e le credenze collettive modellano le pratiche e le scelte individuali legate alla salute e alla sostenibilità nelle metropoli contemporanee? In che misura le caratteristiche dello spazio urbano, in termini di accessibilità, influenzano l'efficacia e la diffusione di tali pratiche, sostenendo o limitando l'adozione di stili di vita orientati al benessere e alla sostenibilità?

2.3 Il disegno della ricerca: inquadramento, obiettivi e domande

Lo studio propone di affrontare la sfida complessa e cruciale della promozione degli stili di vita sostenibili nell'ambiente urbano e della salute dei cittadini residenti nelle città metropolitane. L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di individuare modelli socioculturali che possano contribuire ad arricchire la letteratura sulle pratiche virtuose legate agli stili di vita salutari e sostenibili nelle aree urbane. In particolare, si esplora come i determinanti sociali e culturali possano influenzare le scelte dei residenti urbani italiani in termini di salute e sostenibilità.

L'analisi tiene conto sia dei fattori individuali (pratiche, valori personali, prevenzione e informazioni), sia dei fattori contestuali (come l'accessibilità a infrastrutture e servizi urbani), al fine di comprendere come questi influenzino il comportamento preventivo e l'adozione di stili di vita salutari.

Le domande fondamentali di ricerca per questo studio sono:

- 1) Quali sono i determinanti socioculturali che influenzano le scelte e i modelli di pratiche virtuose in termini di stili di vita salutari e sostenibili nelle grandi città metropolitane italiane?
- 2) In che misura i valori personali e le credenze culturali influiscono sull'adozione di comportamenti e pratiche orientate alla salute e alla sostenibilità?
- 3) Il livello di conoscenza e consapevolezza delle pratiche salutari e sostenibili è correlato con l'efficacia e l'adozione di misure preventive e di azioni orientate alla sostenibilità?

Per rispondere a queste domande, lo studio esplora le seguenti dimensioni:

- Cultura della salute e prevenzione: si approfondisce l'esplorazione dei valori culturali, delle credenze e delle pratiche preventive legate alla salute. Sarà analizzato il ruolo della percezione dello stato di salute e come essa incida sull'adozione di comportamenti salutari. Verranno inoltre esaminati i modelli culturali che influenzano decisioni riguardanti la dieta, l'attività fisica, l'uso di sostanze nocive e altre abitudini comportamentali rilevanti, con particolare attenzione alle pratiche preventive (come controlli medici di routine) e al ruolo delle informazioni sanitarie.
- Pratica sostenibile. si indaga quell'insieme di comportamenti individuali e collettivi che contribuiscono al benessere personale e ambientale, promuovendo modelli di vita equilibrati e a basso impatto ecologico (utilizzo di mobilità sostenibile, riciclo, risparmio d'acqua)
- Accessibilità degli spazi urbani: si indaga sull'accessibilità e sull'utilizzo delle aree verdi, dei parchi e delle altre infrastrutture urbane che favoriscono uno stile di vita attivo e sostenibile. Saranno valutate le caratteristiche degli spazi urbani (vicinanza, la pulizia, la manutenzione) che influenzano le scelte comportamentali legate alla salute e al benessere. L'analisi terrà conto del livello di soddisfazione dei residenti verso tali spazi e di come la qualità e la fruibilità

delle infrastrutture urbane supportino o limitino l'adozione di comportamenti preventivi e stili di vita sani.

- La costruzione dei temi collegati alla salute, agli stili di vita e alla sostenibilità.

Questi interrogativi e dimensioni costituiscono il nucleo della ricerca e rappresentano la base su cui si costruirà l'indagine empirica per identificare modelli socioculturali efficaci per promuovere stili di vita sostenibili nell'ambiente urbano.

Nell'ambito degli studi sugli stili di vita salutari e sostenibili, due paradigmi sociologici di riferimento sono l'individualismo metodologico e il collettivismo metodologico. L'individualismo metodologico postula che le strutture sociali emergano dalle azioni consapevoli e intenzionali degli individui, sostenendo che la realtà sociale sia costruita e trasformata attivamente dagli attori sociali (Weber, 1978). Al contrario, il collettivismo metodologico mette in evidenza l'importanza delle strutture sociali nel determinare e influenzare le azioni individuali, suggerendo che queste ultime siano principalmente il prodotto delle caratteristiche e delle norme sociali preesistenti (Durkheim, 1895). Questo approccio riconosce che gli individui non agiscono in un vuoto sociale, ma sono immersi in un sistema di relazioni, valori e strutture che condizionano le loro scelte.

Nella sociologia della salute, queste prospettive sono state integrate in modo più dinamico. Alcuni studiosi hanno introdotto il concetto di "stili di vita collettivi" (Frohlich e Potvin, 1999) per sottolineare come le scelte di salute siano fortemente radicate nel contesto sociale e non semplicemente il risultato di preferenze individuali. Gli stili di vita salutari, quindi, riflettono una combinazione di fattori strutturali (come il capitale economico e l'accesso alle risorse sanitarie) e azioni individuali (come le pratiche quotidiane di cura di sé).

Per superare la dicotomia tra individuo e struttura, teorie come la teoria della strutturazione di Giddens (1984) e il concetto di Habitus di Bourdieu (1986) offrono una prospettiva più articolata. Giddens suggerisce che l'azione individuale e le strutture sociali si influenzano reciprocamente: gli individui agiscono all'interno di strutture preesistenti, ma attraverso le loro azioni quotidiane contribuiscono a riprodurle o modificarle. In modo simile, il concetto di Habitus di Bourdieu descrive come il capitale culturale accumulato influenzi le scelte di stile di vita, rendendo alcuni comportamenti più naturali o accessibili rispetto ad altri. Questo implica che l'adozione di stili di vita salutari non è solo una questione di conoscenza o di preferenze individuali, ma è fortemente condizionata dalle strutture di potere e dalle disuguaglianze sociali.

Queste teorie forniscono un quadro teorico ampio per analizzare gli stili di vita salutari. Integrare le azioni individuali e le strutture sociali consente di capire come gli individui agiscano all'interno di contesti specifici, spesso modellati da determinanti sociali e economici (Marmot, 2005).

Per esplorare il fenomeno degli stili di vita salutari e sostenibili, è stato adottato un disegno di ricerca MM convergente parallelo (o triangolare). Tale approccio integra sia metodologie quantitative che qualitative, consentendo una visione olistica e una maggiore comprensione della complessità del fenomeno (Johnson e Onwuegbuzie, 2004 in Amato e Punziano, 2018).

La complessità intrinseca della relazione tra stili di vita, salute e sostenibilità nelle città metropolitane richiede un'analisi approfondita delle molteplici dimensioni coinvolte, sia esplicite che implicite. In particolare, è fondamentale considerare la tangibilità del fenomeno, la sua rilevanza emotiva per gli individui e l'autenticità del problema di ricerca, al fine di coglierne le implicazioni reali e contestuali. L'adozione di un disegno di ricerca MM convergente parallelo (o triangolare) ha previsto l'utilizzo di questionari per raccogliere dati quantitativi e interviste per raccogliere dati qualitativi. Tale scelta è giustificata da vari motivi:

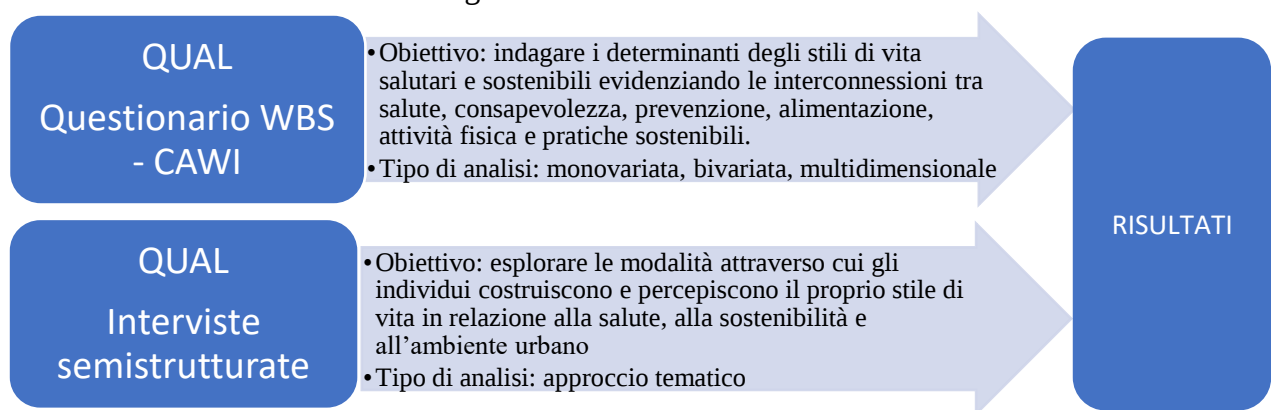
- 1) complementarità dei metodi: i questionari consentono di raccogliere dati sia su larga scala che su una vasta gamma di variabili in modo efficiente e standardizzato, offrendo una visione ampia e generalizzabile degli stili di vita e delle abitudini salutari e sostenibili. D'altra parte, le interviste semistrutturate consentono di esplorare in profondità le esperienze, le motivazioni, processi, contesti e i significati che sottostanno ai comportamenti degli individui, offrendo una comprensione più ricca e contestualizzata dei fenomeni studiati.
- 2) approfondimento della comprensione con un approccio olistico: le interviste consentono ai partecipanti di esprimere liberamente le proprie opinioni, percezioni e esperienze, consentendo al ricercatore di acquisire una comprensione dettagliata e ricca dei fattori che influenzano gli stili di vita salutari e sostenibili. Questo approfondimento della comprensione è particolarmente importante per identificare le sfumature e le complessità dei comportamenti e delle motivazioni degli individui e consente di adottare una prospettiva olistica che tiene conto delle complesse interazioni tra variabili individuali, sociali, culturali ed ambientali che influenzano gli stili di vita e le abitudini salutari e sostenibili.
- 3) validità convergente e contestualizzazione dei dati: l'uso combinato di questionari e interviste permette di ottenere informazione da diverse fonti e metodi di raccolta dati.

L'utilizzo combinato di tecniche quantitative e qualitative risponde all'esigenza di un'analisi più profonda delle pratiche di prevenzione, della percezione del rischio e delle scelte salutari, fornendo dati che vanno oltre la superficie delle semplici associazioni numeriche.

Questa integrazione metodologica segue una logica di scambio funzionale tra i diversi approcci, dove le informazioni raccolte da un metodo contribuiscono a migliorare e integrare quelle ottenute dall'altro, offrendo così una visione più sfaccettata. Il disegno di ricerca è caratterizzato da una stretta interdipendenza tra le varie fasi, dalla raccolta di dati fino alla loro analisi, garantendo una coerenza metodologica e una sintesi euristica. L'integrazione di metodi quantitativi e qualitativi si rivela essenziale per cogliere la complessità degli stili di vita esaminati, considerando non solo le pratiche dichiarate (attraverso i questionari), ma anche i significati e le narrazioni individuali (attraverso le interviste), che possono illuminare come le strutture sociali, le credenze culturali e le risorse disponibili influenzino le scelte quotidiane in materia di salute.

In Figura 1 è rappresentato il Visual Model che sintetizza il percorso metodologico adottato nello studio.

Figura 1. Visual Model MM



2.3.1 Unità d'analisi: popolazione di riferimento e contesto geografico

Nell'individuare le unità di analisi per lo studio sugli stili di vita nelle città metropolitane di Roma, Milano e Napoli, è necessario definire con precisione l'oggetto della ricerca e le sue proprietà. Poiché si tratta di una ricerca esplorativa, l'indagine non si limita ai soli individui che adottano già pratiche sostenibili, ma considera un campione più ampio di individui di età compresa tra i 18 e i 55 anni. L'obiettivo è esplorare l'insieme di comportamenti, abitudini, valori, così da identificare successivamente quali stili di vita possono essere considerati sostenibili o salutari. L'unità di analisi selezionata è l'individuo, inteso come il soggetto a cui si riferiscono le proprietà dello stile di vita.

L'inquadramento teorico dei primi capitoli insieme all'analisi di scenario ha fornito una base solida per una riflessione personale approfondita. Questa riflessione ha portato alla definizione concettuale e territoriale di riferimento, che ha segnato l'inizio del percorso empirico. Questo processo di “ricerca nella ricerca” ha facilitato la formulazione di ipotesi generali e operative, che saranno verificate o confutate attraverso l'analisi dei dati raccolti (Marradi, 2007). La popolazione di riferimento è quindi rappresentata dai residenti delle città metropolitane d'Italia e, in questa ricerca, è stato selezionato come campione tutti i residenti nelle municipalità di Milano, Napoli e Roma con età compresa tra 18 e 55 anni.

Nel contesto sociologico e scientifico, la suddivisione in fasce d'età è uno strumento cruciale per l'analisi dei comportamenti e degli stili di vita, poiché permette di indagare come le diverse fasi della vita influenzano le scelte individuali in termini di salute, sostenibilità e benessere. Studi precedenti, come quelli di Settersten e Mayer (1997), hanno evidenziato che la segmentazione in fasce d'età riflette non solo differenze biologiche, ma anche esperienze sociali e culturali che variano nel tempo e nello spazio. La teoria del corso di vita (Elder, 1998) sottolinea come le transizioni attraverso le fasi della vita (dall'adolescenza all'età adulta, alla mezza età e oltre) siano strettamente legate a cambiamenti nei comportamenti sociali, di consumo e nelle priorità di salute e sostenibilità. Le fasce d'età proposte in questa ricerca, ovvero giovani adulti (18-24 anni), adulti giovani (25-34 anni), adulti maturi (35-44 anni) e mezza età (45-54 anni), riflettono approcci consolidati nella letteratura (Settersten e Ray, 2010; Furlong e Cartmel, 2006; Mayer, 2009).

La scelta di queste fasce bilancia i gruppi per dimensione e rilevanza sociologica, considerando aspetti come la transizione dall'istruzione al mondo del lavoro (giovani adulti), la stabilizzazione economica e familiare (adulti giovani e maturi), e l'aumento delle preoccupazioni per la salute e il benessere nelle fasce più anziane. Tale approccio consente un'analisi robusta delle differenze nei comportamenti legati alla sostenibilità e alla salute, che si manifestano in modo distintivo in ciascuna fase della vita. La decisione di concentrarsi su questa fascia d'età e area geografica è stata dettata dall'obiettivo di analizzare un segmento di popolazione attivo sia in termini lavorativi che sociali, rappresentativo delle dinamiche urbane contemporanee. Le città metropolitane, in particolare, sono stati contesti privilegiati per lo studio delle dinamiche economiche e sociali, essendo aree densamente popolate e caratterizzate da una forte eterogeneità culturale e socioeconomica.

Nel contesto della presente ricerca, sono stati definiti criteri di eleggibilità per il campione, che includevano variabili come l'età e la residenza. Successivamente, è stato adottato un campionamento accidentale, avvalendosi di una web survey come strumento di raccolta dati. Tale approccio ha implicato l'implementazione di una strategia di posting mirata, consistente nell'identificazione di ambienti digitali specifici per la distribuzione del link alla survey. I partecipanti sono stati selezionati tra coloro che soddisfacevano i criteri di eleggibilità stabiliti in fase preliminare, attraverso il recupero dei rispondenti all'interno di questi spazi digitali.

Ovviamente, l'utilizzo di una web survey non garantisce la piena rappresentatività della popolazione target e inoltre, gli individui che hanno partecipato alla survey potrebbero essere stati motivati da un interesse personale per le tematiche trattate, introducendo potenziali bias di autoselezione (Bethlehem, 2010). Tuttavia, sono state raccolte un totale di 1.987 risposte, ma sono state prese in considerazione solo le risposte dei cittadini residenti nei tre comuni di Napoli, Roma o Milano. La dimensione finale del campione ottenuto (926 risposte valide) permette comunque di trarre conclusioni indicative, in particolare in una fase di ricerca esplorativa, dove l'obiettivo principale è quello di ottenere una prima comprensione dei fenomeni in studio piuttosto che una generalizzazione assoluta. Questo tipo di approccio è spesso utilizzato per identificare *pattern* e tendenze che possono poi essere oggetto di indagini più approfondite in fasi successive della ricerca (Sue e Ritter, 2012). In tale contesto, la *web survey* si è dimostrata uno strumento efficace, poiché ha consentito di raggiungere un numero significativo di individui in maniera rapida e su un'ampia area geografica, rendendola particolarmente utile per studiare stili di vita e comportamenti legati alla sostenibilità in contesti urbani eterogenei (Couper, 2000).

Per la parte qualitativa, gli individui intervistati sono stati selezionati sulla base di criteri sociodemografici specifici, al fine di garantire un campione coerente con la parte quantitativa della ricerca mixed. Quindi, la fascia d'età considerata comprendeva individui tra i 18 e i 55 anni e la selezione geografica si è concentrata sulle tre principali città metropolitane italiane Roma, Milano e Napoli. Tale scelta è stata motivata dalla necessità di raccogliere dati eterogenei in continuità con la parte quantitativa della ricerca, nonché di esaminare possibili variazioni nelle dinamiche sociali e ambientali tra le diverse città metropolitane italiane. Per garantire una maggiore variabilità nelle risposte e ottenere una rappresentazione più articolata della popolazione di riferimento, è stata inoltre assicurata un'adeguata eterogeneità in termini di genere, livello di istruzione e condizione occupazionale. I partecipanti sono stati reclutati attraverso contatti diretti e reti professionali, privilegiando un approccio mirato alla selezione di soggetti in grado di fornire contributi informativi significativi per l'analisi qualitativa. Prima della conduzione delle interviste, ogni partecipante ha ricevuto un'informativa dettagliata, contenente una spiegazione approfondita degli obiettivi della ricerca, delle modalità di svolgimento dell'intervista e delle garanzie relative alla tutela della privacy e alla riservatezza dei dati. Tutte le interviste sono state registrate previo consenso dei partecipanti, al fine di garantire un'analisi più accurata e fedele dei contenuti emersi.

Le interviste si sono svolte in presenza, in luoghi previamente concordati con i partecipanti, privilegiando ambienti tranquilli e riservati per favorire un clima di fiducia e una maggiore libertà espressiva. Solo in un caso, per motivazioni logistiche, è stato necessario ricorrere a un'intervista in modalità remota, condotta tramite la piattaforma Zoom.

2.4 Il questionario: costruzione, progettazione e somministrazione

«Essendo composto per lo più da domande chiuse esige da parte del ricercatore non solo piene conoscenze di tutte le questioni e degli interrogativi, ma anche delle possibili risposte»

(Corbetta, 1999)

Nel lavoro di costruzione della documentazione empirica (Marradi, 2007; Amaturò, 2012), volto a esplorare gli stili di vita salutari e sostenibili delle nuove generazioni, è stata utilizzata la tecnica *Web Based Survey* (W.B.S.) attraverso il sistema CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*), ovvero un questionario online. Questo strumento, compilato autonomamente e in modo anonimo, adotta la

tecnica dell'auto-somministrazione, strutturando domande semiaperte. Con l'emergere delle reti digitali, la crescente diffusione di dispositivi informatici personali quali computer domestici, laptop e tablet, e, in particolare, la pervasività degli smartphone, si è assistito a una trasformazione significativa nelle modalità di raccolta dei dati. Tali tecniche si inseriscono pienamente nella cosiddetta *data revolution*, un processo che ha trasformato profondamente i metodi consolidati nelle discipline scientifiche, modificando le pratiche di costruzione, organizzazione e analisi dei dati (Amaturo e Aragona 2016; Amaturo e Punziano, 2018).

Tra queste, la tecnica CAWI rappresenta una soluzione economicamente vantaggiosa, in quanto elimina la necessità di impiegare intervistatori. Inoltre, alcune piattaforme gratuite (ad esempio, Google Forms) offrono strumenti utili per la progettazione del questionario, la somministrazione delle domande ai partecipanti, la registrazione delle risposte in una matrice di dati, l'elaborazione di analisi preliminari e la generazione di rappresentazioni grafiche semplificate.

I dati raccolti possono essere ulteriormente esportati in formati compatibili con software avanzati di analisi statistica. In un contesto di somministrazione tipico, i partecipanti godono di una notevole autonomia temporale: possono scegliere quando rispondere, navigare tra le sezioni del questionario, decidere di omettere alcune domande o modificare risposte già fornite.

Un vantaggio delle tecniche CAWI è rappresentato dall'assenza dell'intervistatore, che elimina i potenziali bias derivanti dall'interazione tra intervistatore e intervistato. Questa caratteristica risulta particolarmente utile nel caso in cui il questionario includa domande sensibili, riducendo così l'effetto di desiderabilità sociale che può influenzare le risposte.

Il questionario è stato progettato tenendo conto delle caratteristiche socioanagrafiche del target a cui è destinato, al fine di garantire la rilevanza, la comprensibilità e l'efficacia nella raccolta delle informazioni.

Un'analisi dettagliata dei tipi di domande frequentemente utilizzate nei questionari destinati a studi sugli individui è proposta da Pitrone (2009). L'autrice distingue una serie di categorie, tra cui domande relative alle caratteristiche personali, esperienze di vita, conoscenze, emozioni, convinzioni, opinioni, valori, norme comportamentali, azioni future e motivazioni. Questo schema evidenzia l'ampia gamma di dimensioni che possono essere esplorate attraverso strumenti di indagine strutturati, consentendo una comprensione articolata delle dinamiche individuali e sociali. Rosenberg (1968) integra tale prospettiva sottolineando la possibilità di raccogliere dati non solo sulle proprietà degli individui, ma anche sulle loro disposizioni. Le proprietà si riferiscono a caratteristiche stabili e oggettive, come l'età, il genere o il livello di istruzione, che rappresentano elementi di continuità nell'identità individuale. Le disposizioni, invece, comprendono aspetti più dinamici e situazionali, come:

- Atteggiamenti, ad esempio verso ideologie politiche o figure istituzionali;
- Abilità, quali capacità artistiche o competenze tecniche;
- Riflessi, come la sensibilità a stimoli ambientali;
- Abitudini, tra cui comportamenti routinari come l'igiene personale o la fruizione mediatica;
- Valori, intesi come credenze fondamentali che orientano le scelte e i comportamenti, ad esempio la fiducia nella democrazia o l'importanza attribuita al successo personale;
- Bisogni, tra cui quelli primari (nutrizione, sicurezza) e sociali (appartenenza, autorealizzazione);
- Tratti di personalità, come tendenze all'autoritarismo o alla depressione;
- Tendenze generali, non facilmente riconducibili ad altre categorie specifiche.

Questa articolazione proposta da Rosenberg (1968) risulta particolarmente rilevante nell'ambito della ricerca sociologica, in quanto consente di analizzare la complessità delle identità individuali attraverso una lente multidimensionale. Essa offre un quadro interpretativo capace di connettere caratteristiche strutturali con aspetti soggettivi, permettendo così una comprensione più sfaccettata del comportamento umano. Attraverso tali classificazioni, è possibile costruire strumenti di indagine capaci di cogliere sia le dimensioni stabili e universali che quelle dinamiche e contestuali dell'agire sociale. La realizzazione del questionario è stata suddivisa in diverse fasi. Inizialmente, sono stati individuati i concetti chiave degli stili di vita salutari e sostenibili negli ambienti urbani attraverso un'analisi della letteratura esistente. Per evitare il pericolo che vengano tagliati fuori dalla rilevazione aspetti cruciali è stato effettuato un pre-test su un numero ridotto di individui, finalizzata a fornire elementi conoscitivi utili per la messa a punto dello strumento di rilevazione definitivo. Il pre-test ha incluso una fase di de-briefing con esperti in materia metodologica ed epidemiologica⁴⁵ volta a valutare la chiarezza delle domande, l'esauribilità e la pertinenza delle risposte, eventuali difficoltà nell'interpretazione e compilazione, nonché a identificare aspetti ritenuti significativi dai partecipanti, che potrebbero essere stati trascurati nella bozza del questionario. Il questionario definitivo è stato strutturato in 6 sezioni differenti, ognuna inerente un determinato tema di indagine o relativo a una tipologia specifica di informazioni. Con l'intento di rendere il questionario snello e di semplice compilazione nei confronti del rispondente, i moduli presentano diversi format di domande. Le sezioni del sondaggio sono così suddivise (Figura 2):

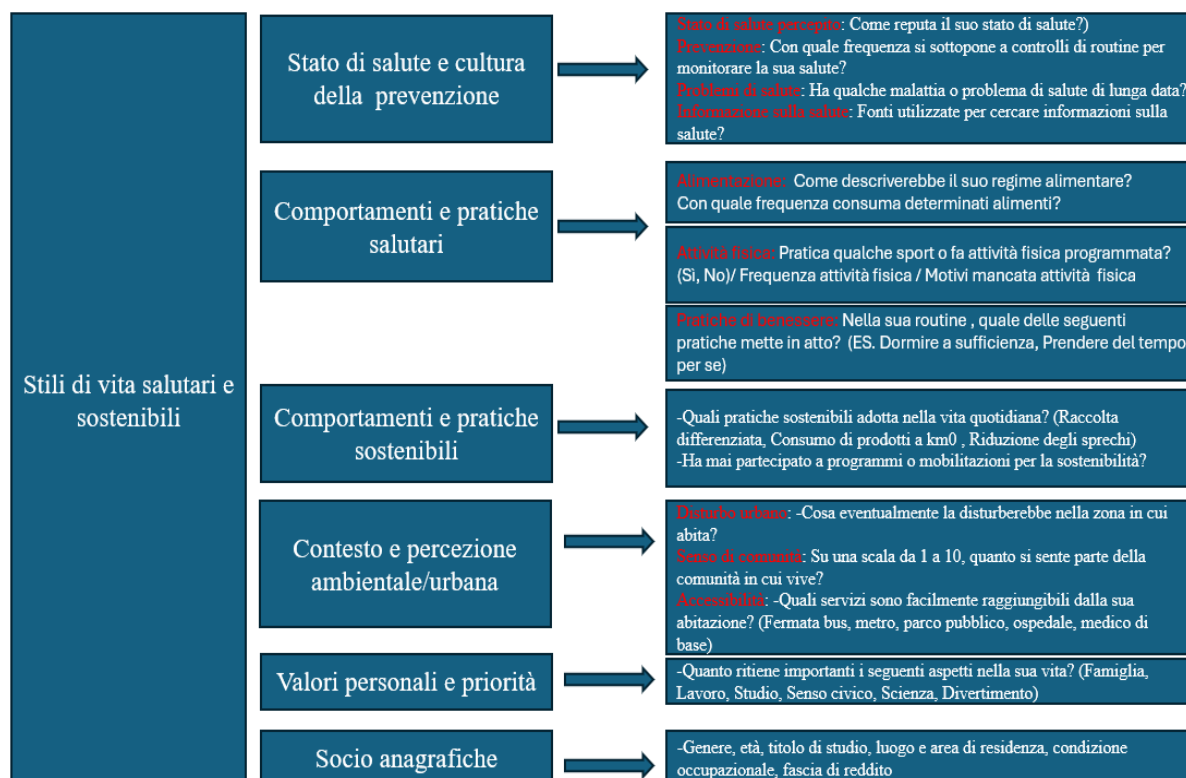
- 1) *Informazioni socioanagrafiche*, include informazioni come età, genere, livello di istruzione, stato civile, occupazione e altre variabili demografiche pertinenti. La raccolta di queste informazioni consente di comprendere meglio il profilo dei partecipanti e di analizzare eventuali correlazioni con altre risposte fornite nel sondaggio o nel questionario
- 2) *Contesto e percezione ambientale/urbana*, raccoglie informazioni sulla percezione della zona residenziale e sull'importanza di misure preventive per la salute urbana. Include domande su diversi tipi di quartieri, disturbi comuni, e sull'accessibilità e la mobilità. Inoltre, comprende affermazioni valutative riguardanti il senso di appartenenza alla città, la sicurezza, la pulizia, l'accesso ai servizi pubblici e la promozione della salute (sicurezza, confort, estetica, progettazione, utilità, dislocazione dell'individuo nell'aria urbana).
- 3) *Valori personali*, raccoglie le opinioni e i valori personali su una serie di questioni sociali, politiche e morali. Include affermazioni riguardanti temi come immigrazione, cambiamento climatico, disuguaglianza economica, religione e libertà individuale. I partecipanti sono invitati a esprimere il loro grado di accordo su ciascuna affermazione utilizzando una scala Likert. Inoltre, vengono esplorati punti di vista sulla pena di morte e sull'importanza della ricerca scientifica e tecnologica.
- 4) *Stato di salute percepito e cultura della prevenzione*, si concentra sul monitoraggio della salute personale e delle pratiche preventive adottate dai partecipanti. Include domande su routine di esami medici, stato di salute generale.
- 5) *Comportamenti e pratiche salutari*: Questa dimensione esplora le abitudini legate al benessere fisico e mentale, focalizzandosi su tre aspetti chiave: attività fisica, alimentazione e gestione del benessere quotidiano. L'analisi indaga la frequenza e l'intensità della pratica sportiva, i

⁴⁵ Prof.ssa Francesca Romana Lenzi, Direttore Coreresearch Antonio Nicolucci; Prof.ssa Gabriella Punziano; Prof. Paolo Montesperelli

fattori che influenzano la partecipazione all'attività fisica e le eventuali barriere percepite. Inoltre, viene approfondita la cultura alimentare dei partecipanti, esaminando il tipo di dieta seguita, la consapevolezza nutrizionale e il rapporto con il cibo in termini di qualità, varietà e sostenibilità. Infine, vengono analizzate le pratiche quotidiane di benessere, come la gestione del sonno, la regolazione dell'uso del digitale e il tempo dedicato al relax e alla cura di sé, al fine di comprendere in che modo gli individui costruiscono e mantengono un equilibrio tra corpo e mente.

- 6) *Comportamenti e pratica sostenibile*, esplora le opinioni e le pratiche quotidiane la consapevolezza ambientale, sulle abitudini sostenibili e sull'uso di risorse eco-friendly.

Figura 2. Mappa delle proprietà e dei concetti



Le domande incluse nel questionario sono state selezionate in base alle dimensioni identificate nel piano di ricerca. Queste domande sono il risultato dell'operativizzazione delle variabili considerate indicatori delle dimensioni che compongono il concetto di stile di vita salutare e sostenibile. La letteratura scientifica (Amaturo, 2012, p. 64) evidenzia come, sul piano teorico, l'analisi si articoli attraverso l'uso di concetti, mentre nel passaggio al livello empirico risulti necessario scomporre tali concetti in indicatori e, successivamente, in variabili osservabili. Quindi per ridurre la complessità della realtà da studiare è necessario individuare e analizzare le proprietà del concetto connesse all'oggetto sociale. La scomposizione di un concetto in proprietà riferite all'oggetto prende il nome di operativizzazione o definizione operativa. L'oggetto del discorso scientifico sono i soggetti sociali della ricerca a cui si riferiscono le proprietà studiate (Punziano in Amaturo, 2012). La progettazione della survey all'interno di una ricerca MM non può essere vista come un processo isolato, ma deve essere concepita in funzione dell'integrazione con altre tecniche di indagine, sia qualitative che quantitative. Come sottolineano Punziano e Amaturo (2018), l'uso della survey nelle strategie di ricerca mista non si limita alla mera raccolta di dati quantitativi standardizzati, ma è costruita in modo tale da "dialogare" con gli strumenti qualitativi, allo scopo di fornire una visione più completa del

fenomeno in esame. Tale approccio integrato rende la survey non solo un mezzo per raccogliere dati, ma uno strumento funzionale alla complementarità metodologica, capace di colmare le lacune derivanti dall'uso esclusivo di un singolo metodo. La survey, in questo contesto, viene progettata in modo tale da rispondere non solo alle domande di natura quantitativa, ma anche per essere integrata con i risultati derivanti dai metodi qualitativi. Ciò significa che il processo di formulazione delle domande, la selezione degli indicatori e la struttura stessa del questionario devono essere pensati strategicamente, in funzione di una successiva triangolazione dei dati. Come affermano le autrici il disegno della survey deve tenere conto delle interazioni possibili e auspicabili con gli strumenti qualitativi (Punziano e Amaturò, 2018, p. 81), il che implica una costruzione del questionario che non si limiti a rilevare dati indipendenti, ma che si presti a un confronto e a una sinergia con gli strumenti qualitativi. In questo senso, la progettazione della survey richiede particolare attenzione alla complementarità e alla sequenzialità delle informazioni raccolte. Un questionario ben costruito, all'interno di un disegno mixed methods, deve poter fornire dati quantitativi che siano interpretabili e approfondibili attraverso le successive fasi qualitative. Ad esempio, un disegno di ricerca sequenziale esplicativo prevede che i risultati quantitativi raccolti attraverso la survey vengano poi interpretati e spiegati con strumenti qualitativi, come interviste, per comprendere meglio il “perché” dei fenomeni individuati. Al contrario, in un disegno esplorativo, i dati qualitativi iniziali possono guidare la costruzione della survey, per rendere più precisa la raccolta dei dati quantitativi successivi (Punziano e Amaturò, 2018, p. 83). Questo approccio integrato richiede quindi una progettazione strategica che tenga conto delle dinamiche temporali, ma soprattutto della possibilità di integrazione metodologica tra i due approcci. La survey diventa così uno strumento flessibile e adattabile, pensato non solo per raccogliere dati in sé, ma per essere utilizzato in funzione dell'integrazione, contribuendo a un'indagine più robusta e completa. Nel contesto dei disegni di ricerca convergente parallelo, l'integrazione tra metodi quantitativi e qualitativi avviene in maniera simultanea, ossia entrambi i metodi vengono utilizzati parallelamente per raccogliere dati e poi confrontati in fase di analisi. In questo tipo di disegno, la survey gioca un ruolo centrale nel fornire dati quantitativi che verranno interpretati insieme ai risultati qualitativi, con l'obiettivo di ottenere una visione più completa e coerente del fenomeno studiato. In un disegno convergente parallelo, il confronto tra i dati della survey e quelli qualitativi avviene al termine della raccolta, con l'obiettivo di verificare se i dati quantitativi confermano o ampliano le scoperte emerse dalle interviste. Come sottolineano Punziano e Amaturò (2018), la progettazione della survey in un disegno convergente parallelo deve quindi tener conto della necessità di fornire dati quantitativi complementari a quelli qualitativi, integrabili in un'analisi successiva e utili per rispondere alle domande di ricerca. Nel contesto di un approccio bottom-up, ciò significa che la survey non deve essere un semplice strumento standardizzato ma uno strumento dinamico, progettato per adattarsi alla conoscenza progressiva generata dal processo di indagine qualitativa. L'integrazione tra metodi in un disegno parallelo richiede quindi un dialogo continuo tra dati quantitativi e qualitativi, con l'obiettivo finale di far convergere i risultati in una comprensione più completa e robusta del fenomeno. Nel contesto della ricerca sugli stili di vita salutari e sostenibili in città come Napoli, Roma e Milano, è fondamentale operativizzare tali concetti attraverso indicatori adeguati che tengano conto delle caratteristiche strutturali, sociali e ambientali delle aree metropolitane. Gli stili di vita salutari sono determinati da fattori che riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, la prevenzione sanitaria, e la percezione della qualità ambientale, mentre gli stili di vita sostenibili includono aspetti come il trasporto, la gestione dei rifiuti e il consumo energetico. Di seguito vengono esplorati questi concetti e i relativi indicatori per lo studio degli stili di vita salutari e sostenibili:

1. Alimentazione equilibrata: La letteratura evidenzia l'importanza di una dieta ricca di frutta, verdura per il mantenimento di uno stile di vita salutare (WHO, 2014). Indicatore: frequenza di consumo di alimenti sani.
2. Attività fisica: Studi come quello di Sallis *et al.* (2016) hanno dimostrato che l'accessibilità a parchi, piste ciclabili e infrastrutture urbane promuove una maggiore attività fisica, con effetti positivi sulla salute. Nelle città italiane, l'efficienza e la qualità delle aree pubbliche dedicate all'esercizio fisico rappresentano un importante indicatore. Indicatore: frequenza di attività fisica, utilizzo di spazi verdi, piste ciclabili e infrastrutture sportive urbane.
3. Prevenzione sanitaria: Le cure preventive, come screening regolari e vaccinazioni, sono essenziali per mantenere uno stile di vita salutare. La presenza di servizi sanitari accessibili e campagne di sensibilizzazione influenzano direttamente i comportamenti preventivi (Lombardi *et al.*, 2020). Indicatore: frequenza di controlli medici, vaccinazioni e partecipazione a programmi di prevenzione.
4. Percezione della qualità ambientale: La percezione di un ambiente urbano sano è un indicatore importante. L'inquinamento atmosferico e acustico, la presenza di spazi verdi e la sicurezza percepita influenzano la salute mentale e fisica dei cittadini (Evans, 2003). Indicatori: percezione della qualità dell'aria, percezione disturbo, accesso a spazi verdi, inquinamento acustico.
5. Utilizzo di trasporti sostenibili: In città come Napoli, Roma e Milano, l'accesso ai trasporti pubblici e l'uso di mezzi di trasporto non inquinanti rappresentano un indicatore chiave di uno stile di vita sostenibile. La letteratura suggerisce che il miglioramento delle infrastrutture per il trasporto pubblico e ciclistico può ridurre significativamente l'inquinamento e migliorare la qualità della vita urbana (Banister, 2008). Indicatore: utilizzo di trasporti pubblici, biciclette, camminate a piedi.
6. Gestione dei rifiuti e riciclo: La capacità di una città di incentivare il riciclo e la riduzione dei rifiuti ha un impatto diretto sulla sostenibilità. Città come Milano hanno implementato programmi di raccolta differenziata con successo, mentre altre, come Napoli, hanno affrontato sfide significative in questo ambito (Pileri e Maggi, 2010). Indicatore: gestione dei rifiuti domestici.
7. Efficienza energetica e consumo consapevole: L'utilizzo di energia proveniente da fonti rinnovabili e la riduzione del consumo energetico sono pratiche chiave per promuovere stili di vita sostenibili. La letteratura (Steg *et al.*, 2015) evidenzia come comportamenti di risparmio energetico, come l'uso di elettrodomestici efficienti e l'adozione di pratiche di riduzione degli sprechi, possano essere incentivati attraverso politiche locali. Indicatore: utilizzo di energia rinnovabile, pratiche di risparmio energetico.
8. Consumo consapevole e alimentazione sostenibile: La scelta di prodotti a basso impatto ambientale e la preferenza per cibi biologici e a km 0 sono indicatori di una maggiore consapevolezza ecologica. Indicatore: acquisto di prodotti usati, consumo di alimenti a km 0.

Durante la fase di definizione operativa, ovvero nel tradurre empiricamente le proprietà dell'oggetto di studio in indicatori e variabili, nella classificazione e individuazione delle modalità si è tenuto conto delle tre regole di *fundamentum divisionis*, mutua esclusività ed esaustività (Amaturo, 2012). Nell'analisi sono state considerate un totale di 97 variabili con proprietà discrete e caratteristiche categoriali. Le variabili ottenute grazie alle diverse batterie di domande con tecniche di scaling sono state trattate come variabili cardinali in quanto derivanti da proprietà che consideriamo continue ma non possiamo misurare per mancanza di unità di misura (Marradi, p.104). In particolare, possiamo distinguere due famiglie di tecniche di scaling ovvero quelle che generano variabili non trattabili come cardinali e, nello specifico, categoriali ordinate – e quelle che generano variabili trattabili come cardinali, variabili quasi-cardinali (Caputo in Amaturo, 2012, p.236). La scelta è ricaduta sul tipo di variabili categoriali ordinate con la tecnica della scala additiva di Likert (1932). L'applicazione delle scale di Likert nello studio degli stili di vita è giustificata dalla loro capacità di catturare la complessità dei comportamenti, delle preferenze e delle scelte quotidiane che definiscono il modo di vivere di un individuo o di un gruppo. Dal punto di vista teorico, le scale di Likert si collocano all'interno di un quadro metodologico che ha solide basi nelle teorie sociologiche dei valori. Milton Rokeach (1973) ha definito i valori come credenze centrali che guidano i comportamenti e le scelte individuali, mentre Shalom Schwartz (1992) ha ampliato questo approccio sviluppando una tassonomia di valori universali che influenzano sia il comportamento personale sia la coesione sociale. Allo stesso modo, gli stili di vita possono essere considerati un'espressione dinamica di valori, in quanto riflettono il modo in cui le credenze personali si traducono in pratiche quotidiane. Le scale di Likert, grazie alla loro struttura gerarchica e sistematica, offrono uno strumento efficace per studiare le interconnessioni tra valori e stili di vita, evidenziando differenze individuali e collettive.

La fase di rilevazione è stata condotta dal 1/04/2024 al 31/07/2024 luglio utilizzando moduli applicativi di Google. Le tecniche basate sull'uso di tecnologie, conosciute come CAWI, consentono di esaminare su vasta scala la popolazione di interesse. Nonostante alcuni dubbi sulla validità delle indagini online, la letteratura ha ampiamente evidenziato i vantaggi in termini di risparmio di tempo ed economico per i ricercatori, nonché la possibilità di raggiungere gruppi altrimenti difficilmente accessibili (Hood, 1999, in Pandolfini). Un importante beneficio dei questionari standardizzati è la loro capacità di garantire la comparabilità delle risposte, facilitando la standardizzazione delle analisi successive. Inoltre, i questionari online offrono la possibilità di acquisire dati automaticamente in formato elettronico, riducendo il rischio di errori di inserimento manuale. Nel nostro caso, l'uso di una piattaforma server side (Lombi, 2015) ha permesso di monitorare le risposte durante l'intero periodo di indagine e di esportare i dati in formato xls su un foglio elettronico di Excel. L'utilizzo di moduli Google ha inoltre agevolato l'accessibilità tramite browser web mobile su diversi tipi di smartphone. I criteri di privacy, l'età e la geografia del target di riferimento sono stati esplicitati nell'introduzione del questionario

2.4.1 Analisi dei dati

Il primo passo è stato quello di garantire l'accuratezza e l'affidabilità dei dati e, infatti, sono stati eseguiti rigorosi controlli di congruenza e applicate correzioni sistematiche. Questo processo ha incluso controlli incrociati per identificare e correggere incongruenze e anomalie nei dati. In particolare, è stata verificata la coerenza interna delle risposte e corretti eventuali errori riscontrati, assicurando così l'integrità e la qualità del dataset per le successive analisi.

Dopo aver effettuato una verifica preliminare del dataset e dopo aver confermato la validità del dataset utilizzando un campione di questionari, sono state elaborate e inserite le risposte provenienti da un totale di 926 questionari, utilizzando il software SPSS. La scelta di questo software si basa sulla sua elevata versatilità e capacità di supportare una vasta gamma di metodi statistici, che spaziano dalle analisi più basilari a quelle più avanzate. SPSS è dotato di funzionalità avanzate per la generazione di grafici, la produzione di report dettagliati, e consente l'integrazione di dati provenienti da e verso diverse piattaforme o software. Inoltre, offre strumenti per la gestione e la creazione di database accessibili online. Il dataset costruito può essere quindi descritto come una matrice bidimensionale (Di Franco, 2010), dove le righe rappresentano i casi (ovvero ogni individuo partecipante all'indagine) e le colonne corrispondono alle variabili, che in questo contesto rappresentano le domande del questionario somministrato e le relative risposte fornite dai partecipanti.

L'approccio utilizzato ha tenuto conto del ruolo specifico che ogni variabile riveste nel dataset, scegliendo tra la semplice trasposizione delle risposte del questionario e la creazione di aggregati complessi.

Il lavoro d'analisi descrittiva del materiale empirico raccolto è volto a verificare le caratteristiche sociodemografiche connesse al fenomeno oggetto di studio.

Si articoleranno di seguito diversi tipi di indagini partendo *in primis* con un'analisi monovariata. La scelta di ricorrere ad una analisi monovariata, oltre a dar modo di conoscere la distribuzione delle modalità di ogni variabile, permette di notare eventuali errori prodotti dalla codifica (Marradi, 2002). Le analisi descrittive hanno fornito una prima panoramica del campione analizzato.

Nella seconda fase dell'indagine, è stata condotta un'analisi bivariata (*ivi*), supportata dall'impiego di tabelle di contingenza, al fine di individuare e valutare le relazioni tra variabili sociodemografiche e specifiche pratiche legate alla salute (quali l'adozione di misure preventive, l'accesso e l'utilizzo di informazioni sanitarie appropriate, l'adesione a un'alimentazione sana e sostenibile e la pratica regolare di attività fisica sportiva).

Contemporaneamente è stata effettuata un'operazione di sintesi dei dati attraverso la definizione di set di variabili rappresentativi di aggregati tipologici o tematici e la costruzione di indicatori, un processo essenziale per ridurre la complessità delle informazioni e facilitare l'identificazione dei modelli di comportamento emergenti; tuttavia, poiché la sintesi dei dati comporta inevitabilmente una perdita di dettagli specifici, sono stati sviluppati indici aggregati che sintetizzano le modalità di una o più variabili mediante operazioni di somma e media, consentendo così una rappresentazione più strutturata e interpretabile delle informazioni raccolte; in particolare, sono stati costruiti tre indici compositi, quali l'indice di prossimità ai servizi essenziali, volto a misurare il grado di accessibilità a infrastrutture fondamentali per il benessere individuale e collettivo, l'indice di alimentazione sana e sostenibile, finalizzato a sintetizzare le pratiche alimentari in termini di equilibrio nutrizionale e impatto ambientale, e l'indice di disturbo ambientale, sviluppato per valutare l'esposizione a fattori di degrado urbano e le loro implicazioni sulla qualità della vita, tutti elementi fondamentali per la comprensione delle dinamiche indagate nello studio.

Questi indici sono stati progettati per rispecchiare criteri logici ben definiti, in modo da garantire che le nuove variabili rappresentino autenticamente le caratteristiche degli stili di vita studiati. In particolare, si è adottata l'assunzione che l'aggregazione di diverse modalità di una variabile possa definire una sotto-proprietà significativa, rispettando i criteri di esaustività, mutua esclusività, omogeneità semantica interna e equilibrio numerico.

In termini sociologici, la costruzione di diversi indici permette di esplorare e comprendere come i fattori socioculturali, le norme e le pratiche quotidiane si intrecciano per influenzare gli stili di vita.

Le operazioni relative agli indici compositi e alla loro relazione con le variabili sociodemografiche sono state condotte mediante un'ANOVA (*Analysis of Variance*) univariata (St e Wold, 1989), con l'obiettivo di verificare la significatività statistica delle differenze tra i gruppi considerati. Questa tecnica ha permesso di valutare la presenza di variazioni sistematiche nelle pratiche di salute e sostenibilità in funzione di caratteristiche individuali e sociali.

Nell'analisi dei dati, sono state adottate due tecniche multidimensionali volte a esplorare le relazioni tra le variabili e a individuare strutture latenti nei dati. In primo luogo, è stata applicata l'Analisi delle Componenti Principali Categoricali (CATPCA) (Hitlin & Piliavin, 2004; Meulman *et al.*, 2004), utilizzata per esaminare singolarmente i valori della popolazione di riferimento e per identificare le principali dimensioni sottostanti alle variabili analizzate. Successivamente, i fattori estratti sono stati correlati con l'Indice di Pratiche Sostenibili, al fine di individuare possibili associazioni significative tra le dimensioni comportamentali e gli orientamenti verso la sostenibilità.

Infine, è stata condotta un'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM) (Guttman, 1941; Burt, 1950; Hayashi, 1956; Benzécri, 1973, 1992; Greenacre, 1984, 2010; Masson, 1989; Le Roux & Rouanet, 2004; Tenenhaus & Young, 1985; Lebart, Morineau & Warwick, 1984; Lebart *et al.*, 1995) su una matrice di variabili categoriali, con l'obiettivo di estrarre fattori in grado di sintetizzare le relazioni tra le modalità delle variabili considerate. A partire dai fattori derivati, è stata successivamente applicata una Cluster Analysis, finalizzata a individuare gruppi omogenei di individui con caratteristiche condivise in relazione agli stili di vita, alle pratiche di salute e alla sostenibilità.

L'approccio adottato, che combina ACM e Cluster Analysis, ha permesso di segmentare la popolazione in tipologie coerenti e statisticamente significative (Lebart *et al.*, 1984), facilitando l'interpretazione delle relazioni tra fattori sociodemografici e modelli di comportamento.

Dal punto di vista metodologico, questa analisi si inserisce in un quadro esplorativo e descrittivo, non finalizzato all'individuazione di configurazioni di personalità, bensì alla segmentazione di gruppi sulla base di tratti condivisi. Questo approccio consente di comprendere in modo più articolato le interazioni tra variabili sociodemografiche, pratiche di salute e comportamenti sostenibili, fornendo una lettura strutturata delle dinamiche che modellano gli stili di vita nella popolazione di riferimento.

2.5 Le interviste semistrutturate

La ricerca qualitativa, con il suo potenziale esplorativo e la sua capacità di dare voce alle esperienze soggettive, si è affermata come uno strumento essenziale per comprendere non solo le pratiche di salute, ma anche le motivazioni, le percezioni e le influenze contestuali che ne determinano l'adozione (Faltermajer, 1997; Heyman *et al.*, 2014; Malagon-Maldonado, 2014; Bradhsaw *et al.*, 2017.) In questo contesto, l'adozione di stili di vita salutari e sostenibili non può essere analizzata esclusivamente attraverso modelli prescrittivi o indicatori quantitativi, ma richiede un'indagine più profonda sulle traiettorie individuali e collettive che modellano il rapporto tra benessere e ambiente. Tra questi strumenti, le interviste semistrutturate definite come:

«un elenco di temi e, per ciascuno di essi, in un insieme di stimoli su cui raccogliere le informazioni richieste dalle domande della ricerca» (Corbetta 2003, p82).

Riconosciute come una delle principali tecniche non standard e pertanto caratterizzate dall'intrusività (Marradi e Fideli, 1996; Bichi, 2002) si distingue per la sua capacità di condurre indagini approfondite, penetrando nei dettagli e nelle sfumature dei soggetti di studio.

Nel campo della salute, il valore delle interviste semi-strutturate è particolarmente evidente nello studio degli stili di vita, della prevenzione e della gestione delle malattie croniche, poiché permettono di esplorare il vissuto soggettivo dei pazienti, le dinamiche sociali che influenzano le scelte di salute e il ruolo delle credenze culturali nelle pratiche di cura. Questa tecnica si è dimostrata efficace nell'analizzare fenomeni complessi come l'aderenza ai trattamenti, le barriere psicologiche e sociali all'adozione di comportamenti salutari, nonché il rapporto tra individuo e sistema sanitario (Brown, 2003; Green e Thorogood, 2018; Hansen, 2020).

Attraverso questo approccio, la parte qualitativa propone di indagare gli stili di vita salutari e sostenibili con l'obiettivo di far emergere i fattori che facilitano o ostacolano il cambiamento comportamentale.

La traccia dell'intervista è stata progettata per rispondere alla domanda "in che modo le persone costruiscono e percepiscono il proprio stile di vita in relazione alla salute, alla sostenibilità e all'ambiente urbano?" con un'impostazione tematica, articolata in cinque macroaree, ciascuna delle quali risponde a uno specifico obiettivo. La prima area tematica riguarda la narrazione della quotidianità, esplorando le routine giornaliere per comprendere in che modo gli intervistati organizzano il proprio tempo e integrano pratiche salutari nella loro vita quotidiana. Il racconto di una giornata tipo permette di individuare schemi ricorrenti e di analizzare l'interazione tra lavoro, tempo libero e gestione della salute. Successivamente, l'intervista si concentra sulla definizione soggettiva di stile di vita salutare, esplorando le percezioni individuali e le pratiche adottate per mantenere il benessere. Domande come "Cos'è per te uno stile di vita salutare?" consentono di comprendere quali aspetti, tra alimentazione, attività fisica e benessere mentale, vengono prioritizzati dai partecipanti. Questa sezione permette inoltre di indagare il livello di consapevolezza e autodeterminazione nelle scelte di salute, evidenziando eventuali discrepanze tra conoscenze teoriche e comportamenti effettivi. Un ulteriore approfondimento è dedicato alla costruzione del significato di salute, analizzando il modo in cui i partecipanti interpretano questo concetto in relazione al proprio vissuto. Attraverso domande mirate, si esplorano le diverse prospettive sul benessere, dalla concezione biomedica a una visione più olistica. L'importanza attribuita alla salute viene così contestualizzata all'interno della vita quotidiana, permettendo di comprendere come essa influenzi le scelte personali e le strategie di cura di sé. Un aspetto innovativo di questo studio è l'integrazione della sostenibilità nel discorso sulla salute, tematica trattata nella quarta macro-area. L'adozione di pratiche sostenibili, come il consumo responsabile o l'uso di mezzi di trasporto ecologici, viene analizzata in relazione alla ricerca del benessere individuale, evidenziando le connessioni tra salute personale e responsabilità ambientale. Questa prospettiva consente di esaminare la convergenza tra benessere e sostenibilità, sempre più rilevante nella letteratura scientifica contemporanea. Infine, l'ultima sezione dell'intervista è dedicata all'analisi del rapporto tra spazio urbano e benessere. Il contesto in cui le persone vivono ha un impatto significativo sulla facilitazione o meno di pratiche salutari, influenzando la mobilità, l'accesso agli spazi verdi e le opportunità di attività fisica. Domande come "Qual è il tuo rapporto con la città in cui vivi?" permettono di esplorare il ruolo dell'ambiente urbano nella costruzione degli stili di vita.

Traccia intervista:

Presentazione della persona intervistata (racconto di una giornata tipo)

Puoi parlarmi del tuo stile di vita? (Ci sono attività che consideri essenziali per il tuo benessere? Hai delle abitudini che ti fanno sentire bene? Fai sport o attività fisica? Tipo alimentazione? Cos'è per te uno stile di vita salutare?)
Cosa significa per te il termine "salute"? (Quanto è importante per te sentirti in salute?)
Adotti comportamenti/pratiche sostenibili nella tua vita quotidiana?
Qual è il tuo rapporto con la città in cui vivi? (Come ti sposti in città? Frequenti parchi pubblici/spazi verdi?)

III Capitolo Analisi dei dati e risultati

I risultati presentati in questa sezione derivano dall'analisi di 926 questionari e 18 interviste raccolti con la tecnica *Web Based Survey* (W.B.S.) attraverso il sistema CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) dal 1/04/2024 al 31/07/2024 in collaborazione con CORESEARCH.

È importante sottolineare che il campione non è stato selezionato tramite un metodo di campionamento probabilistico. Di conseguenza le osservazioni e i risultati emersi non possono essere considerati generalizzabili all'intera popolazione delle città prese in esame. Tuttavia, la consistenza numerica del campione e la profondità delle interviste permettono di individuare tendenze significative e ricorrenti. L'approccio adottato, di natura esplorativa e descrittiva, consente di evidenziare relazioni, dinamiche e variabili rilevanti che possono costituire una base utile per studi futuri. I dati raccolti offrono spunti per una comprensione più approfondita delle abitudini legate agli stili di vita salutari, nonché delle pratiche di sostenibilità adottate dai partecipanti. L'analisi delle interviste arricchisce ulteriormente l'indagine, fornendo contesto e dettagli qualitativi che aiutano a interpretare i dati quantitativi in maniera più completa e contestualizzata. Questa combinazione metodologica permette, quindi, di delineare un quadro complesso e sfaccettato delle tematiche affrontate, offrendo una base solida per discutere interventi, politiche e strategie orientate alla promozione di stili di vita più sani e sostenibili nelle aree urbane.

Di seguito, per la parte quantitativa, saranno analizzate le diverse dimensioni oggetto di studio attraverso un approccio metodologico articolato, che include analisi monovariata, bivariata e multivariata, al fine di approfondire le relazioni tra le variabili considerate e fornire risposte sistematiche agli interrogativi di ricerca.

Parallelamente, per la parte qualitativa, l'analisi sarà incentrata sull'esplorazione delle tematiche emergenti, mediante un approccio induttivo e tematico, finalizzato a comprendere le narrazioni, le percezioni e i significati attribuiti dagli intervistati agli stili di vita, alla salute e alla sostenibilità. Attraverso la codifica e la categorizzazione dei dati, verranno individuati pattern ricorrenti, consentendo di mettere in luce le dinamiche sociali e i processi decisionali che modellano le pratiche quotidiane e i comportamenti individuali.

3.1 Il questionario: presentazione del campione

Il campione complessivo del questionario è costituito da 926 partecipanti, equamente distribuiti tra le tre città esaminate (Figura 1): Napoli (33,3%), Roma (33,5%) e Milano (33,3%). La distribuzione territoriale dei partecipanti evidenzia che la maggior parte di essi risiede in aree periferiche (47,6%), seguita da coloro che abitano nei centri urbani (40,9%). Una percentuale minore, pari all'11,4%, vive in aree extraurbane o rurali (Figura 2).

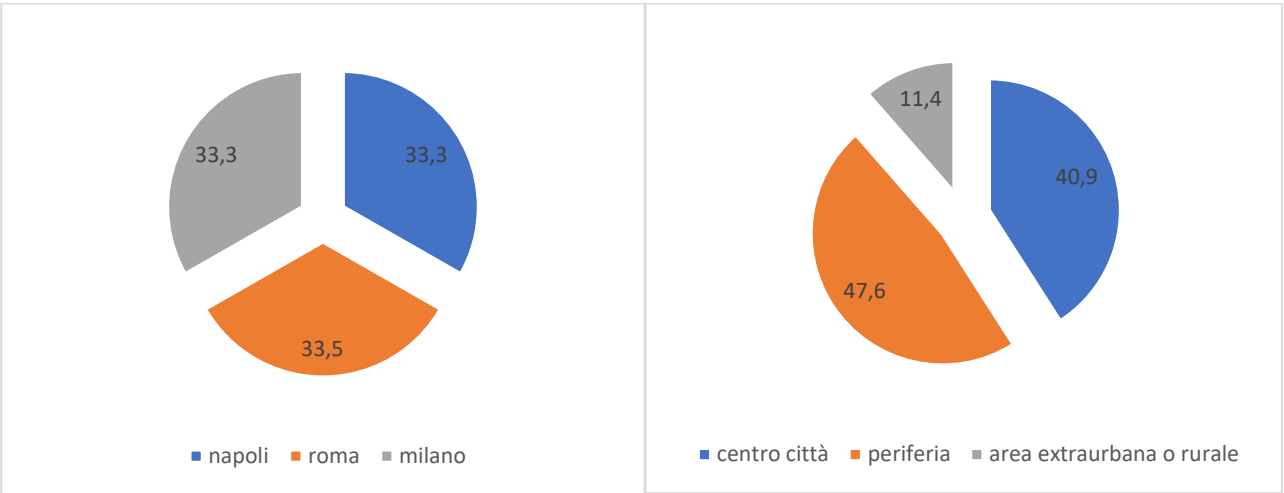


Figura 1. Distribuzione del campione rispetto alle 3 città Figura 2. Distribuzione del campione per area residenziale

I dati raccolti sulla distribuzione dei partecipanti tra Napoli, Roma e Milano in base all'area di residenza (centro città, periferia, area extraurbana o rurale) offrono uno spaccato delle dinamiche residenziali all'interno del campione esaminato. La Tabella 1 mostra la distribuzione dei partecipanti per tipologia di area residenziale e città. Dall'analisi emerge che, tra i residenti nel centro città, la percentuale maggiore proviene da Napoli (37,2%) e Roma (36,1%), mentre Milano risulta meno rappresentata (26,6%). In periferia, la distribuzione è relativamente equilibrata, con una leggera prevalenza dei residenti di Milano (35,1%), seguiti da quelli di Napoli (34,7%) e Roma (30,2%). Infine, nelle aree extraurbane o rurali, la quota più elevata di residenti è attribuibile a Milano (49,1%), seguita da Roma (37,7%) e, in misura minore, da Napoli (13,2%).

Tabella 1. Tipologia di area residenziale per città				
	Città			Totale
	Napoli	Roma	Milano	

area	centro città	37,2%	36,1%	26,6%	100,0%
	Periferia	34,7%	30,2%	35,1%	100,0%
	area extraurbana o rurale	13,2%	37,7%	49,1%	100,0%
Totale		33,3%	33,5%	33,3%	100,0%

Quanto descritto potrebbe suggerire una tendenza del campione alla suburbanizzazione, fenomeno per cui il centro urbano è sempre più destinato a funzioni economiche e commerciali piuttosto che residenziali (Harvey, 2008). Questo processo sembra particolarmente evidente tra i rispondenti di Milano.

La suburbanizzazione⁴⁶ è ampiamente documentata nelle grandi metropoli contemporanee, dove l'aumento dei costi abitativi e le trasformazioni socioeconomiche spingono la popolazione verso le periferie (Brenner, 2013). Tale dinamica potrebbe riflettere anche un'espansione delle città verso aree periurbane, come osservato nelle città del Nord Italia (Couch *et al.*, 2007), sebbene la non rappresentatività del campione limiti la possibilità di confermare pienamente questa tendenza.

Le periferie risultano comunque popolate in tutte e tre le città considerate (Figura 3), suggerendo che esse continuino a rappresentare un'area chiave per la residenza urbana, in linea con gli studi di Bagnasco (1999) sul ruolo delle periferie nel contesto italiano.

Nel campione, inoltre, la presenza significativa di residenti nelle aree extraurbane o rurali di Milano e Roma potrebbe indicare una crescente integrazione tra zone urbane e rurali, favorita da sistemi di trasporto e infrastrutture ben sviluppati. Al contrario, Napoli, a causa della sua conformazione geografica e della minore espansione verso l'esterno, mostra una concentrazione abitativa più focalizzata nelle aree urbane e periferiche, in linea con gli studi su Napoli e su altre città del Sud Italia, dove l'urbanizzazione tende a essere più concentrata (Couch *et al.*, 2007).

Figura 3. Distribuzione del campione per area di residenza e città

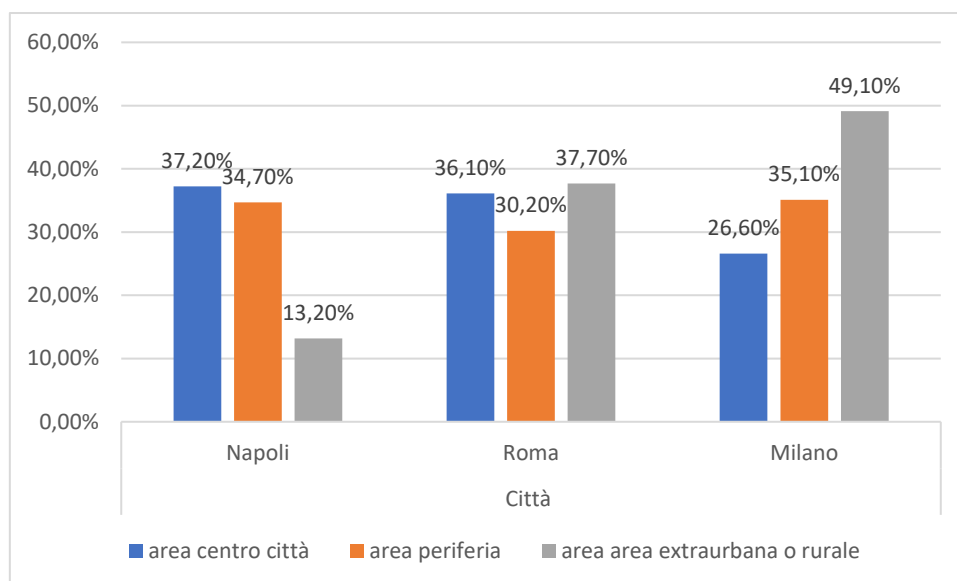
⁴⁶ Il ciclo di vita delle città si articola in quattro fasi principali, che descrivono la dinamica evolutiva delle aree metropolitane, influenzate da fattori demografici, economici e sociali. Questo processo segue uno schema osservabile nelle città di molti Paesi avanzati, con variazioni locali.

Urbanizzazione: Questa fase rappresenta la formazione dell'area metropolitana. La città centrale si espande rapidamente attirando popolazione e attività economiche dai comuni circostanti, a discapito dei centri minori. L'espansione avviene senza significativi ostacoli, consolidando il ruolo del nucleo urbano come polo di attrazione.

Suburbanizzazione: Qui si assiste a un rallentamento della crescita del nucleo centrale a vantaggio dei comuni limitrofi, che iniziano a espandersi pur rimanendo nell'orbita della città principale. Questo processo determina la formazione dell'area metropolitana vera e propria.

Disurbanizzazione: Durante questa fase, si verifica una diminuzione della popolazione sia nel nucleo urbano centrale che nei comuni circostanti. Tale fenomeno è legato al trasferimento di abitanti e attività economiche verso le periferie più esterne. Questo spostamento genera un'espansione metropolitana caratterizzata da insediamenti a bassa densità abitativa (sprawl). Tali aree non sono semplici città-dormitorio, ma agglomerati residenziali di alto livello, pensati per una popolazione con redditi elevati e capacità di mobilità autonoma.

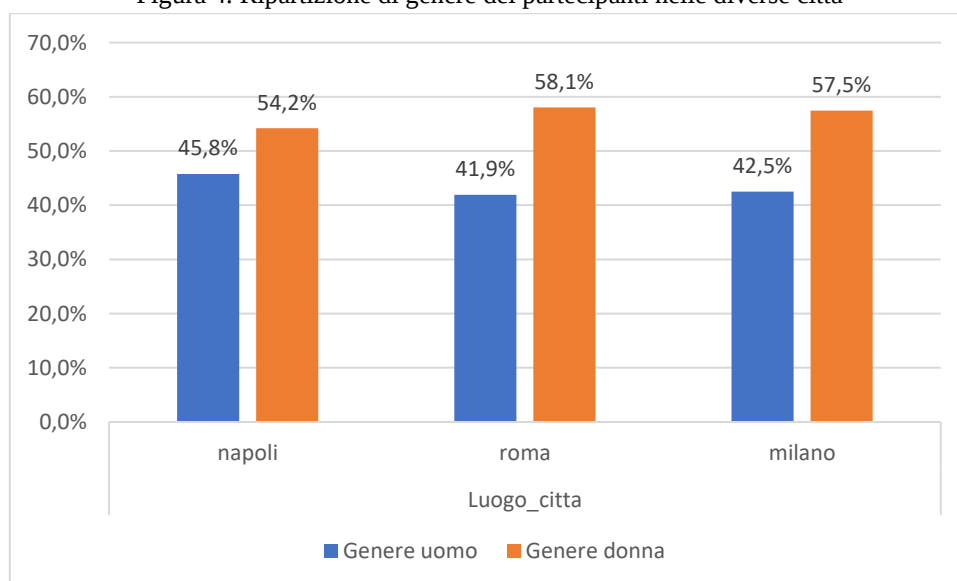
Riurbanizzazione: In questa fase, il nucleo centrale registra un parziale recupero di popolazione e attività economiche. Tuttavia, il declino demografico nei comuni circostanti e il trasferimento verso le aree periferiche più esterne continuano, segnalando un cambiamento strutturale irreversibile. Questo processo dà origine a una nuova configurazione urbana, che si differenzia profondamente dal modello iniziale.



L'analisi della distribuzione del campione per genere e città evidenzia una prevalenza femminile in tutte le aree considerate (Figura 4). Nello specifico, a Napoli il 45,8% dei rispondenti è di sesso maschile, mentre il 54,2% è di sesso femminile.

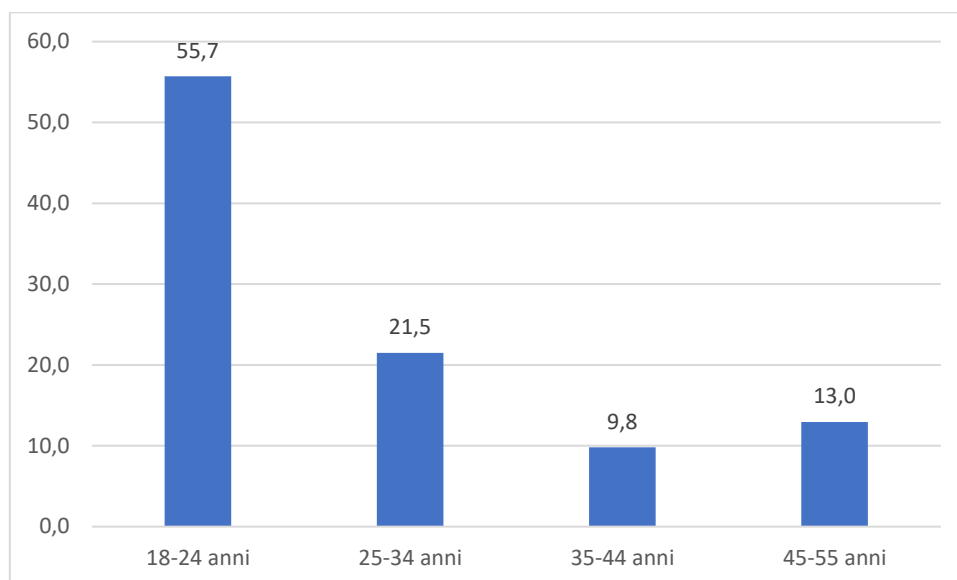
A Roma, la quota di uomini si riduce al 41,9%, mentre la rappresentanza femminile raggiunge il 58,1%. Una tendenza analoga si riscontra a Milano, dove gli uomini che costituiscono il 42,5% e le donne il 57,5%. Considerando il totale dei partecipanti, la componente maschile rappresenta 43,4% mentre quella femminile raggiunge 56,6%, confermando una predominanza femminile in tutte le città. Tale distribuzione potrebbe essere influenzata dalla raccolta dati adottata con la *Web Based Survey*. Studi precedenti hanno evidenziato che le indagini condotte tramite strumenti digitali tendono a registrare una partecipazione femminile più elevata rispetto a quelle condotte con metodi tradizionali, in quanto le donne risultano generalmente più propense a prendere parte a sondaggi e ricerche sociali online (Grandcolas *et al.*, 2003; Smith, 2008).

Figura 4. Ripartizione di genere dei partecipanti nelle diverse città



Il campione è composto prevalentemente da giovani, con il 55,7% dei partecipanti appartenenti alla fascia d'età 18-24 anni. Le fasce d'età successive sono rappresentate in misura minore: 21,5% tra i 25-34 anni, 9,8% tra i 35-44 anni, e 13% tra i 45-55 anni (Figura 5).

Figura 5. Distribuzione fasce d'età in percentuale



La categoria maggiormente rappresentata all'interno del campione è quella degli studenti, che costituiscono il 47,1% del totale (Tabella 2), una distribuzione coerente con la prevalenza di partecipanti appartenenti alla fascia di età 18-24 anni. Seguono i rispondenti occupati, che rappresentano il 38,8% del campione. Una percentuale inferiore è costituita da individui che sono in cerca di occupazione (7,8%) e da coloro che combinano studio e lavoro (4,9%). La categoria meno numerosa è quella dei casalinghi/e (1,4%).

Tabella 2. Condizione occupazionale del campione

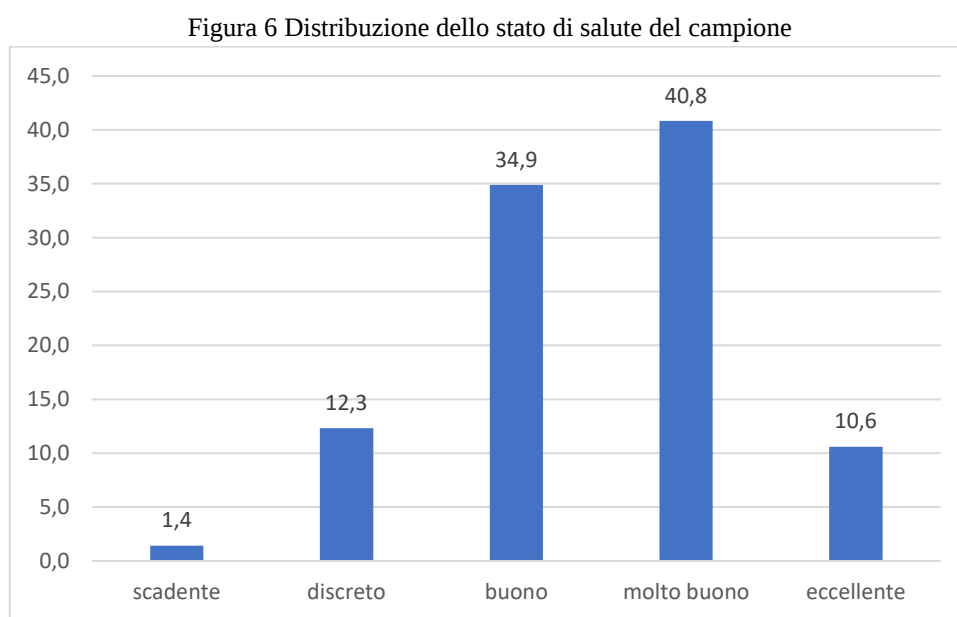
Condizione occupazionale	% totale del campione
Occupato	38,8
in cerca di occupazione	7,8
casalingo/a	1,4
studente/ssa	47,1
studio e lavoro	4,9
totale	100%

3.1.1 Lo stato di salute del campione

La Figura 6 illustra la distribuzione delle valutazioni relative allo stato di salute percepito all'interno del campione analizzato.

La maggior parte dei partecipanti riferisce di percepire il proprio stato di salute come "molto buono" (40,8%), seguita da una quota consistente che lo valuta come "buono" (34,9%). Una percentuale più contenuta descrive la propria condizione come "eccellente" (10,6%), mentre il 12,3% la considera "discreta" e solo l'1,4% la definisce "scadente".

Questa distribuzione evidenzia una predominanza di valutazioni positive riguardo alla propria salute, con una minoranza di rispondenti che percepisce il proprio stato di salute come non ottimale. Tali risultati potrebbero essere influenzati da variabili sociodemografiche e comportamentali, come l'età, lo stile di vita e l'accesso ai servizi sanitari, aspetti che richiedono un'analisi più approfondita.



La Tabella 3 illustra la distribuzione delle valutazioni relative allo stato di salute percepito in base al genere, evidenziando differenze significative tra uomini e donne. L'analisi della tavola di contingenza mostra che, complessivamente, la percezione dello stato di salute è tendenzialmente positiva in entrambi i gruppi, sebbene emergano alcune differenze di rilievo.

Nello specifico, il 41,0% degli uomini valuta la propria salute come "molto buona", una percentuale leggermente superiore rispetto a quella registrata tra le donne (40,6%). Analogamente, gli uomini riportano con maggiore frequenza una percezione di salute "eccellente" (12,7%) rispetto alle donne (9,0%). Tuttavia, le donne tendono a collocarsi più frequentemente nelle categorie intermedie, con il 36,1% che descrive il proprio stato di salute come "buono", contro il 33,3% degli uomini.

D'altro canto, la percezione negativa dello stato di salute è leggermente più marcata tra le donne: il 12,6% di esse ritiene la propria salute "discreta", rispetto all'11,9% degli uomini. Analogamente, la percentuale di donne che valuta la propria salute come "scadente" (1,7%) è superiore rispetto a quella degli uomini (1,0%). Questa distribuzione suggerisce che, sebbene uomini e donne condividano una percezione complessivamente positiva del proprio stato di salute, gli uomini tendono a riportare valutazioni più favorevoli rispetto alle donne. Questo fenomeno potrebbe essere interpretato alla luce di studi precedenti che evidenziano una maggiore tendenza femminile a considerare in modo più critico il proprio benessere fisico e ad avere una maggiore consapevolezza delle problematiche di salute (Crimmins *et al.*, 2019; Sarti, 2018; McDonough *et al.*, 1999; Ross *et al.*, 2012).

Tabella 3. Percentuali per colonna dello stato di salute percepito per genere

	Genere	Totale

		uomo	donna	
Salute	scadente	1,0%	1,7%	1,4%
	discreto	11,9%	12,6%	12,3%
	buono	33,3%	36,1%	34,9%
	molto buono	41,0%	40,6%	40,8%
	eccellente	12,7%	9,0%	10,6%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%

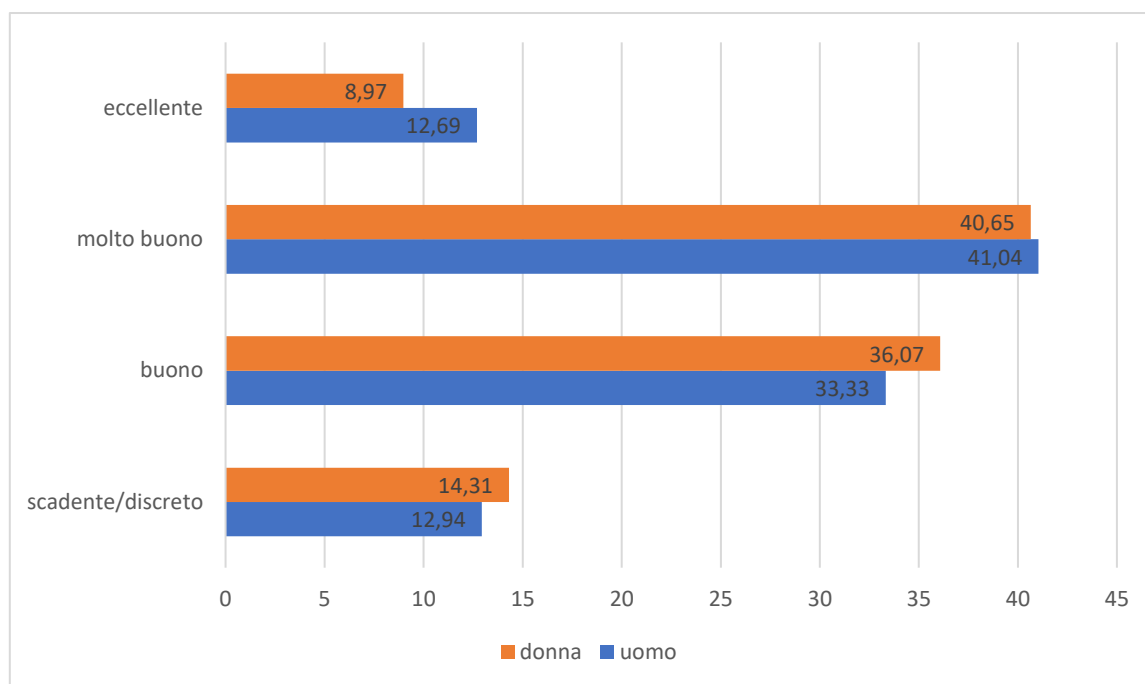
Successivamente le categorie relative allo stato di salute percepito sono state riorganizzate attraverso l'accorpamento delle modalità "scadente" e "discreto" in un'unica categoria (denominata "scadente/discreto" per non perdere di significato).

Questa decisione è motivata da due ragioni principali, una di natura statistica e l'altra concettuale. Dal punto di vista statistico, l'accorpamento è stato necessario a causa della bassa frequenza rilevata per la categoria "scadente", che rappresentava solo l'1,4% del campione. Frequenze così ridotte possono compromettere la robustezza delle analisi e violare i presupposti richiesti per l'applicazione del test del chi-quadrato, il quale richiede che la frequenza attesa in ciascuna cella sia almeno pari a 5 per garantire risultati affidabili (Field, 2013; Agresti, 2002). Accorpendo le categorie "scadente" e "discreto", si è assicurata una distribuzione più equilibrata, evitando il rischio di risultati distorti o poco attendibili e garantendo il rispetto delle condizioni necessarie per l'applicazione del test.

Dal punto di vista concettuale, l'accorpamento delle due categorie è giustificato dal fatto che entrambe riflettono una percezione negativa o insoddisfacente dello stato di salute. Studi di riferimento sull'analisi delle percezioni di salute suggeriscono che, per scopi analitici, è appropriato combinare categorie con significato simile quando queste rappresentano livelli subottimali di benessere (Ware *et al.*, 1995; De Salvo *et al.*, 2006).

Dalla Figura 7 emerge che entrambi i gruppi tendono a valutare il proprio stato di salute come buono o molto buono. Le differenze più rilevanti si riscontrano nelle categorie estreme: gli uomini riportano una salute eccellente più frequentemente, mentre le donne sono leggermente più rappresentate nella categoria "buono".

Figura 7. Genere per stato di salute percepito



L'analisi statistica condotta mediante il test del Chi-quadrato sulla relazione tra genere e percezione dello stato di salute, stratificando i dati per città di residenza (Napoli, Roma e Milano) e per area territoriale (centro, periferia, extraurbana), non ha evidenziato risultati statisticamente significativi. Questo risultato indica che, sebbene siano presenti leggere variazioni tra uomini e donne nella distribuzione delle categorie di salute percepita, non si può affermare con certezza che il genere rappresenti un fattore determinante nella valutazione del proprio stato di salute all'interno del campione complessivo.

L'analisi stratificata per città (Tabella 4) conferma la coerenza del dato nei tre contesti urbani, senza differenze rilevanti nella percezione della salute in base al genere. Analogamente, l'analisi per area territoriale (centro, periferia ed extraurbana) non ha mostrato una distribuzione significativamente differente tra uomini e donne, suggerendo che né il contesto urbano né la posizione territoriale di residenza influenzano in modo rilevante la relazione tra genere e percezione della salute.

Tabella 4. Chi-quadrato stato di salute per genere stratificato per città

Città		Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Napoli	Chi-quadrato di Pearson	3,879 ^b	3	,275
	Rapporto di verosimiglianza	3,933	3	,269
	Associazione lineare-lineare	,016	1	,899
	N. di casi validi	308		
Roma	Chi-quadrato di Pearson	5,718 ^c	3	,126
	Rapporto di verosimiglianza	5,672	3	,129
	Associazione lineare-lineare	2,080	1	,149
	N. di casi validi	310		
Milano	Chi-quadrato di Pearson	5,266 ^d	3	,153
	Rapporto di verosimiglianza	5,213	3	,157
	Associazione lineare-lineare	2,426	1	,119
	N. di casi validi	308		
Totale	Chi-quadrato di Pearson	3,781 ^a	3	,286
	Rapporto di verosimiglianza	3,754	3	,289
	Associazione lineare-lineare	2,619	1	,106
	N. di casi validi	926		

La Tabella 5 è stata percentualizzata per colonna, al fine di osservare come la valutazione soggettiva della salute vari in base al livello di istruzione. Dall'analisi emerge che la percezione dello stato di salute tende a migliorare con l'aumentare del livello di istruzione, anche se con alcune eccezioni. La quota di individui che percepisce la propria salute come "scadente" o "discreta" è più elevata tra coloro con licenza media (25,0%) e si riduce sensibilmente nei gruppi con titoli di studio superiori (tra il 13,2% e il 14,3%). La percezione di salute "buona" è maggioritaria tra coloro con un titolo post-laurea (56,8%), mentre si attesta tra il 31% e il 39,1% nei livelli di istruzione intermedi. La categoria "molto buono" raggiunge il valore più alto tra chi ha un titolo di scuola superiore (44,5%) e laurea triennale (44,4%), ma scende al 24,7% tra i post-laureati. La percezione di salute "eccellente", invece, risulta più frequente nei livelli più bassi (15,0% per licenza media), e tende a diminuire nei titoli di studio più elevati (fino al 4,9% per i post-laureati).

Tabella 5. Titolo di studio per salute percepita

		Titolo di studio					Totale
		licenza media	licenza media scuola superiore /istituto professionale	laurea triennale	laurea magistrale	post laurea	
Stato di salute	scadente/discreto	25,0%	13,2%	13,7%	14,3%	13,6%	13,7%
	Buono	45,0%	31,0%	32,0%	39,1%	56,8%	34,9%
	molto buono	15,0%	44,5%	44,4%	35,3%	24,7%	40,8%
	Eccellente	15,0%	11,3%	9,8%	11,3%	4,9%	10,6%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Il chi-quadrato in Tabella 6 conferma la relazione tra il livello di istruzione e la percezione dello stato di salute rivela una tendenza chiara e significativa che riflette le disuguaglianze e le opportunità che promuovono il benessere.

Tabella 6. Chi quadrato titolo di studio per salute percepita

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	24,648 ^a	9	,003
Rapporto di verosimiglianza	24,367	9	,004
Associazione lineare-lineare	8,241	1	,004
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 8,57.			

Questi risultati confermano quanto già evidenziato dalla letteratura accademica, secondo cui l'istruzione rappresenta uno dei determinanti più importanti della salute (Grossman, 1972; Marmot, 2004). Numerose ricerche nel campo della sociologia della salute e dell'epidemiologia sociale hanno evidenziato il ruolo determinante del livello di istruzione nel modellare il benessere fisico e mentale degli individui.

In particolare, il titolo di studio è stato identificato come uno dei principali determinanti sociali della salute, influenzando non solo l'accesso alle risorse sanitarie e alle opportunità lavorative, ma anche i

comportamenti legati alla salute, le capacità di gestione dello stress e le reti di supporto sociale (Marmot, 2004; Grossman, 1972, Cutler e Llares Muney, 2006; Whitehead, 2004; Maciocco, 2009; Maturo, 2024). L'istruzione fornisce agli individui maggiori competenze cognitive e una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio, consentendo loro di adottare stili di vita più salutari e di accedere più facilmente alle informazioni sanitarie (Eide e Showalter, 2011; Cutler e Lleras-Muney, 2006; Ross e Wu, 1995; Baker *et al.*, 2011, Hahn e Truman, 2015). In sintesi, l'istruzione agisce come un potente determinante della salute, con un effetto cumulativo che si manifesta nella percezione soggettiva dello stato di salute (Mackenbach, 2012).

Dal punto di vista sociologico, risulta particolarmente rilevante l'associazione tra reddito e percezione dello stato di salute. La Tabella 7 mostra la distribuzione percentuale della percezione dello stato di salute all'interno delle diverse fasce di reddito. I risultati evidenziano una chiara associazione tra il livello di reddito e la percezione della propria salute, confermando le disuguaglianze sociali e sanitarie già discusse in letteratura. Nella fascia di più bassa, il 24,0% degli individui percepisce il proprio stato di salute come scadente o discreto, una percentuale sensibilmente superiore rispetto alle altre fasce di reddito, dove questa percezione è meno diffusa (dal 9,6% al 13,8%). Al contrario, la percentuale di individui che valuta la propria salute come eccellente aumenta progressivamente con il reddito, passando dal 10,4% nella fascia più bassa al 15,2% in quella più alta. Per quanto riguarda le categorie intermedie, la percezione di uno stato di salute buono e molto buono risulta essere relativamente stabile tra le diverse fasce di reddito. Tuttavia, si nota un lieve incremento della percezione di salute molto buona tra i redditi medi e medio-alti (40,1%-43,3%), mentre nei redditi più bassi tale percezione è meno diffusa (32,8%).

Tabella 7. Stato di salute per fascia di reddito

		fascia di reddito bassa	fascia di reddito media	fascia di reddito medio alta	fascia di reddito alta	
saluterecod	scadente/discreto	24,0%	13,0%	13,8%	9,6%	14,1%
	Buono	32,8%	36,2%	36,5%	34,0%	35,2%
	molto buono	32,8%	43,3%	40,1%	41,1%	40,4%
	eccellente	10,4%	7,5%	9,6%	15,2%	10,4%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

L'analisi del Chi-quadrato (Tabella 8) conferma quanto emerso dalla letteratura sulle disuguaglianze sociali e sanitarie, evidenziando una relazione statisticamente significativa tra il livello di reddito e la percezione della propria salute (Marmot, 2004; Alder e Ostrove, 1999; Alder *et al.*, 1994; Glymour *et al.*, 2014, Feinstein, 1993; House *et al.*, 1990, WHO, 2020).

Tabella 8. Chi quadrato titolo di studio per salute percepita

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	21,565 ^a	9	,010
Rapporto di verosimiglianza	20,152	9	,017
Associazione lineare-lineare	9,798	1	,002
N. di casi validi	782		

Come affrontato nel I Capitolo, la letteratura sociologica e sanitaria identifica diverse spiegazioni per questa relazione. Wilkinson e Pickett (2010), nel loro lavoro *The Spirit Level: Why Equality is Better*

*for Everyone*⁴⁷, sottolineano che le disuguaglianze economiche producono un clima sociale tossico che incide sulla salute mentale e fisica delle persone. I redditi bassi sono spesso associati a stress cronico, alimentato da insicurezza economica, precarietà lavorativa e difficoltà nell'accesso a risorse essenziali, quali cure mediche di qualità, abitazioni sicure e alimentazione adeguata. D'altra parte, i redditi più alti offrono una rete di protezione che favorisce una vita meno stressante e maggiormente orientata alla prevenzione e al benessere. Mirowsky e Ross (2003) aggiungono che il reddito agisce come un vero e proprio facilitatore nella gestione della salute, migliorando la capacità di navigare il sistema sanitario e di adottare stili di vita salutari grazie a una maggiore esposizione a informazioni e competenze cognitive. Queste abilità, combinate con un miglior accesso alle risorse, contribuiscono a spiegare la maggiore frequenza di percezioni "molto buono" ed "eccellente" nelle fasce di reddito medio-alte e alte.

La progressione della percezione di salute migliore nelle fasce di reddito superiori è coerente con la *capability approach* (Nussbaum *et al*, 1993 – si veda cap. 1, § 1.5.1), secondo cui il reddito è una condizione necessaria ma non sufficiente per migliorare la qualità della vita. Infatti, il reddito, per avere un impatto positivo sulla salute, deve essere trasformato in capacità effettive di accesso alle risorse, di prevenzione e di gestione sanitaria.

Le tendenze osservate, sia in relazione al reddito che al livello di istruzione, evidenziano il fenomeno noto come *social gradient in health*. Questo concetto, ampiamente analizzato da Marmot (2004), descrive la relazione sistematica tra miglioramenti della salute e incremento della posizione socioeconomica. Secondo Marmot, il gradiente sociale della salute rappresenta una diminuzione graduale o lineare dello stato di salute che si verifica con il deterioramento della posizione sociale. Questa relazione non si limita a specifici contesti socioeconomici, ma è stata documentata in tutte le società, indipendentemente dal loro livello di ricchezza o sviluppo e, l'analisi condotta nelle tre città oggetto di studio conferma ulteriormente la presenza e la rilevanza di questo gradiente.

L'analisi comparativa tra le tre città fornisce quindi una prospettiva più sfumata sul gradiente sociale della salute, dimostrando come questo fenomeno sia influenzato da una molteplicità di determinanti locali. Comprendere queste dinamiche è essenziale per identificare interventi mirati e politiche che possano ridurre le disuguaglianze e migliorare gli esiti sanitari nelle diverse realtà urbane.

L'analisi condotta ha evidenziato differenze significative nello stato di salute percepito tra i residenti delle città di Napoli, Roma e Milano.

La Tabella 9 e la Figura 8 presentano la distribuzione dei partecipanti per stato di salute percepito e città, espressa in termini di percentuale rispetto al totale del campione. Questa modalità di rappresentazione consente di confrontare direttamente la numerosità relativa delle diverse condizioni di salute tra le città considerate (Napoli, Roma e Milano), offrendo una visione complessiva della percezione soggettiva della salute nell'intero campione.

Analizzando la distribuzione del campione rispetto allo stato di salute percepito, si osserva che la percentuale di partecipanti che dichiara una salute "molto buona" o "eccellente" è più elevata a Milano (16,0% e 4,4%, rispettivamente), seguita da Roma (14,4% e 3,2%) e da Napoli (10,5% e 2,9%). Al contrario, Napoli presenta una quota più alta di rispondenti che percepiscono il proprio stato di salute

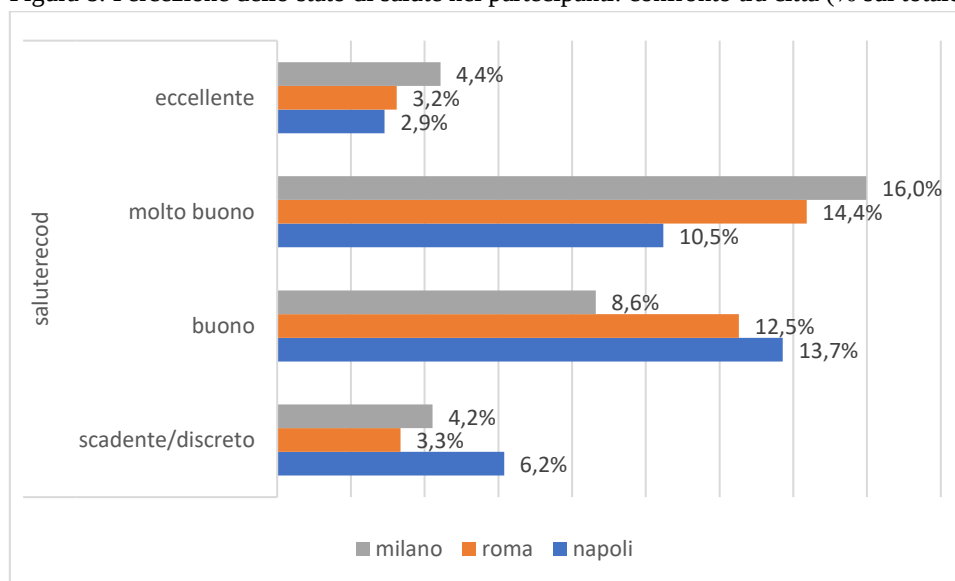
⁴⁷ *The Spirit Level* è un testo che evidenzia come la disuguaglianza di reddito comprometta il benessere sociale, danneggiando poveri, ricchi e la società nel suo insieme. Gli autori dimostrano che le società più eque ottengono migliori risultati in salute, istruzione, fiducia e mobilità sociale, suggerendo che non è la ricchezza assoluta, ma la disuguaglianza stessa a generare danni psicologici e sociali. Questo mette in discussione l'idea tradizionale che la disuguaglianza favorisca la crescita economica, spostando l'attenzione sulla necessità di politiche che riducano le disuguaglianze strutturali.

come "buono" (13,7%) o "scadente/discreto" (6,2%) rispetto alle altre città, suggerendo un possibile maggiore disagio percepito.

Tabella 9. Percezione dello stato di salute nei partecipanti: confronto tra città (% sul totale)

		Napoli	Roma	Milano	
	scadente/discreto	6,2%	3,3%	4,2%	13,7%
	Buono	13,7%	12,5%	8,6%	34,9%
	molto buono	10,5%	14,4%	16,0%	40,8%
	Eccellente	2,9%	3,2%	4,4%	10,6%
Totale		33,3%	33,5%	33,3%	100,0%

Figura 8. Percezione dello stato di salute nei partecipanti: confronto tra città (% sul totale)



Il test del Chi-quadrato di Pearson (Tabella 10) ha rivelato una relazione statisticamente significativa tra lo stato di salute e la città di residenza del campione di riferimento, indicando che lo stato di salute potrebbe variare in modo sostanziale nelle tre città analizzate. Questo risultato potrebbe suggerire che il luogo di residenza esercita un'influenza importante sulla percezione del proprio benessere dei rispondenti. Ciò non solo conferma quanto descritto in letteratura ma evidenzia anche la complessità del fenomeno in contesti urbani specifici. Ogni città presenta infatti una configurazione unica di fattori sociali, economici e ambientali che interagiscono con il gradiente sociale della salute. Per esempio – e come vedremo successivamente - le differenze nell'accesso ai servizi essenziali possono amplificare o attenuare l'impatto delle disuguaglianze sulla salute.

Tabella 10. Chi-quadrato tra stato di salute e città di residenza

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	34,321 ^a	8	,000
Rapporto di verosimiglianza	34,830	8	,000
Associazione lineare-lineare	19,286	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 3 celle (20,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 4,32.			

Ogni città presenta infatti una configurazione unica di fattori sociali, economici e ambientali che interagiscono con il gradiente sociale della salute.

Questi risultati suggeriscono che fattori ambientali e sociali specifici di ciascuna città potrebbero influire sulla percezione e il livello di benessere dei residenti.

Viene da chiedersi “*come varia la percezione dello stato di salute (da scadente a eccellente) tra le 3 città italiane in relazione al tipo di area di residenza (centro, periferia, area extraurbana/rurale)?*”

Esplorando la distribuzione della percezione dello stato di salute per tipo di urbana di residenza si notano delle differenze (Tabella 11).

Nel centro città, emerge una chiara polarizzazione. A Napoli, il 19,9% della popolazione dichiara di avere uno stato di salute scadente o discreto, una percentuale significativamente più elevata rispetto a Roma (7,3%) e Milano (9,9%). Al contrario, Milano si distingue per una percentuale estremamente elevata di cittadini che dichiarano uno stato di salute "molto buono" salute (50,5%), seguita da Roma (41,6%) e Napoli, che si ferma al 29,8%. Anche la categoria "eccellente" trova a Milano il suo massimo livello (18,8%), mentre Napoli si attesta al valore minimo (9,9%).

Nelle periferie, il quadro appare leggermente diverso, ma permane la tendenza a una peggiore percezione dello stato di salute da parte dei rispondenti napoletani. Qui, il 17,6% degli abitanti di Napoli riporta una salute scadente o discreta, una percentuale ancora una volta superiore a quella di Roma (12,0%) e Milano (14,8%). La distribuzione degli altri livelli di salute segue una dinamica simile a quella del centro città: Milano mantiene il primato nella categoria "molto buono" (45,8%), seguita da Roma (41,4%) e Napoli (32,7%). Tuttavia, rispetto al centro, le periferie mostrano un generale peggioramento nella percezione dello stato di salute, un dato che potrebbe riflettere condizioni abitative e infrastrutturali meno favorevoli, il minor accesso a servizi essenziali e un ambiente socioeconomico più fragile. Da notare, inoltre, che la percentuale di persone con uno stato di salute "eccellente" diminuisce in tutte le città rispetto al centro, con Milano che mantiene il valore più alto (12,9%), mentre Napoli registra il dato più basso (7,8%).

Un aspetto particolarmente interessante emerge dall'analisi delle aree extraurbane o rurali, dove il trend si modifica parzialmente. Tuttavia, è fondamentale considerare che il campione relativo a queste aree rappresenta solo l'11,4% del totale, un fattore che potrebbe influenzare la stabilità statistica dei risultati. In queste zone, la percezione dello stato di salute migliora rispetto alla periferia, con una riduzione della quota di persone che dichiarano condizioni scadenti o discrete. Napoli mostra qui un miglioramento rispetto alle aree più urbanizzate, con una percentuale di salute "scadente/discreta" pari al 14,3%, inferiore a quella rilevata nelle periferie e nel centro città. Tuttavia, il divario con le altre città rimane: Roma e Milano registrano valori ancora più bassi (12,5% e 11,5%, rispettivamente). È interessante notare che in queste aree Roma registra il valore più alto nella categoria "molto buono" (52,5%), superando sia Milano (50,0%) che Napoli (35,7%). Questo dato suggerisce che la popolazione romana residente nelle aree rurali percepisce la propria salute in maniera particolarmente positiva, il che potrebbe essere influenzato da fattori ambientali favorevoli, da una minore esposizione a inquinamento urbano e da una qualità della vita superiore rispetto alla città. Tuttavia, la categoria "eccellente" mostra una contrazione rispetto alle altre aree, con Milano che registra il valore più basso (3,8%), seguita da Roma (7,5%) e Napoli (7,1%).

Tabella 11. Stato di salute per area di residenza

Tipo di area			Città			Totale
			Napoli	Roma	Milano	
centro città	Stato di salute	scadente/discreto	19,9%	7,3%	9,9%	12,7%
		Buono	40,4%	40,1%	20,8%	35,1%

		molto buono	29,8%	41,6%	50,5%	39,6%
		Eccellente	9,9%	10,9%	18,8%	12,7%
	Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Periferia	Stato di salute	scadente/discreto	17,6%	12,0%	14,8%	15,0%
		Buono	41,8%	37,6%	26,5%	35,1%
		molto buono	32,7%	41,4%	45,8%	39,9%
		Eccellente	7,8%	9,0%	12,9%	10,0%
	Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
area extraurbana o rurale	Stato di salute	scadente/discreto	14,3%	12,5%	11,5%	12,3%
		Buono	42,9%	27,5%	34,6%	33,0%
		molto buono	35,7%	52,5%	50,0%	49,1%
		Eccellente	7,1%	7,5%	3,8%	5,7%
	Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Totale	Stato di salute	scadente/discreto	18,5%	10,0%	12,7%	13,7%
		Buono	41,2%	37,4%	26,0%	34,9%
		molto buono	31,5%	42,9%	48,1%	40,8%
		Eccellente	8,8%	9,7%	13,3%	10,6%
	Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Il test Chi-quadrato (Tabella 12) evidenzia una relazione statisticamente significativa tra la percezione dello stato di salute e il tipo di area di residenza nelle tre città. Nei centri città, la relazione è altamente significativa ($\chi^2 p < 0,001$), indicando una distribuzione non casuale dello stato di salute percepito. Anche nelle periferie, sebbene con minore intensità, si osserva una dipendenza significativa (p-value = 0,050). Diversamente, nelle aree extraurbane o rurali, il test non mostra significatività (p-value = 0,910), segnalando un'assenza di associazione. Complessivamente, il test condotto sull'intero campione conferma una relazione altamente significativa tra stato di salute e area di residenza (p-value < 0,001).

Tabella 12. Chi-quadrato stato di salute per area di residenza

Tipo di area residenziale		Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Centro città	Chi-quadrato di Pearson	28,274 ^b	6	,000
	Rapporto di verosimiglianza	28,712	6	,000
	Associazione lineare-lineare	18,596	1	,000
	N. di casi validi	379		
Periferia	Chi-quadrato di Pearson	12,582 ^c	6	,050
	Rapporto di verosimiglianza	12,811	6	,046
	Associazione lineare-lineare	6,981	1	,008
	N. di casi validi	441		
Area extraurbana o rurale	Chi-quadrato di Pearson	2,100 ^d	6	,910
	Rapporto di verosimiglianza	2,148	6	,906
	Associazione lineare-lineare	,016	1	,899
	N. di casi validi	106		
Totale	Chi-quadrato di Pearson	33,872 ^a	6	,000
	Rapporto di verosimiglianza	34,416	6	,000
	Associazione lineare-lineare	20,740	1	,000
	N. di casi validi	926		

Questi risultati sono coerenti con la letteratura sociologica sulla salute urbana. Harvey (1989) e Lefebvre (1968) sottolineano che le città moderne sono spazi di disuguaglianze, dove l'accesso ai servizi e le condizioni di vita variano significativamente in base al contesto socioeconomico. A Napoli, i problemi strutturali delle aree centrali e periferiche riflettono una marginalizzazione sistemica, che si traduce in percezioni di salute peggiori. Milano, al contrario, incarna le

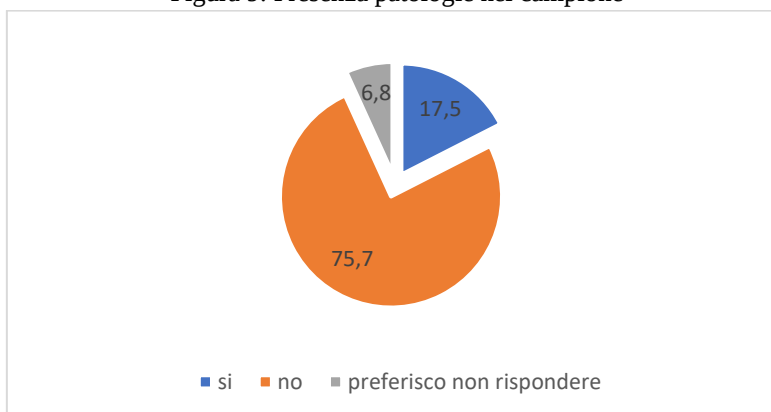
caratteristiche della "città globale" descritta da Sassen (2001), dove risorse e infrastrutture avanzate migliorano la qualità della vita, anche nelle periferie. Roma, con una distribuzione equilibrata di risposte, rappresenta un modello intermedio, con quartieri periferici meno svantaggiati rispetto a Napoli, ma centri urbani che non raggiungono l'eccellenza di Milano. L'assenza di differenze nelle aree rurali conferma quanto suggerito da Evans e Stoddart (1990) riguardo alla minore influenza delle dinamiche urbane sui contesti rurali, dove stili di vita meno urbanizzati e una minore densità abitativa livellano le differenze. Questo studio dimostra che il contesto urbano influisce in modo significativo sulla percezione della salute, con Napoli che emerge come il contesto più vulnerabile, soprattutto nei centri urbani, e Milano come il più favorevole, grazie a condizioni socioeconomiche e infrastrutturali migliori. Politiche mirate dovrebbero concentrarsi sulla riduzione delle disuguaglianze nei centri urbani e periferie di città come Napoli, migliorando l'accesso ai servizi sanitari e affrontando le criticità ambientali, mentre nelle aree rurali è necessario garantire una migliore accessibilità ai servizi sanitari.

Nel contesto di questo studio, è inevitabile che una parte della popolazione presenti problematiche di salute che possono influire in modo significativo sulla loro qualità di vita.

Nel campione analizzato, alla domanda relativa alla presenza di malattie o problematiche di salute, il 17,5% degli intervistati ha dichiarato di soffrire di condizioni che influenzano il proprio benessere, mentre il 75,7% non soffre di patologie e il 6,8% preferisce non rispondere (Figura 9).

Sebbene la percentuale di partecipanti che segnalano uno stato di salute compromesso risulti relativamente contenuta, essa rappresenta comunque una componente significativa della popolazione analizzata.

Figura 9. Presenza patologie nel campione



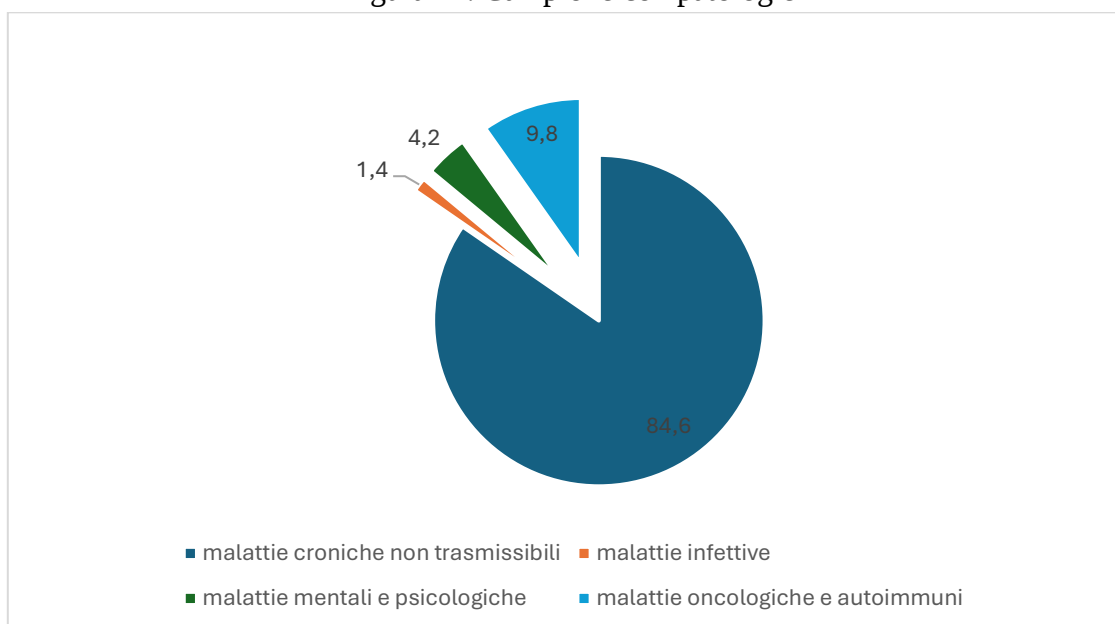
Coloro che hanno risposto affermativamente a questa domanda hanno avuto la possibilità di specificare ulteriormente, in modo aperto, la natura del loro problema di salute nella domanda successiva: *“Se lo desidera, potrebbe gentilmente specificare di quale si tratta?”*.

Figura 10. Patologie emerse

partecipanti. Queste condizioni, insieme a problematiche legate al sistema muscolo-scheletrico, come la scoliosi, le ernie discali e l'artrosi, dimostrano la necessità di un approccio multidisciplinare alla cura che integri la gestione del dolore e delle limitazioni funzionali. Altri disturbi ortopedici e legati alla mobilità sono stati frequentemente menzionati, inclusi casi di artrosi e condizioni post-traumatiche. Infine, va sottolineata la presenza di malattie genetiche tra i rispondenti, come la sindrome di Alport e il rene policistico, che richiedono un approccio medico specifico e, spesso, interventi clinici tempestivi per gestire le complicazioni associate. Altri disturbi di natura gastrointestinale, come il reflusso gastroesofageo e la gastrite nervosa, confermano la rilevanza di queste problematiche nel contesto della salute generale. L'analisi delle risposte ha permesso di delineare un quadro estremamente eterogeneo, che spazia dalle malattie croniche e autoimmuni a quelle oncologiche, mentali e genetiche.

Le risposte fornite a questa domanda sono state successivamente categorizzate in quattro macrocategorie per facilitarne l'analisi e l'interpretazione: malattie croniche non trasmissibili, malattie infettive, malattie mentali e psicologiche, e malattie oncologiche e autoimmuni (Figura 11). Come si evince dalla Figura 11, la stragrande maggioranza del campione (84,6%) rientra nella categoria delle malattie croniche non trasmissibili (che include patologie quali il diabete, l'ipertensione e le malattie cardiovascolari). La seconda categoria più rappresentata è quella delle malattie oncologiche e autoimmuni (che raccoglie il 9,8% delle risposte). Le malattie mentali e psicologiche rappresentano il 4,2% del campione. Infine, le malattie infettive rappresentano solo l'1,4% del campione.

Figura 11. Campione con patologie



3.1.2 La prevenzione come fondamento: strategie per un benessere duraturo

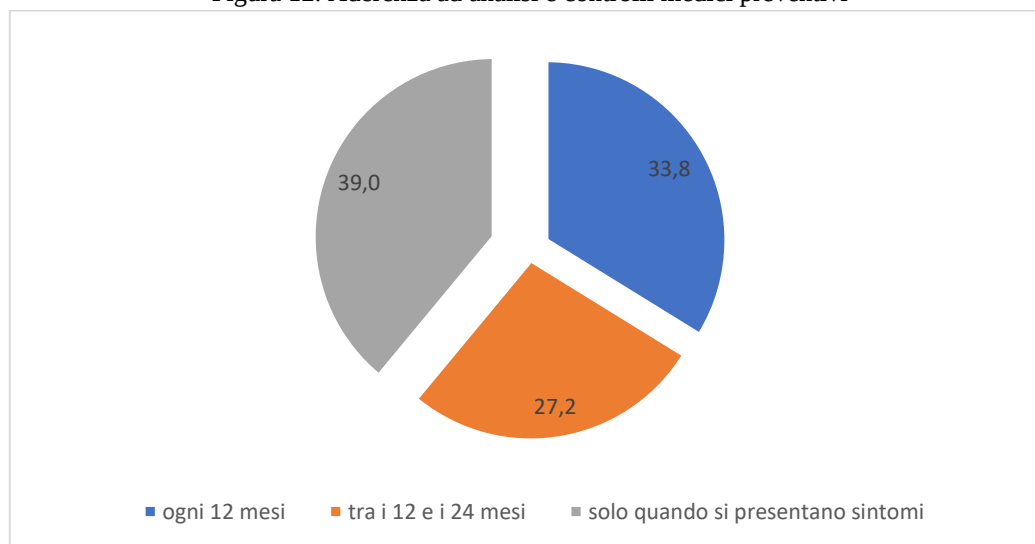
Come esplorato a livello teorico nel I Capitolo, si sottolinea l'importanza di una dimensione fondamentale per la promozione di stili di vita sani e per una gestione efficace della salute individuale ovvero la prevenzione e la partecipazione a controlli di routine.

La frequenza delle analisi mediche e controlli di routine sono indicatori di comportamenti preventivi e forniscono un'importante finestra sulla capacità delle persone di prendersi cura della propria salute, contribuendo inoltre alla sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici.

Secondo la letteratura, i comportamenti preventivi non sono distribuiti uniformemente nella popolazione, ma sono spesso influenzati da fattori socioeconomici e culturali. La frequenza delle analisi mediche può quindi essere interpretata non solo come un indicatore di prevenzione, ma anche come una misura del grado di adozione di stili di vita salutari. I controlli di routine effettuati con cadenza annuale sono un indicatore di un approccio attivo e consapevole verso la propria salute, riflettendo una strategia orientata alla prevenzione.

Nel campione di riferimento, la distribuzione delle frequenze relative all'esecuzione delle analisi del sangue e dei controlli preventivi rivela un quadro eterogeneo che riflette diverse modalità di approccio alla gestione della salute (Figura 12). Il 33,8% degli individui adotta un comportamento di prevenzione regolare, sottoponendosi alle analisi del sangue ogni 12 mesi, evidenziando una chiara consapevolezza dell'importanza di monitorare costantemente il proprio stato di salute. Un altro 27,2% della popolazione sceglie un intervallo di tempo tra i 12 e i 24 mesi per effettuare questi controlli, una frequenza che, sebbene più ampia, rientra comunque in pratiche preventive consigliate, garantendo un buon livello di attenzione verso la propria salute. Tuttavia, il 39% degli individui effettua analisi solo quando compaiono sintomi, segnalando un atteggiamento maggiormente orientato a un intervento reattivo piuttosto che preventivo. Questo dato suggerisce che, mentre una parte significativa della popolazione ha interiorizzato l'importanza della prevenzione, un'altra parte tende ad approcciarsi alla salute solo in caso di necessità evidente.

Figura 12. Aderenza ad analisi e controlli medici preventivi



Queste differenze possono essere interpretate alla luce di diversi fattori.

L'analisi della relazione tra livello di istruzione e frequenza dei controlli medici di routine evidenzia un chiaro gradiente educativo nella propensione alla prevenzione sanitaria (Tabella 13).

Nel gruppo con licenza media, il 50,0% degli individui dichiara di sottoporsi ad analisi mediche solo in presenza di sintomi, una percentuale più elevata rispetto agli altri livelli di istruzione. Al contrario, solo il 25,0% effettua controlli annuali, suggerendo una minore aderenza alle pratiche di prevenzione regolare. Per i soggetti in possesso di un diploma di scuola superiore o di un titolo professionale, il comportamento si discosta leggermente dal gruppo con licenza media, mostrando un incremento della

quota di chi effettua controlli ogni 12 mesi (30,1%) e una riduzione della percentuale di coloro che si sottopongono a esami solo in presenza di sintomi (45,6%). Sebbene le differenze rispetto al livello inferiore siano contenute, si osserva una tendenza verso una maggiore attenzione alla prevenzione. Nel gruppo con laurea triennale, emerge un cambiamento più marcato: la quota di individui che si sottopongono a controlli annuali sale al 35,3%, mentre si riduce sensibilmente la percentuale di coloro che effettuano esami solo alla comparsa di sintomi (31,4%). Questo dato suggerisce un'evoluzione nelle pratiche di prevenzione sanitaria con l'aumentare del livello di istruzione. Invece, tra coloro che hanno conseguito una laurea magistrale, la propensione ai controlli regolari diventa ancora più evidente: il 45,1% degli intervistati dichiara di effettuare esami ogni 12 mesi, mentre solo il 25,6% riferisce di ricorrere a controlli esclusivamente in caso di sintomatologia. Infine, nel gruppo con titolo post-laurea, si conferma il trend osservato nei livelli di istruzione più elevati. La percentuale di chi esegue analisi annualmente si attesta al 39,5%, mentre il 28,4% aspetta la comparsa di sintomi prima di sottoporsi a controlli medici.

Tabella 13. Frequenza controlli di routine per titolo di studio

		Frequenza controlli di routine			Totale
		ogni 12 mesi	tra i 12 e i 24 mesi	solo quando si presentano sintomi	
	licenza media	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	licenza media scuola superiore /istituto professionale	30,1%	24,3%	45,6%	100,0%
	laurea triennale	35,3%	33,3%	31,4%	100,0%
	laurea magistrale	45,1%	29,3%	25,6%	100,0%
	post laurea	39,5%	32,1%	28,4%	100,0%
Totale		33,8%	27,2%	39,0%	100,0%

L'analisi del chi-quadrato (Tabella 14) rivela una relazione statisticamente significativa tra il livello di istruzione e la frequenza dei controlli di routine, confermando che all'aumentare del titolo di studio corrisponde una maggiore propensione a sottoporsi a controlli preventivi regolari. Ciò evidenzia come l'istruzione svolga un ruolo cruciale nella promozione di comportamenti sanitari preventivi, suggerendo che le persone con un livello di istruzione più elevato tendano ad avere una maggiore consapevolezza dell'importanza della prevenzione. Al contrario, i soggetti con un livello di istruzione inferiore mostrano una minore frequenza di tali controlli, probabilmente a causa di una percezione meno sviluppata del rischio e di un'alfabetizzazione sanitaria più limitata. Questo dato riflette chiaramente come l'istruzione possa fungere da determinante sociale della salute.

Tabella 14. Chi quadrato Frequenza controlli di routine per titolo di studio

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	30,852 ^a	8	,000
Rapporto di verosimiglianza	31,234	8	,000
Associazione lineare-lineare	21,170	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 5,44.			

L'analisi della relazione tra genere e frequenza dei controlli di routine rivela disparità statisticamente significative nei comportamenti di prevenzione sanitaria. Questo dato può essere interpretato attraverso diverse lenti teoriche: da un lato, riflette possibili differenze nelle concezioni di salute e nella cultura sanitaria tra i generi, un fenomeno già ampiamente documentato in letteratura (Biancheri, 2014; Biancheri 2011; Lombardi 2005)

La distribuzione percentuale mostra che gli uomini si sottopongono con maggiore frequenza a controlli medici regolari rispetto alle donne: il 38,8% degli uomini effettua analisi ogni 12 mesi, contro il 30,0% delle donne (Tabella 15). Tuttavia, la percentuale di chi effettua controlli biennali è simile tra i due gruppi (25,4% per gli uomini, 28,6% per le donne). Le donne, invece, risultano più propense a effettuare esami solo in presenza di sintomi (41,4% rispetto al 35,8% degli uomini).

Tabella 15. Frequenza controlli di routine genere

		Frequenza controlli di routine			Totale
		ogni 12 mesi	tra i 12 e i 24 mesi	solo quando si presentano sintomi	
Genere	Uomo	38,8%	25,4%	35,8%	100,0%
	donna	30,0%	28,6%	41,4%	100,0%
Totale		33,8%	27,2%	39,0%	100,0%

Queste differenze possono essere interpretate alla luce di diverse prospettive sociologiche. La teoria del ruolo di genere (Biancheri, 2011; Biancheri, 2014; Facchini e Ruspini 2001; Lombardi, 2005; Read e Gorman, 2006; Chafetz, 2006; West e Zimmerman, 1987) suggerisce che i comportamenti sanitari siano influenzati dalle norme sociali che regolano le aspettative di salute per uomini e donne. Tradizionalmente, le donne sono spesso considerate più attente alla salute e alla prevenzione rispetto agli uomini (Lombardi, 2005). Tuttavia, i dati qui analizzati in riferimento alla totalità del campione sembrano contraddire questa visione, evidenziando che gli uomini si sottopongono con maggiore frequenza a controlli annuali rispetto alle donne.

Una possibile spiegazione si trova nel concetto di care burden, ovvero il carico di cura, ove secondo diversi studi (Power, 2020; Ory, 1985; Oliner, 2011) influenza la percezione e la gestione della salute nelle donne. Le donne, infatti, tendono a essere più coinvolte nella cura della famiglia e degli altri membri del nucleo familiare, il che può ridurre il tempo e la disponibilità per la cura della propria salute (Power, 2020). Questo fenomeno potrebbe spiegare la maggiore propensione delle donne a sottoporsi a controlli solo in caso di sintomi, piuttosto che in modo preventivo.

D'altra parte, sebbene gli uomini sembrano aderire più frequentemente ai controlli annuali, la loro percentuale di coloro che si sottopongono a esami solo in presenza di sintomi rimane comunque alta (35,8%). Questo dato riflette parzialmente quanto indicato da Courtenay (2000; 2009) nella sua teoria sulla mascolinità e salute, secondo cui gli uomini tendono ad adottare un atteggiamento meno preventivo nei confronti della propria salute rispetto alle donne, spesso legato a norme culturali di "resistenza" alla vulnerabilità fisica.

I dati della Tabella 16 confermano che il genere rappresenta un fattore rilevante nella gestione della salute e nell'adesione ai controlli preventivi. Sebbene gli uomini sembrino più propensi ai controlli annuali, la loro percentuale di accesso ai controlli solo in presenza di sintomi resta alta. Le donne, invece, risultano meno inclini ai controlli regolari, un fenomeno che potrebbe essere attribuito a fattori socio-culturali e strutturali. Questi risultati suggeriscono la necessità di politiche sanitarie mirate, che tengano conto delle specifiche barriere che uomini e donne incontrano nell'accesso ai servizi di prevenzione.

Tabella 16. Chi quadrato Frequenza controlli di routine per titolo di studio

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	7,973 ^a	2	,019
Rapporto di verosimiglianza	7,946	2	,019
Associazione lineare-lineare	6,530	1	,011
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 109,40.			

Inoltre, l'analisi delle frequenze evidenzia delle differenze nel campione delle tre città.

La Tabella 17 mostra che a Napoli la quota di persone che si sottopone a controlli annuali è la più alta (37,3%). Al contrario, a Milano prevale un approccio più reattivo: solo il 31,8% effettua controlli regolari, mentre il 46,8% si sottopone ad analisi solo in presenza di sintomi, la percentuale più alta tra le tre città. Roma si colloca in una posizione intermedia, con il 32,3% di controlli annuali e una quota relativamente alta di persone che effettua analisi solo in caso di necessità (40,6%), segnalando una minore propensione alla prevenzione rispetto a Napoli, ma meno marcata rispetto a Milano.

Queste differenze possono essere attribuite a vari fattori. In primo luogo, la cultura della prevenzione potrebbe essere più radicata in alcune aree rispetto ad altre, influenzata da abitudini familiari, campagne di sensibilizzazione locali o esperienze pregresse con il sistema sanitario. In secondo luogo, l'accessibilità ai servizi sanitari può incidere sulle scelte individuali: se in alcune città ottenere un appuntamento per un controllo preventivo è più semplice ed economico, è più probabile che le persone ne usufruiscano. Infine, le condizioni lavorative e i ritmi di vita possono giocare un ruolo cruciale: città con stili di vita più frenetici, come Milano, potrebbero scoraggiare controlli regolari per mancanza di tempo o percezione della salute come una priorità secondaria.

Tabella 17. Frequenza controlli di routine per città

		Frequenza controlli di routine			Totale
		ogni 12 mesi	tra i 12 e i 24 mesi	solo quando si presentano sintomi	
Città	napoli	37,3%	33,1%	29,5%	100,0%
	roma	32,3%	27,1%	40,6%	100,0%
	milano	31,8%	21,4%	46,8%	100,0%
Totale		33,8%	27,2%	39,0%	100,0%

Il chi-quadrato in Tabella 18 significativo conferma che le differenze osservate tra le città non sono casuali, ma indicano una relazione effettiva tra il luogo di residenza e la frequenza dei controlli sanitari di routine.

Tabella 18. Frequenza controlli di routine per titolo di studio

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	21,476 ^a	4	,000
Rapporto di verosimiglianza	21,850	4	,000
Associazione lineare-lineare	10,957	1	,001
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 83,82.			

Questa variabilità nei comportamenti può essere spiegata da una serie di fattori e per analizzare in modo approfondito le relazioni tra la frequenza delle analisi mediche di routine e una serie di variabili

sociodemografiche, è stata applicata una regressione logistica multinomiale in modo da esaminare l'effetto simultaneo delle variabili indipendenti. L'obiettivo è quello di indagare come fattori quali il titolo di studio, la fascia di reddito, l'età, il genere e la città di residenza influenzano la probabilità di sottoporsi a controlli medici regolari. Il test del chi-quadrato (Tabella 19) mostra un valore significativo indicando che il modello finale spiega meglio i dati rispetto a un modello senza variabili indipendenti.

Tabella 19. Regressione logistica multinominale
Variabili nel modello: Città, titolo di studio, genere, reddito, età

Informazioni sull'adeguamento del modello				
Modello	Criteri di adattamento del modello	Test del rapporto di verosimiglianza		
	-2 Log verosimiglianza	Chi-quadrato	df	Sig.
Solo intercetta	1036,098			
Finale	937,632	98,466	28	,000
Pseudo R-quadrato				
Cox e Snell	,101			
Nagelkerke	,114			
McFadden	,049			

Tra le variabili sociodemografiche (Tabella 20), la città di residenza risulta essere ancora un fattore significativo, con i residenti di Napoli e Roma che mostrano una maggiore probabilità di sottoporsi a controlli medici tra i 12 e i 24 mesi rispetto ai residenti di Milano.

Anche il titolo di studio ha mostrato un'influenza significativa sulle abitudini di controllo medico. Gli individui con un livello di istruzione superiore, in particolare coloro che possiedono una laurea magistrale o un titolo post-laurea, hanno una maggiore probabilità di sottoporsi a controlli medici regolari. Questo risultato supporta l'ipotesi che un livello di istruzione più alto sia associato a una maggiore consapevolezza dei benefici della prevenzione sanitaria e alla capacità di accedere ai servizi sanitari. L'età si è dimostrata la variabile con il maggiore impatto con gli individui più giovani, in particolare nella fascia d'età 18-24 anni, che hanno una minore probabilità di sottoporsi a controlli medici regolari rispetto alle fasce di età più avanzate. Questo risultato può essere attribuito a una minore percezione del rischio di malattia tra i giovani, i quali potrebbero non percepire la necessità di controlli regolari fino a che non si presentano sintomi evidenti. Infine, il reddito ha mostrato un'influenza marginale con individui appartenenti a fasce di reddito basse (meno di 1500 euro mensili) che sono significativamente meno propensi a fare controlli medici regolari. Questo risultato riflette le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, spesso influenzate da barriere economiche che limitano la capacità di partecipare a programmi di prevenzione regolare.

Tabella 20. Test del rapporto di verosimiglianza

Effetto	Criteri di adattamento del modello	Test del rapporto di verosimiglianza		
	-2 log verosimiglianza per il modello ridotto	Chi-quadrato	Df	Sig.
Intercetta	937,632 ^a	0,000	0	
Luogo_citta	948,797	11,165	4	,025
recod_titolostudio	950,722	13,090	6	,042
Genere	943,803	6,170	2	,046
Reddito	954,812	17,180	10	,070
Eta	963,044	25,412	6	,000

L'analisi ha quindi evidenziato che il comportamento preventivo, misurato in termini di frequenza dei controlli medici, è significativamente influenzato da una combinazione di fattori sociodemografici. Di particolare interesse è la relazione tra la presenza di condizioni patologiche e la frequenza di accesso ai controlli di routine, in quanto rappresenta un elemento cruciale per comprendere le pratiche di prevenzione sanitaria e il loro contributo alla promozione di stili di vita salutari e sostenibili. I risultati dell'analisi del Chi-quadrato in Tabella 21 confermano un'associazione statisticamente significativa tra queste due variabili. In particolare, l'evidenza dimostra che la presenza di condizioni patologiche o problemi di salute agisce come un determinante chiave nel modellare i comportamenti di accesso ai servizi diagnostici preventivi.

Tabella 21. Chi-quadrato e V di Cramer Condizioni patologiche per controlli di routine

Chi-quadrato			
	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	37,552 ^a	4	,000
Rapporto di verosimiglianza	36,709	4	,000
Associazione lineare-lineare	28,953	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio			
Misure simmetriche			
		Valore	Sig. appross.
Nominale per nominale	Phi	,201	,000
	V di Cramer	,142	,000
N. di casi validi		926	
atteso minimo è 17,14.			

Nella Tabella 22 si osserva che gli individui che riportano malattie o problemi di salute tendono a sottoporsi a controlli medici con maggiore regolarità, in particolare con una frequenza annuale, rispetto a chi non presenta problematiche di salute o effettua analisi solo in presenza di sintomi. Tra coloro che effettuano controlli ogni 12 mesi, il 27,8% ha dichiarato di avere una malattia o un problema di salute, mentre il 66,8% ha risposto negativamente e solo il 5,4% ha preferito non rispondere. Questa percentuale di diagnosi è significativamente più alta rispetto agli altri gruppi, suggerendo che chi si sottopone a controlli regolari ha maggiore consapevolezza del proprio stato di salute e più possibilità di intercettare problemi medici precocemente. Al contrario, tra chi effettua controlli tra i 12 e i 24 mesi, solo il 15,1% dichiara di avere problemi di salute, mentre il 78,2% risponde negativamente. Questa percentuale scende ulteriormente tra chi si sottopone a controlli solo quando si presentano sintomi, dove solo il 10,2% riferisce di avere una malattia o un problema di salute, mentre l'81,7% dichiara di stare bene.

Tabella 22. Frequenza controlli di routine per patologie

		malattia o problema di salute			Totale
		si	No	preferisco non rispondere	
Frequenza analisi mediche	ogni 12 mesi	27,8%	66,8%	5,4%	100,0%
	tra i 12 e i 24 mesi	15,1%	78,2%	6,7%	100,0%

	solo quando si presentano sintomi	10,2%	81,7%	8,0%	100,0%
Totale		17,5%	75,7%	6,8%	100,0%

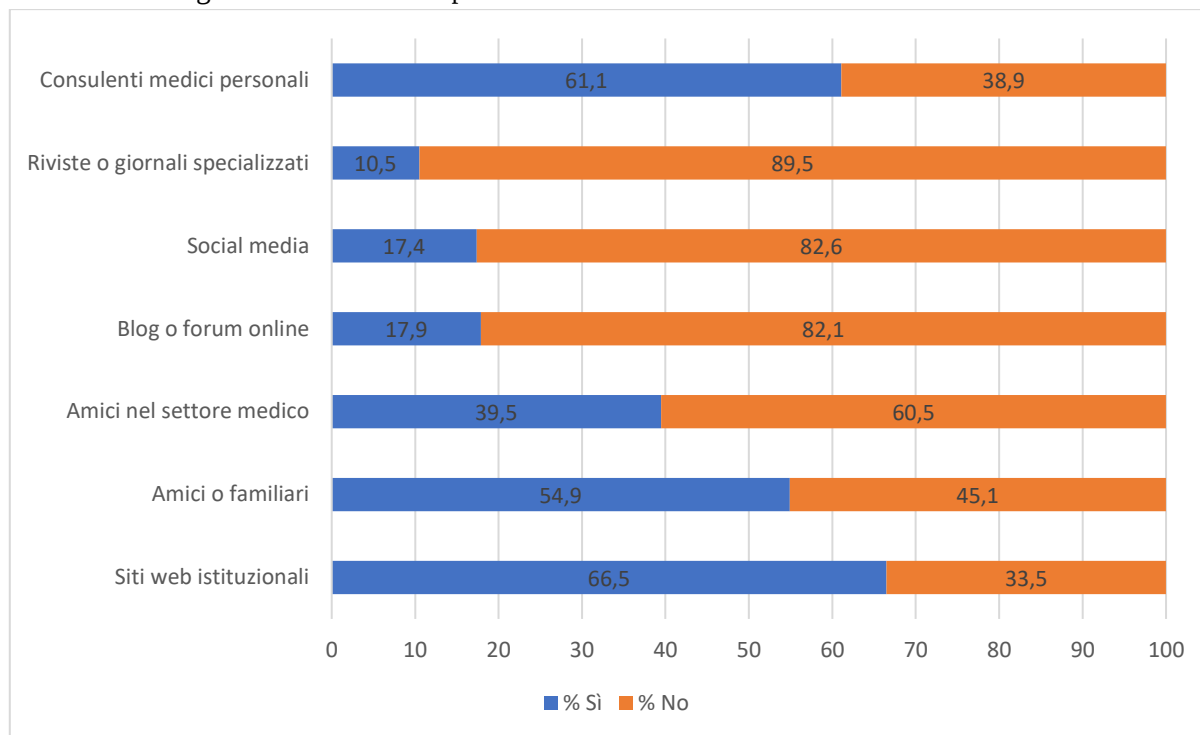
Questi dati possono essere interpretati in due modi principali. Da un lato, è possibile che le persone con problemi di salute siano più attente e quindi più propense a effettuare controlli regolari. Dall'altro, chi si sottopone raramente a controlli potrebbe avere una percezione falsata del proprio stato di salute, in quanto la mancata diagnosi non implica necessariamente l'assenza di problemi. Inoltre, il fatto che la percentuale di chi preferisce non rispondere aumenti all'aumentare dell'irregolarità dei controlli (8% nel gruppo "solo quando si presentano sintomi" rispetto al 5,4% di chi fa controlli annuali) potrebbe indicare una minore consapevolezza o una reticenza nel riconoscere la propria condizione sanitaria. Dal punto di vista sociologico, il comportamento legato alla prevenzione può essere analizzato attraverso la lente del modello del comportamento di salute di Rosenstock (1974), che identifica variabili quali percezione del rischio, beneficio percepito delle azioni preventive e barriere all'accesso come determinanti chiave delle pratiche di salute. I dati suggeriscono che le persone con malattie tendono a percepire un rischio maggiore e, conseguentemente, sono più inclini a compiere azioni preventive regolari. Al contrario, chi non ha problemi di salute potrebbe non percepire un beneficio immediato dai controlli preventivi, preferendo adottare un approccio reattivo piuttosto che preventivo.

3.1.3 L'informazione come strumento di consapevolezza della salute

Come anticipato anche l'informazione diventa uno strumento cardine attraverso cui gli individui possono esercitare la propria autonomia decisionale, acquisendo consapevolezza su come prevenire, gestire e promuovere il proprio benessere. Come sottolineato da Foucault (1976), il potere del sapere è intrinsecamente legato alla capacità di controllo su sé stessi e sugli altri, e nella sfera della salute, degli stili di vita salutari e sostenibili, questo si traduce nella capacità di operare scelte consapevoli sulla base di informazioni accurate. Ovviamente, l'accesso alla conoscenza non è neutrale, né ugualmente distribuito. Soprattutto nell'attuale società iperconnessa, l'individuo è perennemente costretto a distinguere tra ciò che è scientificamente fondato e ciò che è frutto di credenze o fakenews. In questo senso, l'informazione sanitaria è un fattore fondamentale che può modellare il comportamento preventivo dell'individuo. La capacità di accedere e interpretare correttamente le informazioni sanitarie non solo favorisce comportamenti più consapevoli, ma contribuisce anche alla formazione di quello che Bourdieu definirebbe capitale culturale, ossia l'insieme di conoscenze e competenze che possono influenzare positivamente le scelte di vita e direi di salute. Dalla Figura 13 emerge che i siti web istituzionali sono la fonte di informazione più consultata (66,5%), seguiti dai consulenti medici personali (61,1%), indicando una preferenza per le fonti ufficiali e professionali nella ricerca di informazioni sulla salute. Questo potrebbe riflettere una maggiore fiducia nelle fonti istituzionali, o un'alfabetizzazione sanitaria più alta tra coloro che scelgono queste risorse. Al contrario, fonti come blog/forum (17,9%) e social media (17,4%) risultano meno utilizzate, suggerendo che queste piattaforme, spesso soggette a disinformazione, sono consultate con minor frequenza da chi cerca informazioni mediche accurate. Un aspetto interessante riguarda l'uso relativamente basso di riviste e giornali specializzati (10,5%), che potrebbe indicare una mancanza di accessibilità o un disinteresse verso le fonti più accademiche. Questi dati evidenziano la diversità delle preferenze informative, con una chiara distinzione tra fonti digitali ufficiali e consulenze

mediche personali rispetto alle reti sociali o fonti meno formali, confermando che il livello di alfabetizzazione digitale e culturale gioca un ruolo fondamentale nella formazione dei comportamenti preventivi e nella cura della salute.

Figura 13. Distribuzione percentuale dell'uso delle fonti di informazione sanitaria



Per esaminare come i diversi fattori sociodemografici influiscono sul “tipo di fonte utilizzata” e, per distinguere e classificare i diversi gruppi in base alle fonti sanitarie consultate al fine di comprendere meglio i pattern di comportamento informativo, è stato creato un indicatore per successive analisi ed esplorazioni. Tale indicatore include la dicotomia evidenziata precedentemente, distinguendo di conseguenza fonti considerate più affidabili (come siti web istituzionali o consulenti medici) e fonti meno affidabili (come social media o amici e familiari). L’indice ha quindi tenuto di una ponderazione del punteggio delle fonti di informazione sanitaria⁴⁹, utilizzando cioè pesi attribuiti a ciascuna fonte in base alla loro affidabilità. La valutazione critica delle fonti di informazione è un elemento cruciale nella costruzione di una conoscenza affidabile, in particolare in ambiti come la salute dove l'accesso a informazioni corrette può influenzare significativamente le decisioni individuali. Per questo studio, i pesi attribuiti alle diverse fonti di informazione sono stati determinati in base alla loro affidabilità (scientifica) e al rigore metodologico. Fonti istituzionali e professionali, come siti web ufficiali di istituzioni sanitarie, riviste scientifiche peer-reviewed e consulenti medici, sono state considerate come le più affidabili. Pertanto, tali fonti hanno ricevuto un peso positivo di +2, riflettendo la loro rilevanza e autorevolezza nel supportare decisioni informate. Come sottolineato da Metzger e Flanagin (2008), le fonti istituzionali sono percepite come più credibili grazie alla loro base scientifica e alla loro natura verificabile. Al contrario, fonti meno affidabili, come blog o

⁴⁹ I pesi sono stati assegnati in base all'affidabilità: fonti istituzionali e professionali (siti web, consulenti medici, riviste scientifiche) hanno ricevuto un peso di +2, mentre fonti meno affidabili (blog, social media) sono state pesate negativamente (-2). La variabile "Amici e familiari con esperienze nel settore medico" ha ricevuto un peso neutro (0), poiché, sebbene possa fornire un supporto informativo, non rappresenta una fonte istituzionale.

contenuti diffusi attraverso social media, sono state pesate negativamente (-2). Questo approccio è giustificato dai numerosi studi che evidenziano il rischio di diffusione di informazioni fuorvianti o inaccurate attraverso tali canali. Chou *et al.* (2009) e Wang *et al.* (2019) hanno dimostrato che fino al 40% delle informazioni sanitarie presenti sui social media possono essere inaccurate, attribuendo ciò alla mancanza di regolamentazione e al prevalere di bias personali o commerciali. L'attribuzione di un peso negativo riflette quindi la necessità di penalizzare tali fonti per il loro potenziale impatto negativo sulla qualità delle informazioni disponibili. Una posizione neutrale (0) è stata invece attribuita alla variabile "Amici e familiari con esperienze nel settore medico". Sebbene questa categoria possa fornire un certo grado di supporto informativo, le esperienze personali rimangono intrinsecamente aneddotiche e non generalizzabili. Come sottolineato da Frosch *et al.* (2007), tali informazioni devono essere considerate complementari alle fonti istituzionali, ma non sostitutive. Sebbene possano contribuire a una maggiore comprensione delle situazioni individuali, la loro mancanza di fondamento istituzionale o scientifico giustifica l'attribuzione di un peso neutrale. Questa metodologia si basa sul principio fondamentale che l'affidabilità delle fonti di informazione varia significativamente in base alla loro origine e alla loro metodologia di validazione. Fonti istituzionali, che si distinguono per rigore metodologico e evidenze scientifiche, rappresentano lo standard di riferimento, mentre fonti informali e personali devono essere valutate con cautela. Inoltre, la scelta di differenziare i pesi consente di riflettere meglio le caratteristiche qualitative di ciascuna fonte, supportando un'analisi più accurata delle decisioni basate su tali informazioni. L'importanza di adottare un approccio critico nella valutazione delle fonti è ulteriormente supportata dalla letteratura sull'alfabetizzazione sanitaria. Sorensen *et al.* (2012) evidenziano che una comprensione critica delle fonti è essenziale per promuovere decisioni informate e ridurre l'impatto della disinformazione. Questa impostazione metodologica non solo migliora l'affidabilità dei dati raccolti, ma garantisce anche un maggiore rigore nella valutazione complessiva dei risultati. L'indice⁵⁰ va da un minimo di -5 (uso prevalente di fonti meno affidabili) a un massimo di 6 (uso prevalente di fonti più affidabili). Per la creazione dell'indice, sono state utilizzate sei variabili binarie che indicavano la frequenza d'uso di specifiche fonti di informazione sanitaria (Siti web, Consulenti medici, Riviste/giornali, Amici nel settore medico, Blog/forum e Social media). Successivamente, l'indice è stato confrontato con il titolo di studio degli intervistati. L'analisi è stata condotta utilizzando un'analisi delle medie per ciascun gruppo di titolo di studio, seguita da un'ANOVA univariata per verificare la significatività delle differenze tra i gruppi.

La Tabella 23 indica che c'è una differenza significativa nell'indice delle fonti sanitarie tra i gruppi con diverso titolo di studio.

Tabella 23. ANOVA univariata indice di informazione (variabile dipendente) per titolo di studio

ANOVA univariata					
indic_fontiSanit					
	Somma dei quadrati	Df	Media dei quadrati	F	Sig.

⁵⁰ Gamma dei valori. Calcolo del valore massimo (max 6): Per ottenere il valore massimo della formula, tutte le fonti con pesi positivi devono assumere il valore 1 (cioè "Sì") e tutte le fonti con pesi negativi devono essere 0 (cioè "No").

Formula: $(2*1)+(2*1)+(2*1)-(1*0)-(2*0)-(2*0)=2+2+2=6$
 $(2*1)+(2*1)+(2*1)-(1*0)-(2*0)-(2*0)=2+2+2=6$

Calcolo del valore minimo (min -5): Per ottenere il valore minimo, tutte le fonti con pesi positivi devono assumere il valore 0 e tutte le fonti con pesi negativi devono essere 1.

Formula: $(2*0)+(2*0)+(2*0)-(1*1)-(2*1)-(2*1)=0-1-2-2=-5$
 $(2*0)+(2*0)+(2*0)-(1*1)-(2*1)-(2*1)=0-1-2-2=-5$

Fra gruppi	57,121	3	19,040	5,318	,001
Entro gruppi	3301,225	922	3,581		
Totale	3358,346	925			

Per approfondire le differenze tra i gruppi, sono stati effettuati confronti multipli utilizzando il test Tukey HSD, che permette di identificare quali gruppi si differenziano in modo significativo (Tabella 24). Il primo gruppo Licenza media superiore / istituto professionale versus post-laurea: la differenza media è 0,76539, con sign 0,004, indicando che chi ha un titolo post-laurea ha un indice delle fonti sanitarie significativamente superiore rispetto a chi ha solo una licenza media/istituto professionale (il che significa che la media dell'indice per il gruppo con licenza media è 0,76539 punti superiore rispetto alla media del gruppo con titolo post-laurea). Il secondo gruppo Laurea triennale / post-laurea: la differenza media è 0,91721, suggerendo che chi ha un titolo post-laurea utilizza le fonti sanitarie in modo significativamente diverso rispetto a chi ha una laurea triennale.

Tabella 24. HSD di Tukey

HSD di Tukey						
(I) recod_titolostudio	(J) recod_titolostudio	Differenza fra medie (I-J)	Errore std.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inferiore	Limite superiore
licenza media scuola superiore /istituto professionale	laurea triennale	-,15182	,17265	,816	-,5962	,2925
	laurea magistrale	,31454	,18255	,312	-,1553	,7844
	post laurea	,76539*	,22496	,004	,1864	1,3444
laurea triennale	licenza media scuola superiore /istituto professionale	,15182	,17265	,816	-,2925	,5962
	laurea magistrale	,46636	,22433	,161	-,1110	1,0437
	post laurea	,91721*	,26001	,002	,2480	1,5864
laurea magistrale	licenza media scuola superiore /istituto professionale	-,31454	,18255	,312	-,7844	,1553
	laurea triennale	-,46636	,22433	,161	-1,0437	,1110
	post laurea	,45085	,26669	,329	-,2355	1,1372
post laurea	licenza media scuola superiore /istituto professionale	-,76539*	,22496	,004	-1,3444	-,1864
	laurea triennale	-,91721*	,26001	,002	-1,5864	-,2480
	laurea magistrale	-,45085	,26669	,329	-1,1372	,2355
*. La differenza media è significativa al livello 0.05						

Le differenze tra i gruppi sono risultate statisticamente significative, come confermato dall'ANOVA univariata, indicando che il livello di istruzione gioca un ruolo importante nella scelta delle fonti di informazione sanitaria. I risultati suggeriscono che il titolo di studio rappresenta un fattore determinante nel comportamento informativo legato alla salute. Chi possiede livelli di istruzione più alti tende a cercare informazioni su fonti istituzionali e professionali, mentre chi ha un titolo di studio inferiore è più incline a fare affidamento su fonti meno formali o affidabili. Questi risultati riflettono quanto emerso dalla letteratura, secondo cui un titolo di studio più elevato contribuisce alla formazione del capitale culturale (Bourdieu, 1986), facilitando l'accesso e l'uso di fonti informative più affidabili e scientificamente fondate.

L'indice è stato progettato per identificare distinti idealtipi relativi all'utilizzo delle fonti di informazione, ispirandosi alla costruzione tipologica di matrice weberiana (Weber, 1922). Successivamente, l'indice continuo è stato trasformato in una variabile categoriale, suddivisa in tre categorie nominali: *Utilizzo prevalente di fonti a bassa credibilità*, *Utilizzo prevalente di fonti a credibilità intermedia* e *Utilizzo prevalente di fonti ad alta credibilità*. Questa categorizzazione è stata definita sulla base di criteri scientifici supportati dalla letteratura, considerando il grado di autorevolezza generalmente attribuito alle diverse tipologie di fonti. La trasformazione in una variabile categoriale risponde sia all'esigenza di semplificare l'interpretazione dei dati, sia all'obiettivo di facilitare l'applicazione di tecniche statistiche avanzate. La suddivisione riflette non solo un'accurata analisi della distribuzione dei punteggi, ma anche un approccio teorico consapevole che valorizza le differenze qualitative tra le fonti. Tale impostazione consente di rappresentare in modo sistematico e interpretabile il ruolo delle fonti di informazione nelle decisioni degli individui, mantenendo un equilibrio tra la precisione analitica e l'efficacia comunicativa. Esplorando la relazione tra le fasce d'età e i tipi di fonti di informazione classificate per livello di affidabilità, si evidenzia una significatività che suggerisce che l'età influenza le modalità di accesso e scelta delle fonti informative (Tabella 25).

Tabella 25. HSD di Tukey Chi-quadrato fasce d'età per tipo di informazioni classificate in base all'affidabilità

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	12,825 ^a	6	,046
Rapporto di verosimiglianza	13,597	6	,034
Associazione lineare-lineare	6,856	1	,009
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 19,56.			

I dati riportati in Tabella 26 mostrano che le fasce più giovani (18-24 anni) sono caratterizzate da un utilizzo prevalente di fonti a media affidabilità (55,0%) e una quota significativa di fonti ad alta affidabilità (25,4%). L'uso di fonti a bassa affidabilità è meno diffuso ma non trascurabile (19,6%). Nella fascia 25-34 anni, si osserva una distribuzione simile, con un predominio di fonti a media affidabilità (58,3%), mentre le fonti a bassa e alta affidabilità rappresentano rispettivamente il 21,6% e il 20,1%. Nelle fasce di età più avanzate, si nota una riduzione dell'utilizzo di fonti ad alta affidabilità (11,0% tra i 35-44 anni) e un lieve incremento nella fascia 45-55 anni (19,2%), forse indicativo di un aumento dell'attenzione verso fonti autorevoli con l'avvicinarsi dell'età matura. In tutte le fasce, tuttavia, le fonti a media affidabilità mantengono un ruolo predominante.

Tabella 26. Fascia d'età per tipo di informazioni classificate in base all'affidabilità

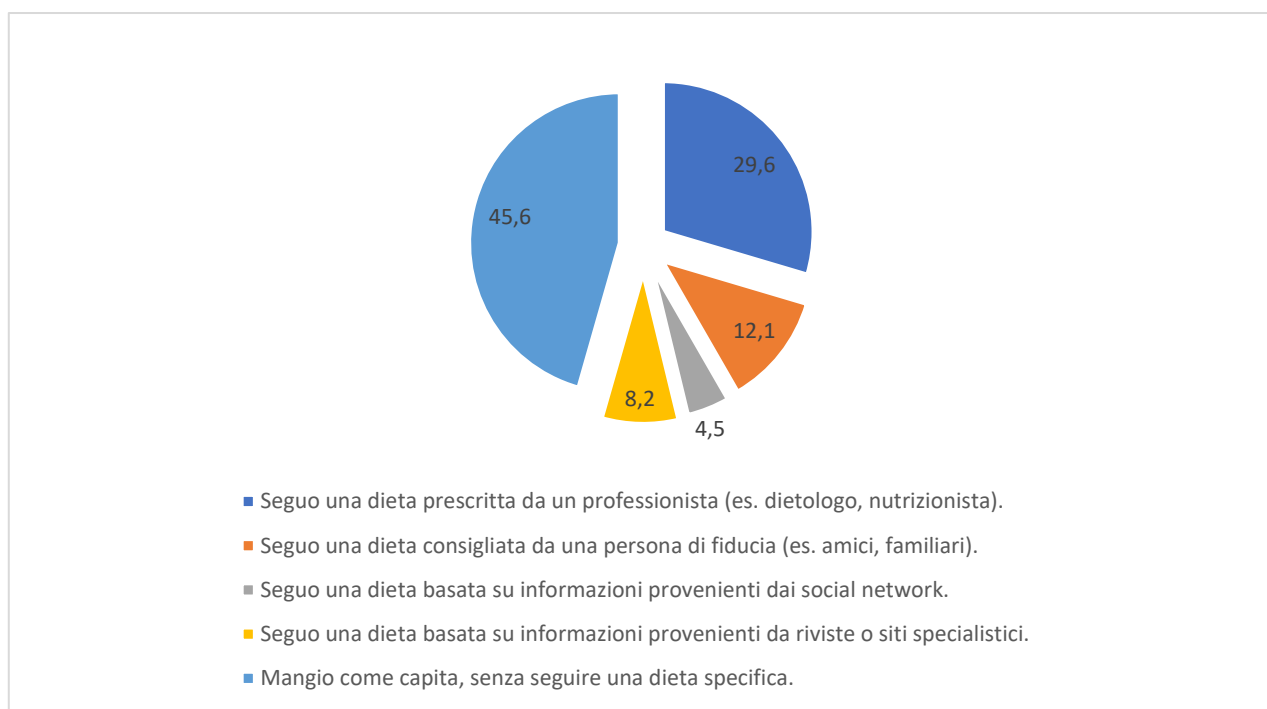
		IAF			Totale
		affidabilità bassa	affidabilità media	affidabilità alta	
Eta	18-24 anni	19,6%	55,0%	25,4%	100,0%
	25-34 anni	21,6%	58,3%	20,1%	100,0%
	35-44 anni	29,7%	59,3%	11,0%	100,0%
	45-55 anni	23,3%	57,5%	19,2%	100,0%
Totale		21,5%	56,5%	22,0%	100,0%

Le fasce giovanili sembrano bilanciare meglio la pluralità delle fonti, accedendo sia a contenuti istituzionali che non istituzionali, mentre con l'aumentare dell'età si osserva una maggiore uniformità nell'uso delle fonti di media affidabilità. Questi risultati confermano l'importanza dell'età come variabile determinante nell'analisi delle scelte informative, evidenziando come i gruppi demografici rispondano in modo differenziato alle opportunità offerte dal panorama informativo.

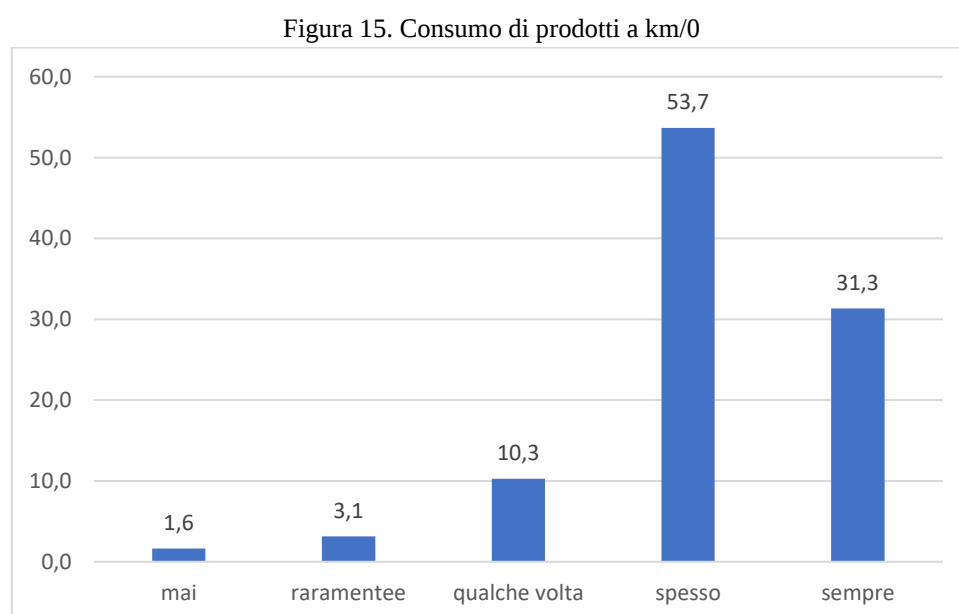
3.1.4 Un indice integrato di alimentazione sana e sostenibile (IASS)

Nel contesto di una ricerca sui modelli di vita salutari e sostenibili, uno degli aspetti fondamentali riguarda l'approccio degli individui alla propria alimentazione. La domanda chiave, *"Quale descrizione meglio rappresenta il modo in cui segui la tua alimentazione?"*, ha fornito una panoramica chiara dei diversi atteggiamenti verso la dieta e le fonti di informazione che la influenzano. I risultati evidenziano come la popolazione si distribuisca tra chi sceglie di affidarsi a professionisti, chi si fida del consiglio di persone vicine, e chi adotta un approccio più casuale o si lascia influenzare dai media digitali e tradizionali. Queste scelte non solo riflettono la percezione della salute e del benessere, ma anche l'impatto delle reti sociali e delle fonti informative nel plasmare comportamenti alimentari. Tali dinamiche forniscono un quadro complesso e sfaccettato del rapporto tra individuo, informazione e pratiche di vita sostenibili, temi cruciali per comprendere i cambiamenti socioculturali contemporanei. La Figura 14 rivela dati significativi. La maggioranza, il 45,6%, dichiara di "mangiare come capita", evidenziando una tendenza prevalente verso la mancanza di un regime alimentare strutturato. Tuttavia, una quota rilevante, pari al 29,6%, segue una dieta prescritta da un professionista, dimostrando fiducia in figure esperte come nutrizionisti o dietologi. Il 12,1% degli intervistati si affida ai consigli di persone di fiducia, come amici o familiari, mostrando come le relazioni personali possano ancora influenzare le scelte alimentari. Solo il 4,5% basa le proprie abitudini alimentari su informazioni provenienti dai social network, suggerendo che queste piattaforme non siano una fonte primaria per decisioni riguardanti la dieta. Infine, l'8,2% si affida a riviste o siti specializzati, evidenziando un uso moderato di fonti più autorevoli ma non necessariamente professionali. In sintesi, oltre la metà del campione (54,4%) segue indicazioni alimentari derivanti da fonti strutturate o fidate, mentre il restante adotta un approccio più casuale o basato su fonti non professionali.

Figura 14. Panoramica sulle scelte nutrizionali



Dalla Figura 15 la maggior parte dei partecipanti dichiara di acquistare frutta e verdura a km 0 con elevata frequenza: il 53,7% afferma di farlo "spesso", mentre il 31,3% "sempre". Solo una quota minoritaria del campione indica comportamenti meno virtuosi, con percentuali pari al 10,3% ("qualche volta"), al 3,1% ("raramente") e all'1,6% ("mai"). Questi dati evidenziano una forte propensione verso il consumo di prodotti locali e a filiera corta.



Dai risultati delle tabelle di contingenza e dall'analisi chi-quadrato⁵¹, emerge che non vi è una significatività statisticamente rilevante tra la città, reddito, genere, titolo di studio e la preferenza per l'acquisto di frutta e verdura a km0.

⁵¹ Appendice A dalla tabella A1 alla Tabella A8

Al contrario, la Tabella 27 illustra la distribuzione percentuale della frequenza di consumo di frutta e verdura a km 0 in relazione alle diverse fasce d'età. Come evidenziato, la propensione al consumo frequente ("spesso" o "sempre") è particolarmente elevata tra i giovani adulti (18–24 anni), mentre tende a diminuire progressivamente con l'avanzare dell'età. I risultati del test del chi-quadrato (Tabella 28) confermano la presenza di una relazione statisticamente significativa tra l'età e la frequenza di consumo di prodotti a chilometro zero.

Tabella 27 Distribuzione della frequenza di consumo di frutta e verdura a km 0 per fascia di reddito per genere

Tavola di contingenza						
% entro Eta						
		Eta				Totale
		18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-55 anni	
Consumo di frutta e verdura a km0	Mai	1,6%	1,0%	2,2%	2,5%	1,6%
	Raramente	3,1%	0,5%	5,5%	5,8%	3,1%
	qualche volta	10,3%	9,5%	8,8%	12,5%	10,3%
	Spesso	50,2%	57,8%	65,9%	52,5%	53,7%
	Sempre	34,9%	31,2%	17,6%	26,7%	31,3%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 28. test del chi-quadrato per il consumo di frutta e verdura a Km0 per età

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	23,710 ^a	12	,022
Rapporto di verosimiglianza	26,043	12	,011
Associazione lineare-lineare	7,411	1	,006
N. di casi validi	926		
a. 5 celle (25,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 1,47.			

La letteratura scientifica (WHO, 2008; McLean *et al.*, 2009; Caraher e Coveney 2004; Strauss e Thomas, 1998) mostra come un'alimentazione corretta dovrebbe includere un apporto equilibrato di nutrienti essenziali, con una riduzione di grassi saturi, zuccheri e sodio, e un aumento del consumo di frutta, verdura, legumi, cereali integrali e proteine vegetali. A ciò si aggiunge la dimensione della sostenibilità alimentare, che non riguarda solo la salute personale, ma anche l'impatto ambientale. Favorire prodotti locali e di stagione e limitare alimenti ad alto impatto ambientale, come le carni rosse, rientra tra le pratiche consigliate per ridurre l'impronta ecologica.

L'indice di alimentazione sana e sostenibile che propongo è stato costruito per misurare misuri l'aderenza a pratiche alimentari che promuovono sia la salute individuale che la sostenibilità ambientale. A partire dai dati raccolti, è stato costruito l'indice di alimentazione sana e sostenibile (IASS), con l'intenzione di misurare il livello di aderenza a pratiche alimentari che favoriscono sia la salute individuale sia la sostenibilità ambientale. L'indice è stato sviluppato per sintetizzare la frequenza settimanale di consumo di determinati gruppi alimentari, considerati fondamentali per un'alimentazione equilibrata e a basso impatto ambientale. Inizialmente i rispondenti hanno indicato la loro frequenza settimanale di consumo per ciascun alimento attraverso un questionario strutturato che prevedeva cinque categorie di risposta (mai, 1 volta a settimana, da due a tre volte alla settimana, da quattro a cinque volte alla settimana, più di cinque volte alla settimana).

Per rendere questi dati analizzabili in forma quantitativa, a ciascuna categoria è stato assegnato un numero corrispondente alla frequenza settimanale dichiarata, mantenendo l'ordine originale delle risposte.

L'Indice di Alimentazione Sana e Sostenibile (IASS) è stato sviluppato considerando il consumo settimanale di specifici gruppi alimentari, selezionati sulla base della loro rilevanza per un modello nutrizionale equilibrato e a basso impatto ambientale. Nello specifico, sono stati inclusi alimenti quali frutta, verdura, legumi, uova, latte e derivati, pesce e prodotti biologici. Tali categorie rappresentano componenti essenziali di un regime dietetico capace di coniugare benefici per la salute individuale e per la sostenibilità ambientale.

La costruzione dell'indice è avvenuta tramite l'aggregazione delle frequenze settimanali di consumo dei suddetti alimenti, permettendo l'elaborazione di un indicatore sintetico in grado di misurare e confrontare i livelli di aderenza tra i partecipanti. L'affidabilità interna dell'indice è stata verificata attraverso il calcolo dell'Alfa di Cronbach, il cui valore (,622) risulta indicativo di una consistenza accettabile (Tabella 29). Le statistiche descrittive dell'IASS (Tabella 30) evidenziano una media pari a 20,92 (errore standard = ,11724), con una variabilità moderata (deviazione standard = 3,57) e un intervallo di osservazione compreso tra 7,14 e 30,71.

Valori più elevati dell'IASS indicano una maggiore frequenza di consumo degli alimenti ritenuti salutari e sostenibili, segnalando pertanto una più marcata aderenza a un modello alimentare compatibile con i principi della salute pubblica e della sostenibilità ambientale. Al contrario, valori inferiori suggeriscono un livello di aderenza meno elevato a tali pratiche alimentari.

Tabella 29. Cronbach IASS

Statistiche di affidabilità	
Alfa di Cronbach	N di item
,622	7 ⁵²

Tabella n.30 Descrittive IASS

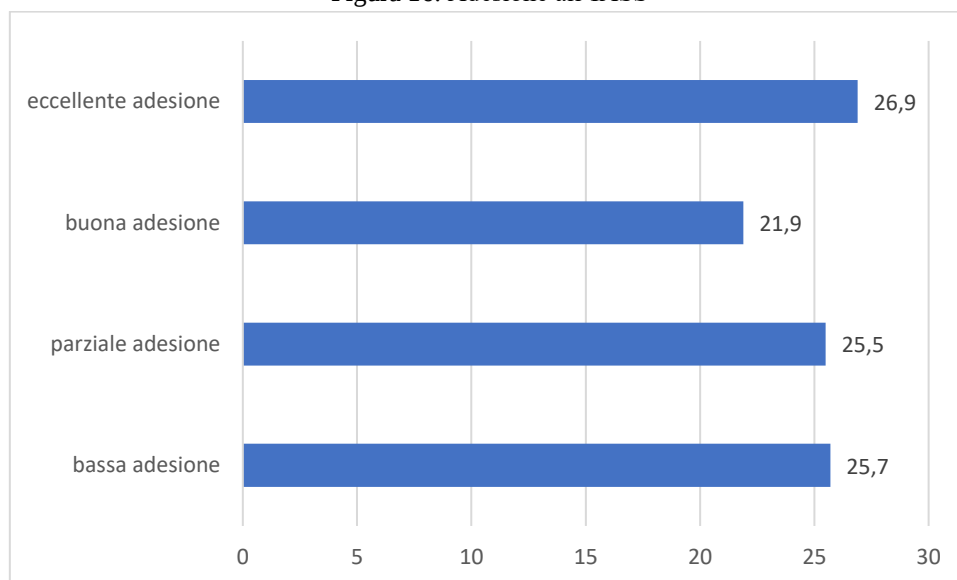
Descrittive				Statistica	Errore std.
IASS	Media			20,9178	,11724
	Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore		20,6877	
		Limite superiore		21,1479	
	Media 5% trim			21,0005	
	Mediana			21,2857	
	Varianza			12,728	
	Deviazione std.			3,56761	
	Minimo			7,14	
	Massimo			30,71	
	Intervallo			23,57	
	Distanza interquartilica			5,00	
	Asimmetria			-,357	,080
Curtosi			,145	,161	

L'IASS è stato successivamente categorizzato in quartili, al fine di suddividere il campione in quattro gruppi distinti sulla base dei punteggi ottenuti. Questa suddivisione ha consentito di classificare i partecipanti in livelli progressivi di aderenza alle pratiche alimentari analizzate, identificando quattro categorie di appartenenza: bassa adesione, parziale adesione, buona adesione ed eccellente adesione.

⁵²(pratichequotidiane_fruttaverdurakm0+Aliment2frutta+Aliment2verdura+Aliment2legumi+Aliment2uova+Aliment2latte+Aliment2pesce)/7

Come illustrato dalla Figura 16, la distribuzione percentuale dei partecipanti all'interno delle quattro categorie evidenzia che il 26,9% del campione mostra un'eccellente adesione alle pratiche alimentari sane e sostenibili, mentre il 25,7% e il 25,5% dei partecipanti rientrano rispettivamente nelle categorie di bassa e parziale adesione. La quota più bassa (21,9%) si registra per la categoria di buona adesione, suggerendo che una parte significativa dei partecipanti tende ad appartenere agli estremi della classificazione, con una concentrazione maggiore tra la bassa e l'eccellente adesione.

Figura 16. Adesione all'IASS



L'analisi della relazione tra l'IASS e le variabili sociodemografiche e socioeconomiche è stata condotta mediante l'utilizzo del test del Chi-quadro. In particolare, sono state considerate come variabili indipendenti il genere, l'età, il titolo di studio, il reddito, la città di residenza e la condizione occupazionale. I risultati del test del Chi-quadro hanno evidenziato che non vi è una relazione statisticamente significativa tra l'adesione all'IASS e queste variabili⁵³.

Ciò indica che le differenze osservate nella distribuzione dell'IASS tra i diversi gruppi di genere, fasce d'età, livelli di istruzione, reddito, città e status occupazionale potrebbero essere attribuite al caso, piuttosto che a un'associazione sistematica. Questi risultati suggeriscono che fattori sociodemografici, almeno all'interno del campione analizzato, non sembrano influenzare in modo rilevante l'adesione a un modello alimentare salutare e sostenibile. Tuttavia, dalle analisi dei dati emerge una chiara relazione tra un migliore stato di salute e un'adesione più elevata all'IASS (Tabella 31). Gli individui con stato di salute "eccellente" presentano la percentuale più alta (39,8%) di adesione eccellente all'IASS, mentre coloro con stato di salute "scadente/discreto" mostrano una maggiore incidenza (30,7%) nella categoria di bassa adesione. Questo andamento suggerisce un legame positivo tra pratiche alimentari sostenibili e una migliore condizione di salute. Osservando le distribuzioni nei gruppi intermedi, si nota che gli individui con stato di salute "buono" e "molto buono" tendono a distribuirsi equamente tra le categorie di adesione parziale e buona, senza concentrazioni marcate negli estremi. In particolare, nel gruppo "molto buono", la distribuzione è relativamente equilibrata tra parziale adesione (27,8%), buona adesione (22,8%) ed eccellente adesione (27,8%), suggerendo una progressione graduale nella relazione tra qualità

⁵³ Appendice A dalla Tabella A9 alla Tabella A16.

dell'alimentazione sostenibile e stato di salute. L'analisi statistica mediante il test del Chi-quadrato (Tabella 32) ha confermato la significatività della relazione tra stato di salute e adesione all'IASS ($p\text{-value} < 0.05$), indicando che le differenze osservate nella tabella non sono attribuibili al caso. Questo risultato supporta l'ipotesi che uno stile alimentare più sostenibile possa essere associato a un miglior stato di salute, rafforzando l'importanza di politiche nutrizionali volte a promuovere scelte alimentari più consapevoli e sostenibili.

Tabella 31. Distribuzione dell'adesione alle categorie dell'IASS in base allo stato di salute

% entro salutarecod		Percentile Group of IASS				Totale
		bassa adesione	parziale adesione	buona adesione	eccellente adesione	
salutarecod	scadente/discreto	30,7%	21,3%	17,3%	30,7%	100,0%
	Buono	31,6%	24,8%	23,2%	20,4%	100,0%
	molto buono	21,7%	27,8%	22,8%	27,8%	100,0%
	Eccellente	15,3%	24,5%	20,4%	39,8%	100,0%
Totale		25,7%	25,5%	21,9%	26,9%	100,0%

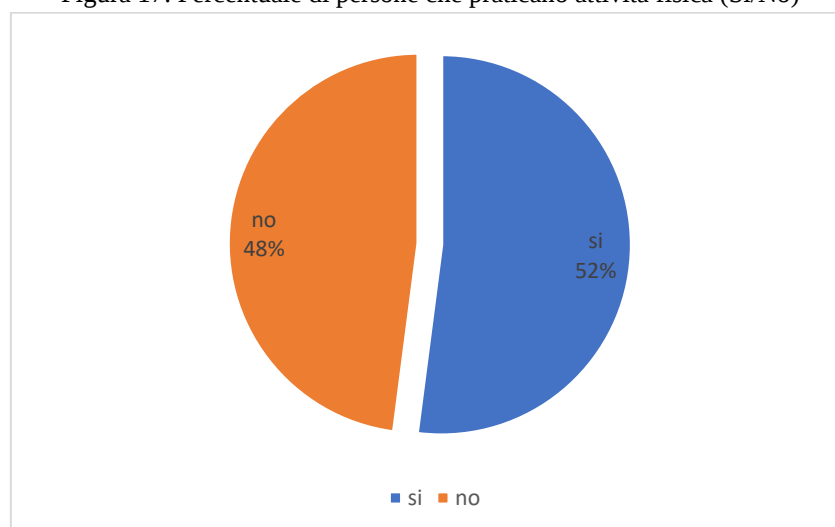
Tabella 32. Chi-quadrato stato di salute e adesione alle categorie dell'IASS

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	27,408 ^a	9	,001
Rapporto di verosimiglianza	27,637	9	,001
Associazione lineare-lineare	10,273	1	,001
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 21,48.			

3.1.5 L'Attività Fisica come fattore sociale e strutturale negli stili di vita salutari

L'analisi del campione di 926 individui evidenzia una suddivisione relativamente equilibrata tra coloro che praticano attività fisica (52,0%) e chi non la svolge (48,0%), con una lieve prevalenza del primo gruppo (Figura 17). Tuttavia, emergono differenze significative in base a variabili sociodemografiche quali genere, fasce di reddito e area di residenza. Queste disparità suggeriscono che la partecipazione all'attività fisica non sia un fenomeno uniforme, ma piuttosto influenzato da fattori strutturali e culturali che modellano le abitudini individuali.

Figura 17. Percentuale di persone che praticano attività fisica (Sì/No)



La relazione tra genere e pratica dell'attività fisica evidenzia una differenza significativa nei comportamenti tra uomini e donne (Tabella 33). Mentre il 56,5% degli uomini dichiara di praticare regolarmente attività fisica, la percentuale scende al 48,7% tra le donne, indicando una minore adesione femminile all'attività fisica e sportiva. Di conseguenza, il numero di donne che dichiarano di non svolgere attività fisica (51,3%) supera quello degli uomini (43,5%), delineando una distribuzione sbilanciata tra i due gruppi.

Tabella 33. Chi-quadrato genere per attività fisica

% entro Genere		Attività fisica/sportiva		Totale
		Si	No	
Genere	Uomo	56,5%	43,5%	100,0%
	Donna	48,7%	51,3%	100,0%
Totale		52,1%	47,9%	100,0%

Anche se il genere ha un impatto statisticamente significativo sull'attività fisica, la forza di questa associazione è debole (Tabella 34). Questo significa che, sebbene possano esistere delle differenze tra uomini e donne nella pratica dell'attività fisica, il genere da solo non è un fattore determinante.

Tabella 34. Chi-quadrato genere per attività fisica

	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-quadrato di Pearson	5,550 ^a	1	,018		
Correzione di continuità ^b	5,242	1	,022		
Rapporto di verosimiglianza	5,560	1	,018		
Test esatto di Fisher				,020	,011
Associazione lineare-lineare	5,544	1	,019		
N. di casi validi	926				
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 192,75.					
b. Calcolato solo per una tabella 2x2					

Oltre

Misure simmetriche			
		Valore	Sig. appross.
Nominale per nominale	Phi	,077	,018
	V di Cramer	,077	,018
N. di casi validi		926	

agli aspetti culturali, esistono

fattori strutturali che contribuiscono a mantenere il divario di genere nella pratica sportiva. La Tabella 35 mostra la distribuzione della pratica dell'attività fisica tra i residenti di Napoli, Roma e Milano, evidenziando differenze significative tra le città. Napoli registra la percentuale più bassa di individui che praticano attività fisica (42,2%), mentre il 57,8% dichiara di non svolgerne. Questo dato indica una prevalenza della sedentarietà tra i residenti e una minore adesione alla pratica sportiva rispetto alle altre città analizzate.

Roma presenta una distribuzione più equilibrata, con il 54,8% di cittadini attivi e il 45,2% di inattivi. Sebbene la quota di persone che praticano sport sia superiore a quella di Napoli, rimane comunque inferiore rispetto a Milano. Milano registra il valore più elevato di persone attive, con il 59,1% degli intervistati che dichiara di praticare attività fisica, contro il 40,9% che non la svolge. Questo dato

suggerisce una maggiore diffusione della cultura del benessere e dello sport nella popolazione milanese rispetto alle altre due città.

L'analisi del chi-quadrato (Tabella 36) conferma la presenza di una differenza statisticamente significativa nella distribuzione della pratica sportiva tra le tre città ($\chi^2 = 19,03$; p-value < ,001), supportando l'ipotesi che il luogo di residenza influenzi la propensione alla pratica dell'attività fisica.

Tabella 35. Città per attività fisica

% entro Luogo_citta				
		attivitàfisicasportiva		Totale
		si	No	
Luogo_citta	napoli	42,2%	57,8%	100,0%
	roma	54,8%	45,2%	100,0%
	milano	59,1%	40,9%	100,0%
Totale		52,1%	47,9%	100,0%

Tabella 36. Città per attività fisica

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	19,038 ^a	2	,000
Rapporto di verosimiglianza	19,098	2	,000
Associazione lineare-lineare	17,569	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 147,68.			

La Tabella 37⁵⁴ illustra la relazione tra le fasce di reddito e la partecipazione all'attività fisica, evidenziando le differenze comportamentali rispetto alla pratica di esercizio fisico tra i diversi gruppi socioeconomici. In particolare, nella fascia di reddito bassa, il 40,0% degli individui dichiara di praticare attività fisica, mentre il 60,0% risulta inattivo. Questo dato indica una marcata prevalenza della sedentarietà tra le persone con minori risorse economiche, suggerendo che il basso reddito rappresenta una barriera significativa alla pratica sportiva. Nella fascia di reddito media, la quota di individui attivi sale al 52,6%, mostrando una distribuzione più equilibrata tra attivi e inattivi. Tale valore si mantiene stabile nella fascia medio-alta (50,9% di attivi e 49,1% di inattivi), per poi aumentare sensibilmente nella fascia di reddito alta, dove il 64,0% degli individui pratica attività fisica, mentre solo il 36,0% risulta inattivo.

Tabella 37. Fascia di reddito per attività fisica

% entro fasceredditoqual				
		attivitàfisicasportiva		Totale
		Si	no	
Fasceredditoqual	fascia di reddito bassa	40,0%	60,0%	100,0%

⁵⁴ In questa analisi sono stati trattati come valori mancanti sia la risposta "preferisco non rispondere" sia la condizione "nessuno percepisce reddito". Il primo caso è stato escluso in quanto rappresenta una scelta di non esprimersi, che non fornisce informazioni utili all'analisi delle variabili in esame. Per quanto riguarda i soggetti che non percepiscono alcun reddito, essi costituiscono una piccola parte del campione totale (2,2%) e mostrano una bassa partecipazione all'attività fisica (2,5%). Di questi, solo l'1,8% risulta non praticante, suggerendo che l'assenza di reddito influisce sulla possibilità di impegnarsi in attività sportive, pur rappresentando una frazione limitata del campione complessivo.

	fascia di reddito media	52,6%	47,4%	100,0%
	fascia di reddito medio alta	50,9%	49,1%	100,0%
	fascia di reddito alta	64,0%	36,0%	100,0%
Totale		53,1%	46,9%	100,0%

L'analisi della relazione tra fascia di reddito e pratica dell'attività fisica nel campione esaminato ha rivelato una significativa correlazione tra queste due variabili, confermando come all'aumentare del reddito aumenti la probabilità di praticare attività fisica (Tabella 38). Questa tendenza conferma quanto emerso dalla letteratura, secondo cui il reddito gioca un ruolo fondamentale nell'accesso alle risorse per il benessere fisico, sia in termini di accesso alle strutture sportive che di tempo libero disponibile (Pampel, 2010). Individui con redditi più alti, infatti, dispongono generalmente di maggiori opportunità per dedicarsi ad attività fisiche, grazie a una maggiore disponibilità economica per iscriversi a palestre o partecipare a programmi di fitness, e a una maggiore flessibilità nella gestione del tempo (Bauman *et al.*, 2012).

Tabella 38. Chi-quadrato Fascia di reddito per attività fisica

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	18,300 ^a	3	,000
Rapporto di verosimiglianza	18,469	3	,000
Associazione lineare-lineare	14,822	1	,000
N. di casi validi	782		

Successivamente sono state esplorate le relazioni tra la vicinanza a un centro fitness e la pratica dell'attività sportiva nei tre contesti urbani analizzando la relazione tra le tre variabili (vicinanza centro fitness, parco pubblico e attività fisica) separatamente per ciascuna città.

Per il primo, la domanda chiave è: *La vicinanza a un centro fitness aumenta la probabilità di praticare attività fisica? Questo effetto è uguale o varia tra le diverse città?*

La Tabella 39 evidenzia differenze significative nella relazione tra vicinanza a un centro fitness e pratica dell'attività fisica nei contesti urbani di Napoli, Roma e Milano. A livello complessivo, il 55,2% di chi vive vicino a un centro fitness pratica attività fisica, rispetto al 45,2% di chi vive più lontano, indicando una tendenza generale che associa la disponibilità di infrastrutture sportive con una maggiore partecipazione all'attività fisica. Tuttavia, questa relazione assume configurazioni diverse nei tre contesti urbani analizzati.

A Napoli, il 42,2% della popolazione totale pratica attività fisica, ma chi vive vicino a una palestra mostra una percentuale più alta di attività fisica (46,9%) rispetto a chi non ha un centro fitness nelle vicinanze (33,9%). Questo indica che la disponibilità di strutture sportive potrebbe avere un ruolo incentivante in una città dove la pratica sportiva è generalmente più bassa rispetto ad altri contesti urbani.

A Roma, il 54,8% della popolazione dichiara di praticare attività fisica, e il divario tra chi vive vicino a una palestra (56,5% di attivi) e chi ne è più distante (50,0% di attivi) è meno marcato rispetto a Napoli.

A Milano, la pratica sportiva raggiunge il livello più alto tra le tre città (59,1% della popolazione totale). Anche qui, chi vive vicino a una palestra pratica sport più frequentemente (61,7%) rispetto a chi vive lontano (53,9%), ma la differenza è meno marcata rispetto a Napoli. Questo suggerisce che,

in un contesto in cui la cultura dello sport e del benessere è più radicata, la presenza di una palestra vicino potrebbe non essere un fattore determinante quanto in altre realtà urbane.

Nel complesso, la Tabella 39 mostra che la vicinanza a un centro fitness è generalmente associata a una maggiore probabilità di praticare attività fisica, ma questo effetto è più forte nei contesti in cui la pratica sportiva è meno diffusa, come Napoli. Al contrario, a Roma e Milano, dove i livelli di attività fisica sono più elevati, il ruolo della palestra come fattore incentivante sembra meno determinante.

Tabella 39. Distribuzione della pratica dell'attività fisica in base alla vicinanza a un centro fitness per città

Luogo_città			attivitàfisicasportiva		Totale
			si	No	
napoli	vicinanzasercizi_centrofitn ess	si	46,9%	53,1%	100,0%
		no	33,9%	66,1%	100,0%
	Totale		42,2%	57,8%	100,0%
Roma	vicinanzasercizi_centrofitn ess	si	56,5%	43,5%	100,0%
		no	50,0%	50,0%	100,0%
	Totale		54,8%	45,2%	100,0%
milano	vicinanzasercizi_centrofitn ess	si	61,7%	38,3%	100,0%
		no	53,9%	46,1%	100,0%
	Totale		59,1%	40,9%	100,0%
Totale	vicinanzasercizi_centrofitn ess	si	55,2%	44,8%	100,0%
		no	45,2%	54,8%	100,0%
	Totale		52,1%	47,9%	100,0%

L'analisi del Chi-quadrato (Tabella 40) mostra che la vicinanza a un centro fitness aumenta la probabilità di praticare attività fisica, ma con differenze significative tra le città. A livello complessivo, il test è significativo ($p\text{-value} < 0,05$), indicando che chi vive vicino a una palestra ha maggiori probabilità di essere attivo fisicamente rispetto a chi vive più lontano. Tuttavia, questo effetto non è uniforme tra i contesti urbani. A Napoli, il Chi-quadrato è significativo, suggerendo che la vicinanza a un centro fitness ha un impatto rilevante sulla pratica sportiva. Questo indica che, in un contesto con livelli più bassi di attività fisica, la disponibilità di infrastrutture può rappresentare un incentivo importante. A Roma e Milano, invece, il test non è significativo, suggerendo che la vicinanza a una palestra non è un fattore determinante per la pratica sportiva. Ciò potrebbe dipendere dalla maggiore disponibilità di spazi pubblici alternativi, da una cultura del benessere più diffusa o da una minore dipendenza dalle strutture private per svolgere attività fisica. In sintesi, la vicinanza a un centro fitness favorisce la pratica sportiva, ma il suo impatto varia a seconda del contesto urbano: è più forte in città dove lo sport è meno diffuso e meno rilevante in contesti con un'offerta più diversificata di opportunità per l'attività fisica.

Tabella 40. Test del Chi-quadrato per la relazione tra vicinanza a un centro fitness e pratica dell'attività fisica per città

Luogo_città		Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
napoli	Chi-quadrato di Pearson	4,946 ^c	1	,026		
	Correzione di continuità ^b	4,427	1	,035		
	Rapporto di verosimiglianza	5,003	1	,025		
	Test esatto di Fisher				,031	,017
	Associazione lineare-lineare	4,930	1	,026		
	N. di casi validi	308				
Roma	Chi-quadrato di Pearson	,985 ^d	1	,321		
	Correzione di continuità ^b	,742	1	,389		

milano	Rapporto di verosimiglianza	,982	1	,322		
	Test esatto di Fisher				,358	,194
	Associazione lineare-lineare	,982	1	,322		
	N. di casi validi	310				
	Chi-quadrato di Pearson	1,686 ^e	1	,194		
	Correzione di continuità ^b	1,381	1	,240		
	Rapporto di verosimiglianza	1,677	1	,195		
	Test esatto di Fisher				,219	,120
	Associazione lineare-lineare	1,680	1	,195		
	N. di casi validi	308				
Totale	Chi-quadrato di Pearson	8,010 ^a	1	,005		
	Correzione di continuità ^b	7,614	1	,006		
	Rapporto di verosimiglianza	8,012	1	,005		
	Test esatto di Fisher				,006	,003
	Associazione lineare-lineare	8,001	1	,005		
	N. di casi validi	926				

Se la vicinanza a un centro fitness si è dimostrata un fattore che può incentivare la pratica dell'attività fisica, il ruolo delle aree verdi rappresenta un ulteriore elemento da considerare. Diversi studi hanno evidenziato come la disponibilità di spazi pubblici all'aperto possa facilitare l'adozione di uno stile di vita attivo, soprattutto in contesti urbani caratterizzati da un'elevata densità abitativa e dalla scarsità di impianti sportivi privati (Hunter *et al.*, 2015; Akpinar, 2016; Hillsdon *et al.*, 2006; Schipperijn *et al.*, 2013; Pyky *et al.*, 2019; Bácsné-Bába *et al.*, 2021). Tuttavia, anche in questo caso, è fondamentale verificare se l'effetto della vicinanza a un parco sia uniforme o se varia tra le diverse città, in base alla cultura dello sport e alla pianificazione urbana.

Alla luce di queste considerazioni, la domanda di ricerca a cui si intende rispondere è la seguente: La vicinanza a un parco o a un'area verde favorisce la pratica dell'attività fisica? Questo effetto è omogeneo o varia tra le diverse città analizzate?

Dalla Tabella 41 si evidenzia come la vicinanza a un parco pubblico sia associata a una maggiore probabilità di praticare attività fisica, sebbene con variazioni significative tra le città.

A livello complessivo, il 56,7% di chi vive vicino a un'area verde dichiara di praticare sport, mentre tra chi non ha accesso diretto a un parco la percentuale scende al 40,7%. Questo divario di oltre 16 punti percentuali suggerisce che la presenza di spazi verdi può favorire uno stile di vita più attivo, offrendo opportunità gratuite per l'attività fisica all'aperto.

Tuttavia, l'effetto della vicinanza ai parchi non è uniforme nei diversi contesti urbani. A Napoli, si osserva una differenza marcata tra chi ha accesso a un'area verde (49,0% di attivi) e chi non ne ha (36,4% di attivi), suggerendo che la disponibilità di spazi pubblici possa essere un fattore determinante per chi non ha accesso a palestre o altre infrastrutture sportive. A Roma, il divario è simile (57,7% contro 45,1%), ma con una base generale di praticanti più alta, il che potrebbe indicare che la presenza di parchi rafforza un'abitudine già diffusa nella popolazione. A Milano, invece, la differenza tra i due gruppi è minore (59,9% contro 52,9%), confermando che la pratica sportiva è più radicata indipendentemente dalla vicinanza a un parco.

Tabella n.41. Distribuzione della pratica dell'attività fisica in base alla vicinanza a un parco pubblico per città

% entro vicinanzaservizi_parcopubblico					
Luogo_citta			attivita fisica sportiva		Totale
			si	no	
napoli	vicinanzaservizi_parcopub blico	si	49,0%	51,0%	100,0%
		no	36,4%	63,6%	100,0%
	Totale		42,2%	57,8%	100,0%
roma	vicinanzaservizi_parcopub blico	si	57,7%	42,3%	100,0%
		no	45,1%	54,9%	100,0%
	Totale		54,8%	45,2%	100,0%
milano	vicinanzaservizi_parcopub blico	si	59,9%	40,1%	100,0%
		no	52,9%	47,1%	100,0%
	Totale		59,1%	40,9%	100,0%
Totale	vicinanzaservizi_parcopub blico	si	56,7%	43,3%	100,0%
		no	40,7%	59,3%	100,0%
	Totale		52,1%	47,9%	100,0%

In Tabella 42, il Chi-quadrato conferma che la vicinanza a un parco pubblico è associata a una maggiore probabilità di praticare attività fisica. Infatti, a livello complessivo, il test è altamente significativo ($\chi^2 = 19,538$; p-value= 0,000), indicando che chi vive vicino a un'area verde ha più probabilità di svolgere attività sportiva rispetto a chi non ne ha accesso diretto. Tuttavia, l'effetto della vicinanza ai parchi non è uniforme nei diversi contesti urbani, suggerendo delle differenze tra i rispondenti delle 3 tra le città.

A Napoli, il test del Chi-quadrato risulta significativo (p-value = 0,026), confermando che la disponibilità di un parco nelle vicinanze aumenta la probabilità di praticare attività fisica. Questo dato suggerisce che, in un contesto in cui la pratica sportiva è meno diffusa, l'accessibilità a spazi verdi può rappresentare un incentivo concreto per chi altrimenti avrebbe meno opportunità di svolgere esercizio fisico. A Roma e a Milano, invece, la relazione tra vicinanza a un parco e pratica sportiva non è statisticamente significativa (p-value= 0,060 e p=0,439). Questo, come anticipato, potrebbe dipendere dalla maggiore presenza di altre opportunità di attività fisica.

A Napoli, i dati evidenziano come la vicinanza a tali strutture non sia solo un elemento facilitante, ma un vero e proprio fattore determinante nel promuovere comportamenti attivi e incentivare la pratica di attività fisica e sportiva. Il dato riflette quanto emerso in letteratura, dove diversi studi hanno sottolineato il ruolo delle infrastrutture urbane nella promozione di stili di vita salutari (Sallis *et al.*, 2016). In particolare, la presenza di spazi dedicati all'attività fisica, sia pubblici che privati, è spesso associata a un incremento significativo della pratica sportiva, specialmente in contesti urbani dove l'accesso a tali strutture può essere limitato (Davies, 2012). Dal punto di vista sociologico, i risultati per Napoli rispecchiano una realtà urbana in cui la disponibilità di infrastrutture sportive risulta cruciale per sopperire a una morfologia cittadina che, in molti casi, potrebbe non favorire la pratica spontanea di attività fisica, soprattutto nelle aree più densamente popolate. In città con simili caratteristiche, la vicinanza ai centri fitness e ai parchi pubblici diventa essenziale per superare le barriere ambientali e socioeconomiche che possono limitare l'accesso a opportunità sportive. Secondo i dati ISTAT (2021), la percentuale di cittadini italiani che praticano attività sportiva in modo continuativo o saltuario si aggira intorno al 34,3%, con notevoli differenze tra le regioni e le aree urbane. In questo contesto, città come Napoli, dove l'accesso a spazi pubblici e infrastrutture private può essere disomogeneo, traggono particolare beneficio dalla presenza di spazi accessibili, come i parchi pubblici, che contribuiscono a ridurre le disuguaglianze nella pratica sportiva. La vicinanza a centri fitness e spazi pubblici diventa quindi un elemento chiave nella promozione della

salute e nella prevenzione di malattie legate alla sedentarietà, specialmente in contesti in cui l'accesso a risorse sportive non è uniformemente distribuito.

A Roma, i risultati sono meno netti. Per i centri fitness, il p-value di 0,321 e il Chi-quadrato di Pearson (0,985) indicano che non esiste una relazione significativa tra la vicinanza ai centri fitness e la pratica sportiva. Questo suggerisce che, in una città come Roma, l'accesso ai centri fitness non è un fattore determinante per la promozione dell'attività fisica. È probabile che i cittadini di Roma abbiano a disposizione una varietà di spazi sportivi alternativi, sia pubblici che privati, che rendono la vicinanza a un centro fitness meno rilevante. Per quanto riguarda i parchi pubblici, la situazione è leggermente diversa. Con un p-value di 0,060, anche se non strettamente significativo al livello del 95%, i dati suggeriscono una tendenza per cui la vicinanza ai parchi pubblici potrebbe influenzare positivamente la pratica sportiva. Questa quasi-significatività suggerisce che i parchi pubblici potrebbero comunque svolgere un ruolo importante, seppur non determinante, nell'incoraggiare comportamenti attivi tra i cittadini di Roma. Probabilmente la struttura urbana di Roma offre ai suoi abitanti numerose opportunità per l'attività fisica, che non si limitano alla vicinanza a infrastrutture specifiche come i centri fitness. La cultura sportiva e la disponibilità di spazi aperti e aree verdi pubbliche sembrano influenzare maggiormente i comportamenti attivi rispetto alla semplice vicinanza fisica alle strutture sportive.

A Milano, i dati non mostrano relazioni significative né per i centri fitness (p-value di 0,194) né per i parchi pubblici (p-value di 0,439). Infatti, il Chi-quadrato di Pearson suggerisce che la vicinanza a queste infrastrutture non influisce in modo significativo sulla pratica sportiva. Tuttavia, è importante notare che una percentuale significativa di individui, come il 61,7% di chi pratica attività fisica, vive comunque vicino ai centri fitness, e il 59,9% è vicino ai parchi pubblici. Milano è nota per la sua ricca infrastruttura sportiva, sia pubblica che privata, e per la promozione attiva di stili di vita sani (Sallis *et al.*, 2016). L'ampia offerta di opportunità per praticare attività fisica e sport potrebbe spiegare perché anche chi vive lontano dai centri fitness ha un'alta probabilità di praticare attività fisica.

Analizzando i dati complessivi delle tre città, i risultati mostrano un'alta significatività statistica per la relazione tra la vicinanza ai centri fitness (p-value di 0,005) e ai parchi pubblici (p-value di 0,000) e la pratica sportiva. Questi risultati indicano che, nel contesto urbano, la disponibilità di infrastrutture dedicate all'attività fisica esercita un'influenza significativa sui comportamenti legati alla salute (Sallis *et al.*, 2016). Tuttavia, la variabilità dei p-value tra le diverse città suggerisce che l'impatto di tali infrastrutture varia considerevolmente in base alla struttura urbana e alle dinamiche locali, un tema ampiamente esplorato nella letteratura sull'urbanizzazione e salute pubblica (Davies, 2012; Frumkin, 2003). A livello aggregato, la vicinanza sia ai centri fitness che ai parchi pubblici appare cruciale per promuovere l'attività fisica, ma è evidente come ogni città presenti delle specificità. Napoli, ad esempio, sembra dipendere maggiormente dalle infrastrutture fisiche, come parchi pubblici e centri fitness, per incentivare comportamenti attivi, confermando l'importanza delle infrastrutture. Al contrario, in città come Roma e Milano, dove la cultura sportiva è più radicata e le opportunità di praticare sport sono più variegate, l'effetto della vicinanza a tali infrastrutture risulta meno evidente, con i cittadini che utilizzano una gamma più ampia di risorse, inclusi spazi pubblici.

Tabella 42. Test del Chi-quadrato per la relazione tra vicinanza a un parco pubblico e pratica dell'attività fisica per città

Chi-quadrato						
Luogo_città		Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Napoli	Chi-quadrato di Pearson	4,976 ^c	1	,026		
	Correzione di continuità ^b	4,473	1	,034		

	Rapporto di verosimiglianza	4,981	1	,026		
	Test esatto di Fisher				,028	,017
	Associazione lineare-lineare	4,960	1	,026		
	N. di casi validi	308				
Roma	Chi-quadrato di Pearson	3,548 ^d	1	,060		
	Correzione di continuità ^b	3,055	1	,080		
	Rapporto di verosimiglianza	3,535	1	,060		
	Test esatto di Fisher				,077	,040
	Associazione lineare-lineare	3,537	1	,060		
	N. di casi validi	310				
Milano	Chi-quadrato di Pearson	,598 ^e	1	,439		
	Correzione di continuità ^b	,346	1	,556		
	Rapporto di verosimiglianza	,591	1	,442		
	Test esatto di Fisher				,464	,276
	Associazione lineare-lineare	,596	1	,440		
	N. di casi validi	308				
Totale	Chi-quadrato di Pearson	19,538 ^a	1	,000		
	Correzione di continuità ^b	18,903	1	,000		
	Rapporto di verosimiglianza	19,594	1	,000		
	Test esatto di Fisher				,000	,000
	Associazione lineare-lineare	19,517	1	,000		
	N. di casi validi	926				

Successivamente, l'analisi della relazione tra pratica dell'attività fisica e stato di salute percepito permette di comprendere se chi svolge esercizio regolarmente si consideri effettivamente in condizioni di salute migliori rispetto a chi conduce uno stile di vita sedentario. In particolare, è fondamentale verificare se questa associazione sia statisticamente significativa e se esistano differenze sostanziali tra i gruppi di praticanti e non praticanti.

Alla luce di queste considerazioni, l'analisi che segue si propone di rispondere al quesito se esiste un'associazione tra la pratica dell'attività fisica e la percezione del proprio stato di salute. Ovvero chi svolge attività fisica ha una percezione del proprio benessere migliore rispetto a chi non la pratica?

La Tabella 43 mostra che chi svolge attività fisica regolarmente tende a valutare il proprio stato di salute in modo più positivo rispetto a chi non pratica sport, confermando l'ipotesi secondo cui l'attività fisica non solo migliora la condizione fisica oggettiva, ma influisce anche sulla percezione soggettiva del benessere. Infatti, tra coloro che praticano attività fisica, il 45,4% valuta il proprio stato di salute come "molto buono", rispetto al 35,8% di chi non pratica sport. Il 13,7% si percepisce in uno stato di salute "eccellente, quasi il doppio rispetto al 7,2% dei non praticanti. D'altro canto, tra coloro che non svolgono attività fisica si osserva una maggiore concentrazione nelle categorie di salute percepita più basse: il 17,8% valuta il proprio stato di salute come "scadente/discreto", rispetto al 10,0% dei praticanti e solo il 7,2% dei non praticanti dichiara di avere una salute "eccellente", contro il 13,7% di chi pratica sport.

Tabella n. 43 Attività fisica per stato di salute

% entro attivita fisica sportiva						
		salute recod				Totale
		scadente/discreto	buono	molto buono	eccellente	
attivita fisica sportiva	Si	10,0%	30,9%	45,4%	13,7%	100,0%
	No	17,8%	39,2%	35,8%	7,2%	100,0%
Totale		13,7%	34,9%	40,8%	10,6%	100,0%

Successivamente è stato effettuato il chi-quadrato per esaminare l'associazione tra la pratica dell'attività fisica e lo stato di salute percepito. I risultati evidenziano un $p\text{-value} < 0,000$ indicando una relazione statisticamente significativa tra l'attività fisica e lo stato di salute degli individui (Tabella 44).

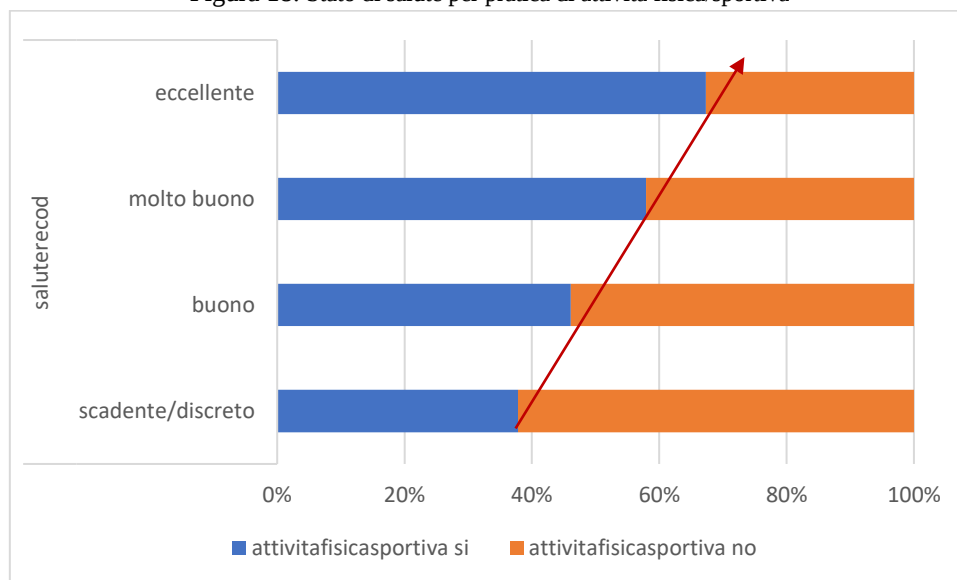
Questo risultato suggerisce che la pratica regolare di attività fisica è associata a una migliore percezione del proprio benessere fisico, confermando quanto riportato dalla letteratura scientifica sul tema (WHO, 2010; Khan *et al.*, 2012; Machemehl e Sirost, 2011; White *et al.*, 2009; Paluska e Schwenk, 2000; Landers e Arent, 2007; Bouchard *et al.*, 2012; Powell *et al.*, 2011; Anokye *et al.*, 2012; Hallal *et al.*, 2006; Blair e Morris, 2009).

Tabella 44. Chi-quadrato Attività fisica per stato di salute

Chi-quadrato			
	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	29,312 ^a	3	,000
Rapporto di verosimiglianza	29,630	3	,000
Associazione lineare-lineare	29,060	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 46,99.			

Tale associazione risulta ulteriormente rafforzata dall'andamento mostrato dalla Figura 18 che permette di visualizzare in modo più chiaro la distribuzione della percezione dello stato di salute in relazione ai livelli di attività fisica.

Figura 18. Stato di salute per pratica di attività fisica/sportiva



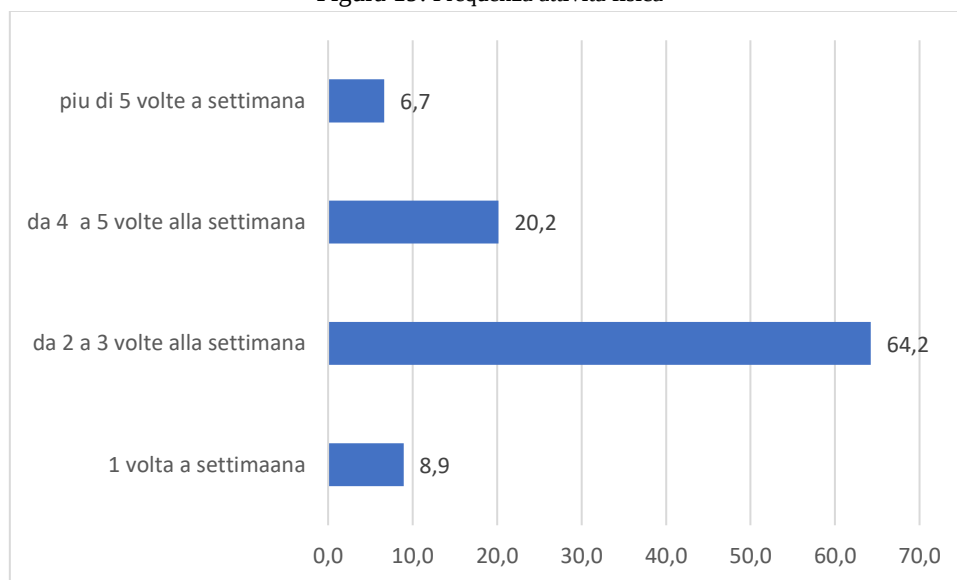
Come illustrato dalla Figura 19, la maggior parte del campione dichiara di praticare attività fisica con una frequenza regolare, suggerendo una diffusa consapevolezza dell'importanza dell'esercizio fisico per il benessere.

La quota più consistente del campione, il 64,24%, dichiara di praticare con una frequenza di 2-3 volte la settimana. Un ulteriore 20,17% del campione pratica attività fisica da 4 a 5 volte alla settimana,

suggerendo un livello di esercizio fisico più intenso e frequente che può essere associato a uno stile di vita particolarmente attento alla salute fisica e a obiettivi specifici di fitness. L'8,94% dei rispondenti riferisce di praticare attività fisica 1 volta alla settimana, che può essere considerata una frequenza inferiore rispetto alle raccomandazioni generali per una vita attiva, ma comunque indicativa di un certo livello di consapevolezza sulla necessità di movimento.

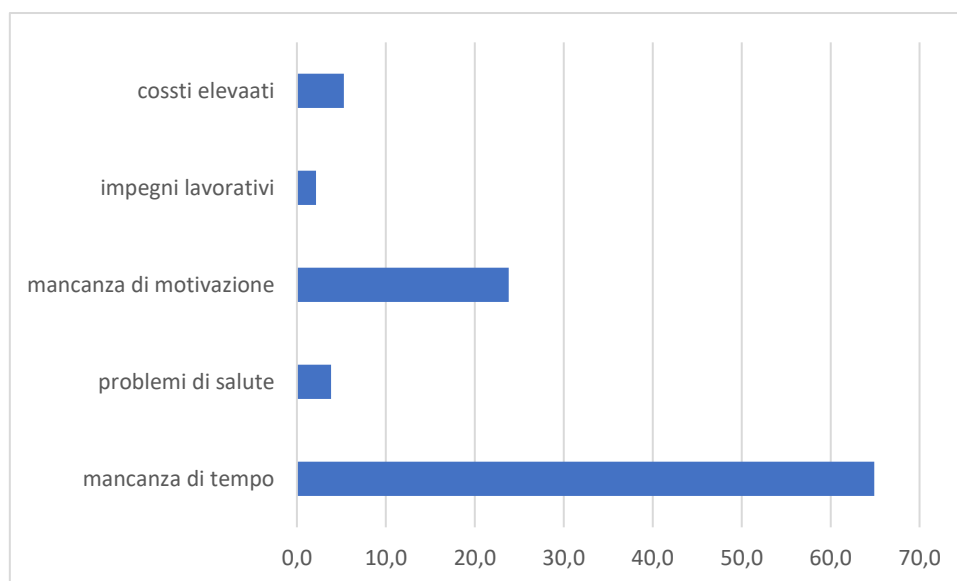
Nel complesso si evince un buon livello di partecipazione all'attività fisica, con la maggior parte delle persone che adotta una routine che può essere considerata salutare.

Figura 19. Frequenza attività fisica



Successivamente, è stata analizzata la distribuzione dei principali motivi che determinano la mancata pratica dell'attività fisica all'interno del campione (Figura 20). Questo approfondimento consente di identificare i fattori predominanti che ostacolano l'adozione di uno stile di vita attivo, fornendo elementi utili per comprendere le barriere individuali, sociali e strutturali che limitano la partecipazione all'attività fisica. La mancanza di tempo risulta essere il principale ostacolo, indicato dal 64,9% degli intervistati. Questo dato suggerisce che gli impegni personali e professionali impediscono alla maggioranza di coloro che non si dedicano all'esercizio fisico di trovare lo spazio necessario per farlo. È un aspetto che riflette una realtà sociale in cui il tempo libero è spesso ridotto e sottoposto a pressioni esterne. Un altro fattore significativo è la mancanza di motivazione, segnalata dal 23,8% degli intervistati. Questo dato evidenzia come, oltre ai vincoli di tempo, esista anche una componente psicologica e motivazionale che influisce sulla decisione di non fare attività fisica. La motivazione personale è spesso influenzata da fattori come il supporto sociale, le abitudini culturali e la percezione dei benefici dell'esercizio. I problemi di salute sono menzionati solo dal 3,8%, segnalando che per una minoranza, le condizioni fisiche limitanti sono un ostacolo importante. Sebbene questa percentuale sia relativamente piccola rispetto agli altri motivi, essa rappresenta comunque una barriera reale per alcuni individui. Infine, una piccola percentuale del campione attribuisce la mancata partecipazione all'attività fisica a impegni lavorativi (5,3%) e costi elevati (2,2%).

Figura 20. Motivi della mancata pratica dell'attività fisica nel campione totale



3.1.6 I valori della popolazione di riferimento

In questo paragrafo, l'analisi dei valori del campione viene condotta in modo autonomo per delineare la distribuzione e la strutturazione delle preferenze valoriali all'interno della popolazione studiata. Questo passaggio è fondamentale per caratterizzare il profilo valoriale dei partecipanti e identificare eventuali pattern distintivi, fornendo una base descrittiva utile per le successive analisi.

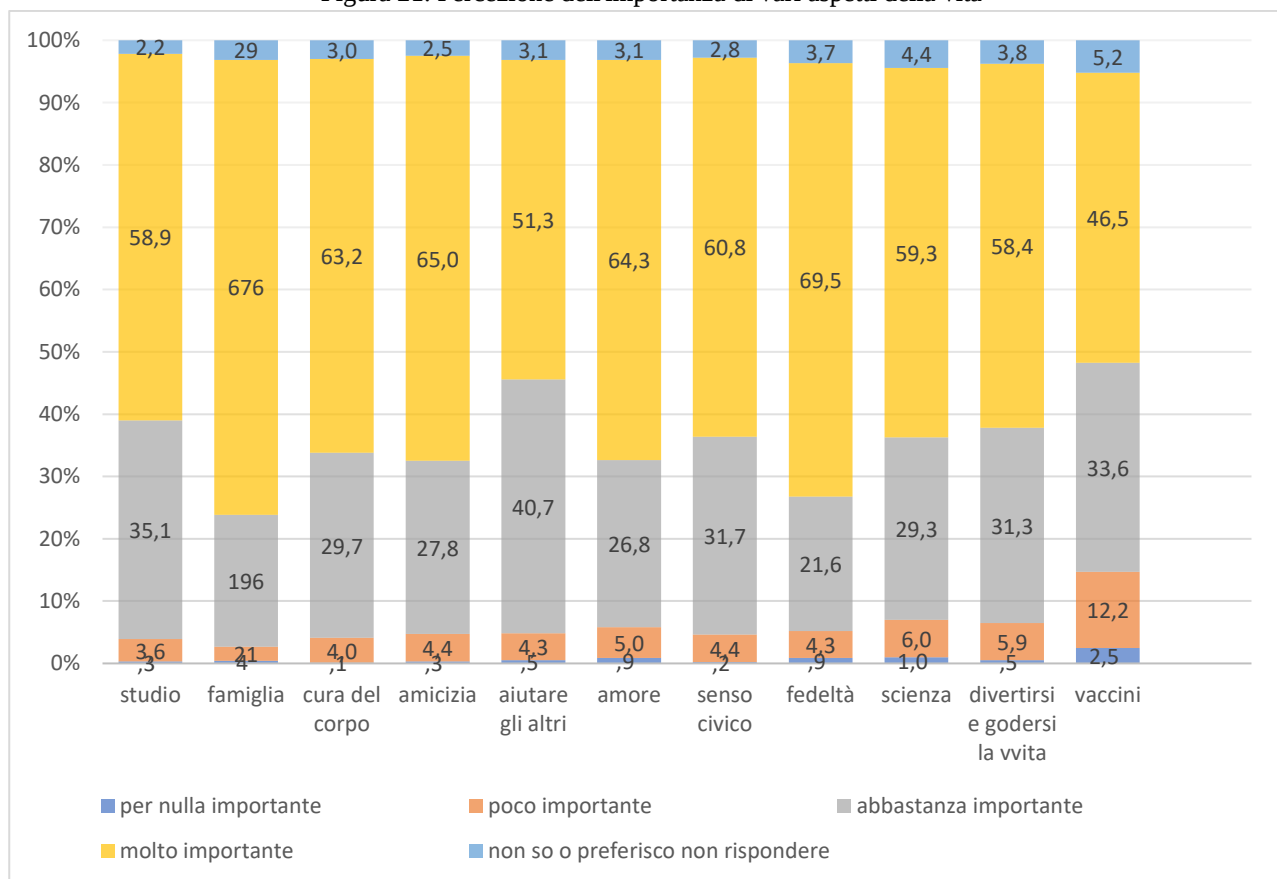
Inoltre, l'esame preliminare dei valori consente di osservare eventuali differenze tra gruppi sociali o sottocategorie del campione, facilitando una lettura più approfondita delle dinamiche valoriali.

Come anticipato, successivamente, tali dati verranno utilizzati nell'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM).

L'analisi dei dati sulle dimensioni di interesse personale e sociale dei partecipanti delle tre città metropolitane rivela diverse tendenze interessanti. In generale, emerge un forte orientamento verso le dimensioni relazionali e sociali, con la famiglia che si conferma come una dimensione importante per la maggior parte degli intervistati (Figura 21): il 67,6% la considera molto importante, mentre solo una piccola percentuale la percepisce come poco o per nulla importante. Anche l'amicizia e l'amore si collocano tra le dimensioni maggiormente apprezzate, con rispettivamente il 65% e il 64,3% dei partecipanti che li considera molto importanti. Questi risultati riflettono una visione tradizionale e fortemente radicata dei legami affettivi e delle relazioni interpersonali, considerati elementi centrali per il benessere personale e sociale. Accanto alla dimensione relazionali, emerge anche una forte valorizzazione di aspetti legati al contributo sociale, come l'aiutare gli altri e il senso civico, considerati molto importanti rispettivamente dal 64,3% e dal 60,8% degli intervistati. Questi risultati indicano una notevole attenzione ai valori di solidarietà e partecipazione collettiva, essenziali per mantenere la coesione sociale e favorire comportamenti pro-sociali, soprattutto nei contesti urbani. Anche il lavoro e lo studio risultano centrali nella vita dei partecipanti, con oltre la metà che li considera molto importanti (53,8% per il lavoro e 58,9% per lo studio). Questi dati indicano che i partecipanti attribuiscono una grande rilevanza al miglioramento personale e professionale, vedendo in queste attività non solo una fonte di realizzazione personale ma anche uno strumento per garantire una stabilità economica e sociale. Un altro aspetto interessante riguarda la cura del corpo, che il 63,2% degli intervistati considera molto importante. Questo dato riflette la crescente attenzione verso la

salute fisica e il benessere personale, considerati elementi essenziali per vivere in armonia con il proprio corpo, un tema sempre più rilevante nelle società moderne. D'altra parte, dimensioni come la scienza e i vaccini mostrano una distribuzione delle risposte più variabile. Sebbene la scienza sia considerata molto importante dal 59,3% dei partecipanti, un 6% la giudica poco importante, suggerendo la presenza di un certo grado di scetticismo o incertezza nei confronti della conoscenza scientifica. Ancora più eterogenee sono le risposte relative ai vaccini: solo il 46,5% li considera molto importanti, mentre il 12,2% li ritiene poco importanti. Questo dato evidenzia una certa polarizzazione delle opinioni su un tema di salute pubblica di estrema attualità, riflettendo le tensioni e le divisioni emerse negli ultimi anni a livello globale. Infine, la dimensione legata al divertimento mostra un'importanza percepita minore rispetto agli altri, seppur rilevante, con il 58,4% dei partecipanti che lo considera molto importante. Questo risultato indica che, pur essendo riconosciuto come un aspetto rilevante per l'equilibrio psicofisico, il divertimento è percepito come meno prioritario rispetto a dimensioni legate alle relazioni e all'impegno sociale.

Figura 21. Percezione dell'importanza di vari aspetti della vita



Complessivamente, l'analisi descrittiva mostra che i valori più tradizionali, quali la famiglia, il lavoro e le amicizie, tendono a essere percepiti come maggiormente rilevanti rispetto a tematiche più emergenti o controverse, come i vaccini e il divertimento. Al fine di approfondire la variabilità delle percezioni relative ai diversi valori analizzati, è stata calcolata la varianza delle risposte fornite dai partecipanti. La varianza consente di misurare il grado di dispersione delle opinioni all'interno del campione, offrendo indicazioni sulla coesione o sull'eterogeneità delle valutazioni attribuite ai singoli temi. Questo pattern riflette una gerarchia di valori nella quale le dimensioni relazionali e sociali occupano uno spazio più centrale nella percezione della popolazione, mentre i temi di natura

individuale o di salute pubblica risultano più soggetti a variabilità nelle risposte. I risultati della varianza in Tabella 45, che si estendono da 0,275 per la famiglia a 0,629 per i vaccini, confermano la presenza di gruppi sociali con prospettive differenti rispetto ai temi considerati. In particolare, i valori tradizionali mostrano una maggiore convergenza nelle opinioni, mentre i temi emergenti appaiono caratterizzati da una dispersione più elevata. L'importanza attribuita alla scienza e alla cura della persona, sebbene rilevante per la salute e il benessere urbano, potrebbe essere mediata da fattori socioculturali, dal capitale sociale, o dal livello di fiducia nei sistemi scientifici e sanitari

Tabella 45. Statistica descrittiva (media, deviazione standard, varianza) dei valori sociali percepiti nel campione.

	N	Media	Deviazione std.	Varianza
valori_famiglia	897	3,7213	,52432	,275
valori_lavoro	898	3,5167	,57469	,330
valori_studio	906	3,5585	,58281	,340
valori_amicizia	903	3,6146	,58991	,348
valori_curadelcorpo	898	3,6080	,57252	,328
valori_aiutareglialtri	897	3,4738	,61021	,372
valori_amore	897	3,5942	,63059	,398
valori_sensocivico	900	3,5756	,59087	,349
valori_fedelta	892	3,6592	,60710	,369
valori_vaccini	878	3,3098	,79317	,629
valori_scienza	885	3,5367	,66084	,437
valori_divertirsi	891	3,5342	,63750	,406
Validi (listwise)	817			

Successivamente, è stata applicata l'analisi delle componenti principali categoriale (Categorical Principal Component Analysis - CATPCA) al fine di sintetizzare le principali dimensioni sottostanti e costruire indici rappresentativi del sistema valoriale.

L'utilizzo di modelli multivariati rappresenta un approccio altamente adeguato all'analisi del sistema dei valori (Hitlin e Piliavin, 2004). In tale contesto la CATPCA si configura come una tecnica che estende l'applicazione della PCA anche alle variabili categoriali su scale nominali e/o ordinali.

La natura dei dati analizzati in questo studio, unitamente alla misurazione ordinale effettuata sulle 11 variabili di riferimento, rende questa scelta metodologica particolarmente appropriata.

L'obiettivo principale delle tecniche statistiche in esame risiede nella riduzione della multidimensionalità delle informazioni raccolte, trasformando l'insieme originario di variabili in un numero più limitato di componenti principali non correlate, in grado di spiegare la quota predominante della varianza contenuta nei dati originali (Saukani e Ismail, 2019; Vella e Narajan, 2006). Questo processo di sintesi consente di migliorare significativamente l'interpretazione e la comprensione delle molteplici informazioni relative al fenomeno oggetto di studio.

La CATPCA è una procedura che permette una stima simultanea dei parametri del modello e della quantificazione ottimale (Optimal Scaling) delle modalità delle variabili categoriali incluse nell'analisi (Hitlin e Piliavin, 2004; Meulman *et al.*, 2004). Questo metodo, scelto per la sua capacità di individuare strutture latenti nei dati e di ridurre la complessità delle variabili originarie, si è rivelato particolarmente utile per identificare componenti interpretabili, come suggerito dalla letteratura metodologica di Meulman *et al.* (2004). Infatti, l'approccio garantisce una rappresentazione ottimizzata delle informazioni qualitative, favorendo un'analisi più robusta e approfondita dei dati.

La CATPCA ha rivelato che le prime due componenti principali spiegano complessivamente il 58,5% della varianza totale. Come riportato nella Tabella 46, la prima componente estratta, caratterizzata da

un autovalore pari a 4,727, spiega circa l'80,8% della varianza totale spiegata ed è stata interpretata come una dimensione relazionale e comunitaria, includendo variabili quali fedeltà, amicizia, amore e aiutare gli altri. La seconda componente, con un autovalore di 1,123, contribuisce al 19,2% della varianza spiegata e riflette una dimensione scientifica e individualista, aggregando variabili come scienza, vaccini, cura del corpo e divertimento. L'analisi di affidabilità condotta tramite il coefficiente Alfa di Cronbach (calcolato sulla base del totale degli autovalori) evidenzia un'elevata coerenza interna delle dimensioni individuate, con un valore complessivo pari a 0,904.

Tabella n.46 CATPCA

Riepilogo del modello		
Dimensione	Alfa di Cronbach	Varianza spiegata
		Totale (autovalore)
1	,860	4,727
2	,119	1,123
Totale	,904 ^a	5,850
a. Il totale di Alfa di Cronbach è basato sul totale dell'autovalore.		

L'analisi della varianza spiegata nelle due dimensioni (Tabella 47) principali mostra che la Dimensione 1 è dominante, spiegando l'81% della varianza totale (4,742 su 5,850), mentre la Dimensione 2 contribuisce con il restante 19% (1,181 su 5,850). Questo risultato indica che la prima dimensione cattura la maggior parte delle informazioni contenute nei dati, con la seconda che offre una prospettiva complementare.

La Dimensione 1 è fortemente rappresentata da variabili come fedeltà (0,487), aiutare gli altri (0,468) mentre la Dimensione 2 è influenzata principalmente da variabili come vaccini (0,411) e scienza (0,258), che suggeriscono un'attenzione verso temi scientifici e tecnologici.

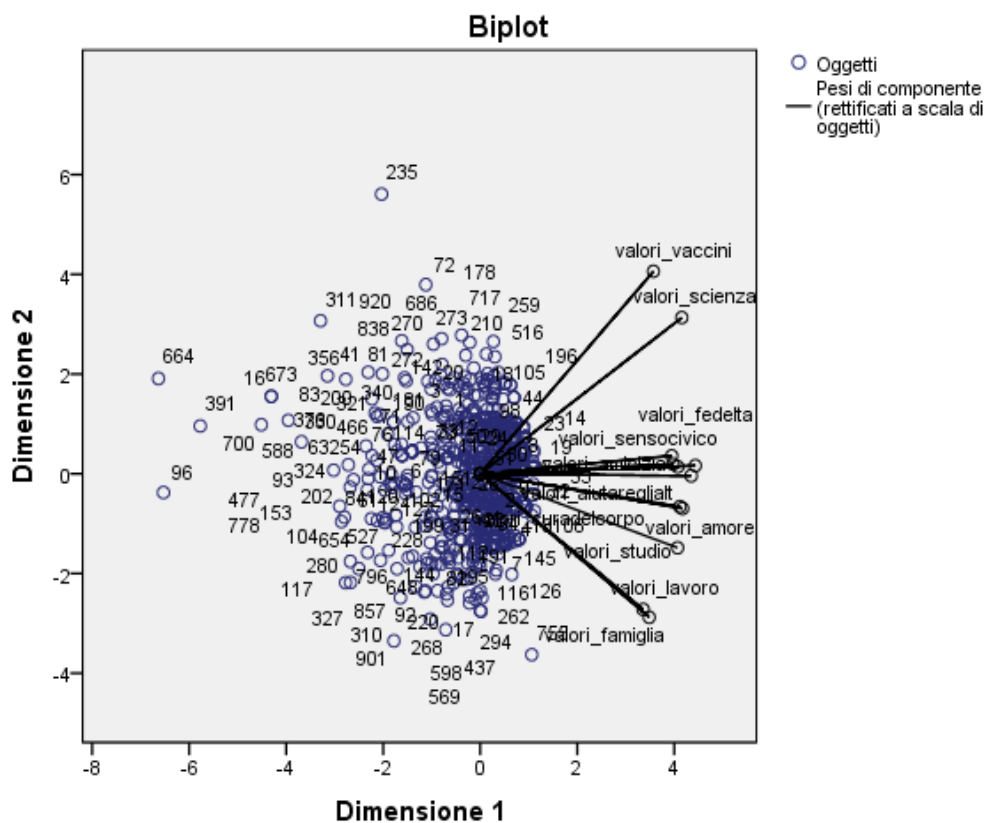
Tabella n. 47 Dimensioni CATPCA

Varianza spiegata						
	Coordinate del centroide			Totale (coordinate del vettore)		
	Dimensione		Media	Dimensione		Totale
	1	2		1	2	
valori_famiglia	,302	,207	,255	,301	,205	,506
valori_lavoro	,281	,186	,233	,279	,183	,463
valori_amicizia	,391	,002	,197	,391	,001	,392
valori_curadelcorpo	,431	,015	,223	,431	,012	,443
valori_aiutaregli altri	,468	,001	,235	,468	,000	,469
valori_amore	,420	,021	,220	,420	,011	,430
valori_sensocivico	,411	,010	,210	,411	,000	,411
valori_fedelta	,487	,005	,246	,487	,001	,488
valori_scienza	,436	,258	,347	,427	,243	,670
valori_vaccini	,318	,411	,364	,316	,408	,724
valori_divertirsi	,386	,005	,195	,386	,003	,389
valori_studio	,411	,061	,236	,410	,055	,465
Totale attivi	4,742	1,181	2,962	4,727	1,123	5,850

Il biplot (Figura 22) offre una rappresentazione visiva chiara delle relazioni tra variabili e soggetti all'interno del sistema bidimensionale dei valori. L'asse orizzontale rappresenta la prima componente principale, che spiega la maggior parte della varianza. Questa dimensione riflette un continuum tra valori relazionali e comunitari (ad esempio, famiglia, amore, fedeltà) e valori più individualisti e

orientati alla razionalità scientifica. L'asse verticale corrisponde alla seconda componente principale, che separa valori come scienza e vaccini da altri legati alla sfera personale e relazionale. I punti nella Figura 22 rappresentano i soggetti del dataset, e il loro posizionamento indica l'orientamento predominante all'interno del sistema valoriale. La densità di punti vicina al centro suggerisce che molti soggetti presentano un profilo bilanciato tra i diversi valori, mentre i punti periferici indicano soggetti con preferenze fortemente orientate verso una specifica dimensione valoriale. La lunghezza dei vettori delle variabili mostra la loro influenza sulle rispettive dimensioni: vettori più lunghi indicano un maggiore contributo alla spiegazione della varianza nella direzione considerata.

Figura 22. Biplot dimensioni CATPCA



Normalizzazione principale per variabile.

Sebbene il modello sia bidimensionale, le correlazioni tra le variabili trasformate consentono di distinguere quattro cluster tematici, ciascuno rappresentativo di un gruppo concettualmente coerente di valori⁵⁵. Questi cluster, distribuiti lungo le due dimensioni principali, forniscono una visione dettagliata e interpretabile del fenomeno analizzato. Sulla base dei risultati emersi dalle analisi condotte, sono stati costruiti quattro indici che offrono una panoramica chiara dei diversi sistemi di valori presenti nella società contemporanea. Questi indici riflettono le priorità, gli atteggiamenti e le inclinazioni delle persone rispetto a vari ambiti della vita sociale, relazionale e individuale.

⁵⁵ Tale strategia è supportata dalla tabella dei pesi di componente, che consente di suddividere il piano bidimensionale in quattro quadranti sulla base dei pesi delle variabili:

Quadrante 1 ($D1 > 0$, $D2 > 0$): Variabili con pesi positivi su entrambe le dimensioni.

Quadrante 2 ($D1 > 0$, $D2 < 0$): Variabili con peso positivo su D1 e negativo su D2.

Quadrante 3 ($D1 < 0$, $D2 < 0$): Variabili con pesi negativi su entrambe le dimensioni.

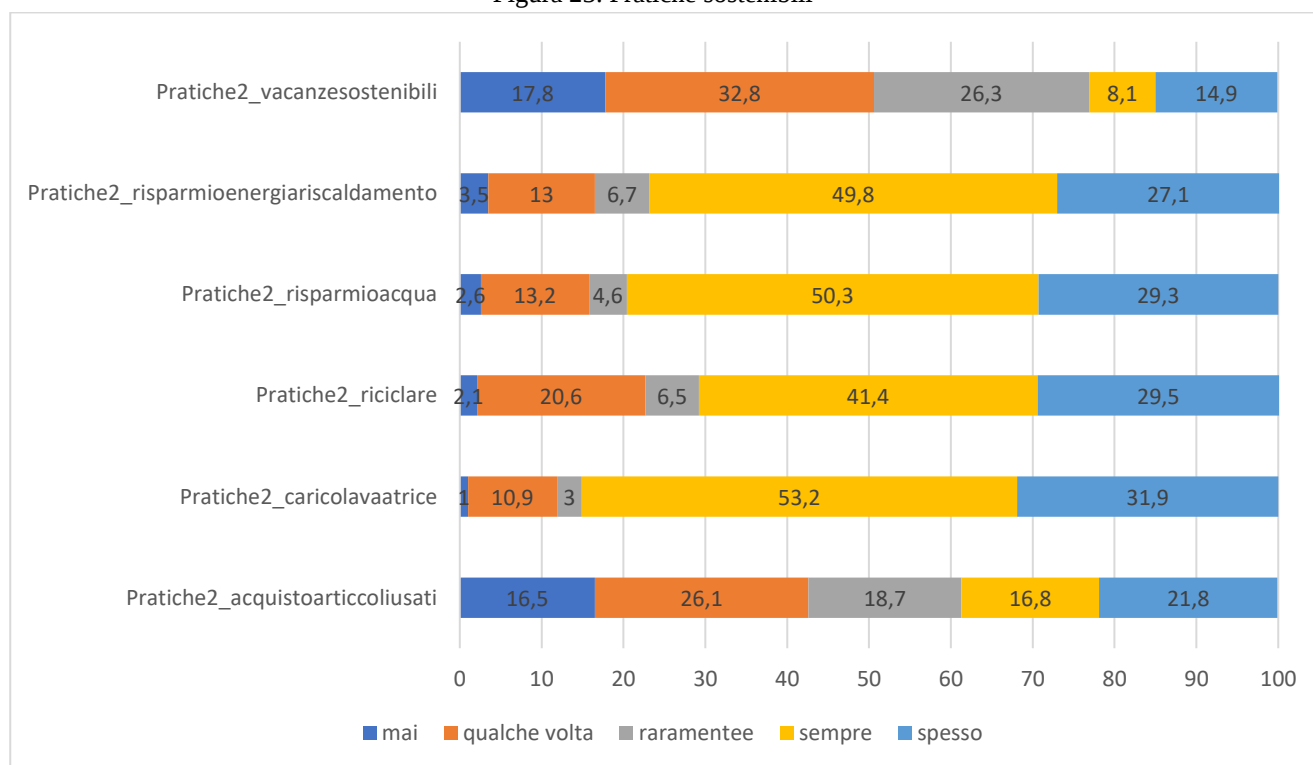
Quadrante 4 ($D1 < 0$, $D2 > 0$): Variabili con peso negativo su D1 e positivo su D2.

Il primo indice, Valori tradizionali e relazionali (VTR), è costruito sulle variabili di famiglia, fedeltà, lavoro e studio. Il secondo indice, relativo ai Valori di Solidarietà e Responsabilità Civica, (VSRC) si basa su variabili quali aiutare gli altri, il senso civico. Il terzo indice esplora i Valori Scientifici e Tecnologici (VST), comprendendo variabili come la scienza e i vaccini. Infine, il quarto indice riguarda i Valori di Benessere e Socialità (VBS), focalizzandosi su variabili come divertirsi, godersi la vita e amicizia.

3.1.7 Pratiche sostenibili e indice di sostenibilità

Nella Figura 23, viene rappresentata la frequenza con cui i partecipanti adottano diverse pratiche sostenibili nella loro vita quotidiana. I risultati mostrano una generale consapevolezza rispetto a comportamenti che promuovono la sostenibilità ambientale. Ad esempio, la maggior parte delle persone dichiara di prestare particolare attenzione a non sprecare acqua e a riciclare correttamente i rifiuti, con oltre il 50% dei partecipanti che afferma di farlo "sempre" o "spesso". Anche l'efficienza energetica riceve una buona risposta: molti riducono il riscaldamento nelle stanze non utilizzate, sebbene una parte significativa ammetta di farlo solo occasionalmente. Pratiche come l'acquisto di articoli usati e la scelta di vacanze eco-sostenibili risultano meno diffuse, con una porzione significativa di risposte che indicano una frequenza ridotta o nulla. Tuttavia, è interessante notare come circa un quarto dei partecipanti dichiarino di adottare queste abitudini con regolarità.

Figura 23. Pratiche sostenibili



Per la costruzione di un indice composito di pratiche sostenibili, sono state integrate le sei variabili rappresentate nella Figura 23, ciascuna delle quali riflette specifici comportamenti associati alla

sostenibilità ambientale⁵⁶. L'utilizzo di un approccio multidimensionale nella creazione di un tale indice è ampiamente giustificato dalla letteratura scientifica (Aguinis e Glavas, 2012; Sharma e Henriques, 2005), poiché consente di cogliere in modo più completo la complessità e la varietà delle azioni individuali e collettive orientate alla sostenibilità. Questo approccio permette di andare oltre la valutazione di singoli comportamenti, fornendo una visione olistica delle pratiche sostenibili, in linea con le raccomandazioni metodologiche per l'analisi dei comportamenti ecologici.

Per verificare la coerenza interna dell'indice, è stato calcolato il coefficiente di Alfa di Cronbach, che ha prodotto un valore di 0,720 (Tabella 48). Tale risultato indica un livello soddisfacente di affidabilità, suggerendo che le variabili incluse nell'indice sono sufficientemente correlate tra loro e contribuiscono in modo coerente alla misurazione del concetto di sostenibilità comportamentale.

Tabella 48. Cronbach Indice di pratiche sostenibili

Statistiche di affidabilità	
Alfa di Cronbach	N di item
,720	6

L'impiego di un indice composito per la valutazione delle pratiche sostenibili si inserisce in un approccio teorico ampiamente consolidato nello studio dei comportamenti pro-ambientali (Steg e Vlek, 2009; Gatersleben *et al.*, 2002). Questi studi mettono in evidenza l'importanza di integrare diverse dimensioni comportamentali al fine di ottenere una misura più esaustiva e complessiva, capace di riflettere non soltanto azioni isolate, ma anche l'orientamento generale e continuativo verso la sostenibilità. L'adozione di un approccio multidimensionale, come quello basato su un indice composito, permette di catturare la complessità intrinseca dei comportamenti ecologici, superando così le limitazioni che caratterizzano le misurazioni unidimensionali. Questo tipo di aggregazione risulta particolarmente efficace nel fornire una valutazione più robusta e predittiva del comportamento sostenibile, in grado di cogliere le interrelazioni tra diverse pratiche quotidiane e l'impegno generale verso obiettivi di lungo termine, quali la riduzione dell'impatto ambientale (Kaiser e Wilson, 2004). Un tale indice consente, dunque, di rappresentare in maniera più accurata la varietà delle condotte individuali e collettive orientate alla sostenibilità, offrendo una visione più articolata e predittiva dei comportamenti ecologici (in Tabella 49 l'analisi descrittiva dell'indice).

Tabella 49. Statistiche descrittive indice di pratiche sostenibili

Descrittive			
		Statistica	Errore std.
Indicepracticesostenibili	Media	3,7351	,02309
	Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore	3,6897
		Limite superiore	3,7804
	Media 5% trim	3,7601	
	Mediana	3,8333	
	Varianza	,494	

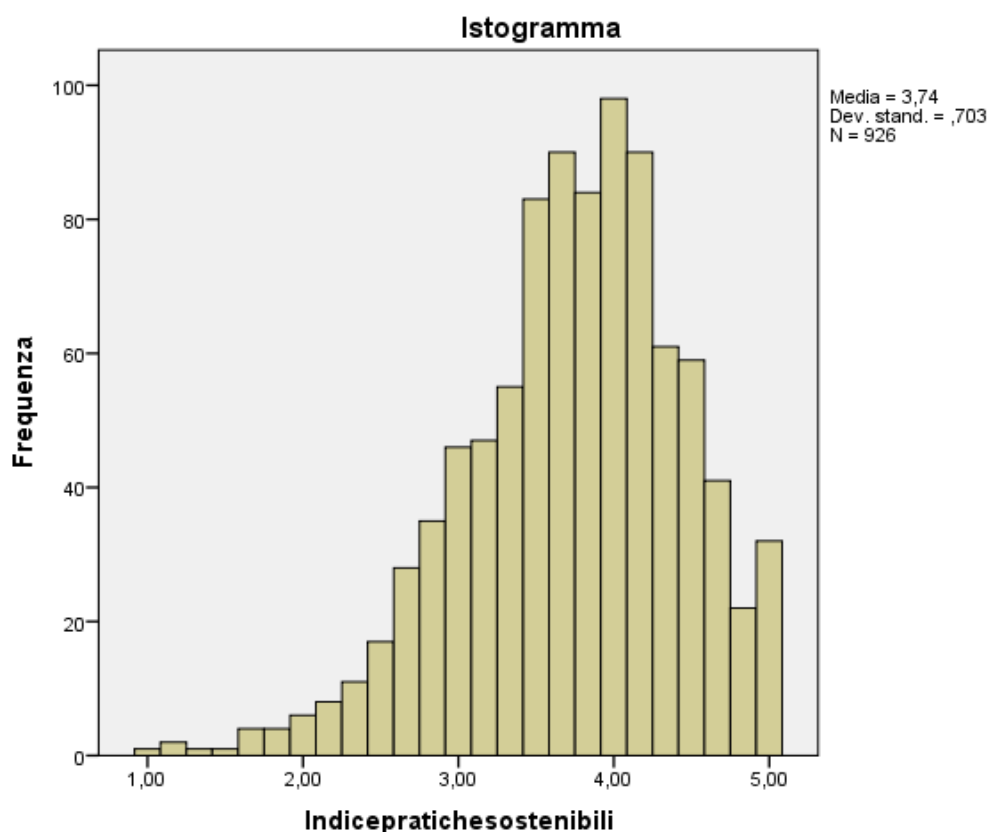
⁵⁶ Per ciascun individuo, i punteggi ottenuti alle singole variabili sono stati sommati e successivamente divisi per il numero totale di variabili considerate, al fine di ottenere una media aritmetica standardizzata.

La formula utilizzata è la seguente: Indice di pratiche sostenibili = (Pratica1 + Pratica2 + Pratica3 + Pratica4 + Pratica5 + Pratica6)/6

	Deviazione std.	,70272	
	Minimo	1,00	
	Massimo	5,00	
	Intervallo	4,00	
	Distanza interquartilica	,83	
	Asimmetria	-,570	,080
	Curtosi	,416	,161

L'analisi visiva della distribuzione dell'Indice di pratiche sostenibili, come mostrato dall'istogramma in Figura 24, rivela alcuni aspetti significativi. In primo luogo, la distribuzione presenta una leggera asimmetria negativa, con una coda più lunga verso i punteggi inferiori, il che indica che una piccola parte dei partecipanti adotta pratiche sostenibili con bassa frequenza, mentre la maggior parte dei rispondenti tende a concentrarsi sui punteggi più alti (tra 3 e 5). In secondo luogo, il picco della distribuzione si trova intorno a un punteggio di 4, suggerendo che i partecipanti adottano pratiche sostenibili con una frequenza medio-alta. Questo dato è coerente con il valore medio dell'indice (3,74), segnalando che le abitudini sostenibili sono comuni nel campione.

Figura 24. Iistogramma indice di pratiche sostenibili



Successivamente, l'indice continuo è stato suddiviso in tre categorie utilizzando il metodo dei terzili⁵⁷. Questo approccio statistico ha permesso di segmentare il campione in tre gruppi di dimensioni bilanciate: livello basso di pratiche sostenibili (valori $\leq 3,50$), livello intermedio di pratiche sostenibili (valori compresi tra 3,51 e 4,03) e livello elevato di pratiche sostenibili (valori $\geq$

⁵⁷ Il primo terzile rappresenta il 33,3% inferiore dei valori. Il secondo terzile comprende il 33,3% centrale dei valori. Il terzo terzile include il 33,3% superiore dei valori. Per calcolare i terzili, i dati sono stati ordinati in modo crescente e sono stati identificati i valori corrispondenti al 33° percentile (limite superiore del primo terzile) e al 66° percentile (limite superiore del secondo terzile).

4,04). L'indice di pratiche sostenibili trasformato in variabile categoriale non risulta significativo nei test del chi-quadro rispetto a variabili sociodemografiche quali titolo di studio, genere, età, città di residenza, fascia di reddito, stato di salute e senso di comunità. Ciò suggerisce che le pratiche sostenibili adottate dagli individui non dipendono in modo rilevante da questi fattori. Tuttavia, emergono alcune significatività in relazione al sistema valoriale.

La relazione tra l'indice di pratiche sostenibili in relazione ai valori (Tabella 50) evidenzia una distribuzione differenziata dell'adesione alle pratiche sostenibili in funzione del livello di attribuzione dei diversi valori. Dall'analisi della distribuzione del grado di pratica sostenibile emerge che tra coloro che presentano un basso valore attribuito alla scienza e alla tecnologia, il 45,6% mostra una bassa adesione alle pratiche sostenibili, mentre solo il 26,9% rientra nella categoria di alta pratica sostenibile. All'opposto, nel gruppo con un alto valore attribuito alla scienza e alla tecnologia, la percentuale di individui con bassa pratica sostenibile si riduce al 32,5%, mentre cresce significativamente la quota di coloro che adottano un'elevata adesione alle pratiche sostenibili, pari al 37,9%. Il gruppo intermedio, composto da soggetti con un valore moderato attribuito alla scienza e alla tecnologia, mostra una distribuzione più bilanciata, con il 35,4% che si colloca nella categoria di bassa pratica sostenibile e il 34,8% in quella di alta adesione.

Tabella 50. Distribuzione delle categorie dell'indice di pratiche sostenibili nei diversi livelli di valore inerenti alla scienza e alla tecnologia

		Percentile valori scienza e tecnologia			Totale
		basso	medio	alto	
IPRSOSR	bassa pratica sostenibile	45,6%	35,4%	32,5%	37,9%
	pratica sostenibile media	27,5%	29,7%	29,6%	28,9%
	alta pratica sostenibile	26,9%	34,8%	37,9%	33,3%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Questi risultati suggeriscono un'associazione positiva tra il valore attribuito alla scienza e alla tecnologia e l'adozione di pratiche sostenibili per solidarietà e responsabilità. In particolare, al crescere dell'importanza attribuita a scienza e tecnologia, si osserva una tendenza all'aumento della percentuale di individui con un'elevata adesione a comportamenti sostenibili, mentre si riduce la quota di coloro con una bassa adesione. L'analisi del chi-quadrato (Tabella 51) conferma la significatività statistica di questa associazione.

Tabella n.51 Test del Chi-quadrato per l'associazione tra le categorie dell'indice di pratiche sostenibili per nei diversi livelli di valore attribuiti alla scienza e alla tecnologia

	Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	15,167 ^a	4	,004
Rapporto di verosimiglianza	15,182	4	,004
Associazione lineare-lineare	14,196	1	,000
N. di casi validi	863		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 45,59.			

Anche l'analisi relativa ai valori di solidarietà e responsabilità conferma il ruolo significativo dell'orientamento valoriale nella predisposizione verso pratiche sostenibili. I dati riportati nella Tabella 52 evidenziano una tendenza chiara: tra gli individui che attribuiscono un valore basso alla socialità e al benessere, il 44,5% si colloca nella categoria di bassa adesione alle pratiche sostenibili, mentre solo il 28,6% rientra nel gruppo di alta adesione. Al contrario, tra coloro che riconoscono un

valore elevato a tali aspetti, la percentuale di bassa aderenza scende al 32,3%, mentre quella relativa alle pratiche sostenibili più avanzate sale al 37,2%. Nel gruppo intermedio si osserva una distribuzione equilibrata, con il 38,6% nella categoria di bassa aderenza e il 32,5% in quella di alta aderenza. L'analisi del chi-quadrato (Tabella 53) conferma la presenza di un'associazione statisticamente significativa tra il livello di valore attribuito alla socialità e al benessere e l'adesione a pratiche sostenibili.

Tabella 52 Distribuzione delle categorie dell'indice di pratiche sostenibili nei diversi livelli di valore inerenti alla socialità e al benessere

% entro Percentile Group of INDValsocialitbenesser					
		Percentile Group of INDValsocialitbenesser			Totale
		Basso	Medio	alto	
IPRSOSR	bassa pratica sostenibile	44,5%	38,6%	32,3%	38,1%
	pratica sostenibile media	26,9%	28,9%	30,5%	28,9%
	alta pratica sostenibile	28,6%	32,5%	37,2%	33,1%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 53. Test del chi quadrato tra le categorie dell'indice di pratiche sostenibili nei diversi livelli di valore inerenti alla socialità e al benessere

	Valore	Df	Sig. Asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	10,471 ^a	4	,033
Rapporto di verosimiglianza	10,491	4	,033
Associazione lineare-lineare	9,647	1	,002
N. Di casi validi	883		
A. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 71,04.			

Questa distribuzione evidenzia come i valori legati alla socialità e al benessere siano significativamente correlati con un maggiore impegno nelle pratiche sostenibili. A differenza dell'associazione con il valore attribuito alla scienza e alla tecnologia, che potrebbe essere interpretata come una spinta razionale basata sulla consapevolezza degli impatti sistemici delle proprie scelte, in questo caso sembra emergere una dimensione più relazionale ed etica. L'aumento della frequenza di comportamenti sostenibili tra coloro che assegnano un alto valore alla socialità e al benessere suggerisce che l'adesione a pratiche sostenibili possa essere motivata anche da una sensibilità verso il benessere collettivo e il senso di responsabilità nei confronti della comunità.

Se nel caso dell'indicatore legato alla scienza e alla tecnologia il meccanismo potrebbe essere ricondotto a una maggiore conoscenza e consapevolezza scientifica degli effetti ambientali delle proprie scelte, in questo caso sembra prevalere un approccio basato su una connessione emotiva e sociale con il concetto di sostenibilità. La combinazione di questi due fattori suggerisce che la promozione di pratiche sostenibili possa beneficiare di strategie comunicative e politiche differenziate, capaci di intercettare sia chi è più sensibile a una visione tecnico-scientifica della sostenibilità, sia chi percepisce la sostenibilità come parte di un sistema di valori orientato al benessere collettivo.

Infine, in linea con quanto già osservato rispetto ai valori di scienza e tecnologia e di socialità e benessere, anche nella relazione con la variabile dei valori di solidarietà e responsabilità emerge una chiara associazione.

Dai dati della Tabella 54 si osserva una netta progressione nella distribuzione dei comportamenti sostenibili in funzione dell'orientamento valoriale. Tra coloro che attribuiscono un basso valore alla

solidarietà e alla responsabilità, il 48,6% rientra nella categoria di bassa adesione alle pratiche sostenibili, mentre solo il 25,0% si colloca nel gruppo di alta adesione. Viceversa, tra i partecipanti che considerano questi valori altamente significativi, la quota di individui con bassa adesione si riduce sensibilmente al 28,6%, mentre quella di chi mostra un'elevata propensione alla sostenibilità cresce fino al 41,6%. Il gruppo con un livello intermedio di valore attribuito alla solidarietà e responsabilità presenta una distribuzione intermedia, confermando un gradiente di progressione.

Tabella n.54 Distribuzione delle categorie dell'indice di pratiche sostenibili nei diversi livelli di valore inerenti alla socialità e al benessere

% entro Percentile Group of INDValSolidarRespons					
		Percentile Group of INDValSolidarRespons			Totale
		Basso	Medio	alto	
IPRSOSR	bassa pratica sostenibile	48,6%	39,5%	28,6%	38,2%
	pratica sostenibile media	26,4%	30,4%	29,8%	29,0%
	alta pratica sostenibile	25,0%	30,1%	41,6%	32,8%
Totale		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Questi dati confermano ulteriormente il legame tra sistemi valoriali e pratiche sostenibili, suggerendo che la percezione della sostenibilità non sia solo il risultato di una razionalità tecnico-scientifica, ma sia profondamente radicata nei riferimenti etico sociali degli individui. Il test del chi-quadrato in Tabella 55 attesta che questa relazione è statisticamente significativa.

Tabella n.55 Chi-quadrato delle categorie dell'indice di pratiche sostenibili nei diversi livelli di valore inerenti alla socialità e al benessere

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	30,247 ^a	4	,000
Rapporto di verosimiglianza	30,293	4	,000
Associazione lineare-lineare	28,801	1	,000
N. di casi validi	884		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 79,93.			

3.1.8 Il ritratto della vita salutare e sostenibile: indicatori per una città a misura di benessere

L'interazione tra tessuto urbano e salute rappresenta un ambito di studio di crescente rilevanza nelle scienze sociali e nella salute pubblica, in quanto il contesto urbano influisce significativamente sul benessere psicofisico degli individui. Numerosi studi hanno evidenziato come le caratteristiche dell'ambiente costruito possano incidere sulla salute attraverso diversi fattori, tra cui l'accessibilità ai servizi essenziali, la qualità dell'aria, i livelli di inquinamento (acustico, paesaggistico ecc,) e le opportunità di mobilità sostenibile.

In primo luogo, si intende analizzare la relazione tra senso di comunità, appartenenza al contesto urbano e percezione dello stato di salute, al fine di verificare in che misura questi elementi possano contribuire al benessere complessivo degli abitanti. Il senso di comunità, infatti, è stato identificato dalla letteratura come un fattore chiave nella promozione della salute e nella riduzione dello stress sociale, influenzando la qualità della vita e il livello di supporto sociale percepito.

Parallelamente, l'analisi prevede la costruzione di tre indici sintetici, volti a misurare le caratteristiche dell'ambiente urbano e le loro possibili implicazioni:

-Indice di prossimità ai servizi essenziali, che quantifica la distanza e l'accessibilità alle infrastrutture fondamentali per la qualità della vita quotidiana, come sanità, istruzione e commercio di base.

-Indice di disturbo ambientale, che tiene conto dell'esposizione a fattori di stress urbano, tra cui inquinamento atmosferico, rumore e elementi.

-Indice di mobilità sostenibile, costruito per analizzare le opportunità di spostamento all'interno delle città metropolitane, con particolare attenzione alla disponibilità di trasporti pubblici e alla possibilità di muoversi in modo ecologico ed efficiente.

L'analisi di questi indici verrà condotta in due fasi. In un primo momento, verranno esaminati singolarmente in 3 sottoparagrafi, al fine di comprendere le specifiche caratteristiche territoriali e le eventuali disuguaglianze nell'accesso alle risorse urbane. Successivamente, tali indici verranno impiegati nell'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM), con l'obiettivo di individuare relazioni latenti tra le variabili urbane, stili di vita e percezione dello stato di salute.

In primis, l'analisi del senso di comunità si inserisce all'interno di un quadro più ampio che considera il rapporto tra contesto urbano e benessere individuale, fornendo una prospettiva complementare agli indici di struttura urbana. Mentre gli indici quantitativi esaminano fattori strutturali e ambientali che influenzano la salute (prossimità ai servizi, disturbo ambientale e mobilità sostenibile), il senso di appartenenza alla comunità consente di indagare una dimensione più percepita e relazionale, con implicazioni dirette sul benessere psicologico e sulla coesione sociale (Pretty *et al.*, 2006; Putnam, 2000). In contesti urbani complessi e strutturati come Roma, Milano e Napoli, i cittadini hanno l'opportunità di sviluppare un senso di appartenenza alla propria comunità, influenzato da vari fattori sociali e ambientali. L'analisi di questa variabile, seppur distinta dagli indici strutturali, risulta funzionale alla comprensione delle dinamiche urbane in quanto permette di integrare dimensioni soggettive e oggettive nella valutazione dell'impatto dell'ambiente sulla salute.

Per esaminare questo aspetto, è stata condotta un'analisi sull'intero campione, con particolare attenzione alla percezione del senso di appartenenza alla comunità. Questo concetto è stato inizialmente misurato attraverso una scala da 1 a 10 e successivamente raggruppato in cinque categorie per facilitarne l'interpretazione: *molto basso*, *basso*, *medio*, *alto* e *molto alto*. Tale operazione ha permesso di ottenere una classificazione più strutturata, utile per esplorare le relazioni tra il senso di appartenenza e altre variabili contestuali e individuali.

I dati in Tabella 56 mostrano che tra i soggetti con un senso di comunità molto basso, il 16,8% dichiara di avere una salute scadente o discreta, la quota più alta tra tutte le categorie. Inoltre, solo il 5,6% riporta una salute eccellente, il valore più basso rispetto agli altri gruppi. Anche tra coloro che si collocano nella categoria "basso", il 17,7% percepisce la propria salute come scadente o discreta, mentre solo il 9,1% dichiara di avere una salute eccellente. Questi dati suggeriscono che una scarsa identificazione con la comunità potrebbe essere associata a una percezione meno positiva della propria condizione di salute, potenzialmente a causa di minori reti di supporto sociale, maggiore isolamento o un accesso limitato alle risorse locali. All'aumentare del senso di comunità, si osserva una tendenza inversa: Tra coloro che si collocano nella categoria "alto", solo il 9,7% riporta una salute scadente o discreta, mentre la quota di chi si percepisce in salute molto buona o eccellente sale rispettivamente al 48,0% e 11,7%. Il gruppo con senso di comunità molto alto mostra il miglior profilo di salute percepita: solo 8,2% riporta uno stato di salute scadente/discreto, mentre il 26,0% si colloca nella categoria "eccellente". Questo è il valore più alto tra tutte le categorie, suggerendo una forte associazione tra elevato senso di appartenenza alla comunità e percezione positiva del proprio stato di salute.

Tabella n.56 Senso di comunità per stato di salute percepito

Tavola di contingenza recod_sensocomunità * salutarecod						
% entro recod_sensocomunità						
		Salutarecod				Totale
		scadente/discreto	buono	molto buono	eccellente	
recod_sensocomunità	molto basso	16,8%	41,6%	36,0%	5,6%	100,0%
	Basso	17,7%	38,3%	34,9%	9,1%	100,0%
	Medio	12,5%	31,9%	44,4%	11,2%	100,0%
	Alto	9,7%	30,6%	48,0%	11,7%	100,0%
	molto alto	8,2%	24,7%	41,1%	26,0%	100,0%
Totale		13,7%	34,9%	40,8%	10,6%	100,0%

I risultati del test del chi-quadrato (Tabella 57) confermano la tendenza, rivelando una relazione statisticamente significativa tra il senso di appartenenza alla comunità e la salute percepita dai rispondenti. Tale associazione conferma il legame tra coesione sociale e benessere individuale, coerentemente con quanto riportato nella letteratura scientifica. Infatti, l'analisi condotta supporta le evidenze emerse dagli studi precedenti, secondo cui il senso di comunità rappresenta un costrutto multidimensionale con un impatto determinante sul benessere psicologico e fisico. In particolare, la letteratura suggerisce che un forte senso di appartenenza facilita la costruzione di reti di supporto sociale, le quali possono contribuire a ridurre il senso di isolamento e ad alleviare lo stress, con effetti benefici sulla salute mentale e fisica (McMillan & Chavis, 1986; Cohen, 2004). Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che individui con un forte senso di comunità presentano tassi inferiori di malattie croniche e adottano con maggiore frequenza stili di vita salutari, come la partecipazione ad attività fisiche e sociali (Kawachi & Berkman, 2000; Poortinga, 2006). Inoltre, l'integrazione nella comunità è stata associata a livelli più bassi di depressione, ansia e solitudine, con effetti positivi sul benessere generale (Kim & Kaplan, 2004).

Tabella n.57 Chi-quadrato senso di comunità per stato di salute percepito

Chi-quadrato			
	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	54,487 ^a	16	,000
Rapporto di verosimiglianza	49,247	16	,000
Associazione lineare-lineare	30,815	1	,000
N. di casi validi	926		
a. 5 celle (20,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 1,02.			
Misure simmetriche			
		Valore	Sig. appross.
Nominale per nominale	Phi	,243	,000
	V di Cramer	,121	,000
N. di casi validi		926	

Nei contesti urbani, caratterizzati da una maggiore frammentazione sociale, il senso di appartenenza alla comunità assume un ruolo cruciale nel favorire comportamenti salutari e nel mitigare l'impatto delle condizioni ambientali sfavorevoli.

Infatti, viene da chiedersi se l'associazione tra senso di appartenenza alla comunità e salute percepita è omogenea tra le diverse città analizzate, oppure varia a seconda del contesto urbano?

Dalla Tabella 58 si evince che:

-tra i rispondenti di Napoli, il legame tra senso di comunità e salute percepita appare meno netto. Anche tra i soggetti con basso senso di appartenenza, le percentuali di chi riporta una salute scadente o discreta restano elevate (22,8% tra chi ha un senso di comunità molto basso, 25,0% tra chi ha un senso basso), mentre le quote di coloro che percepiscono una salute eccellente restano contenute (4,3% e 7,5%). All'aumentare del senso di comunità, si osserva un miglioramento della salute percepita, ma in modo meno marcato rispetto alle altre città.

-tra i rispondenti di Roma, la relazione tra senso di comunità e salute percepita appare più evidente e, infatti, tra i soggetti con senso di comunità molto basso, il 9,6% percepisce la propria salute come scadente o discreta, mentre questa percentuale scende al 5,3% tra chi ha un senso di comunità molto alto. Parallelamente, la quota di chi dichiara una salute eccellente cresce progressivamente dal 7,2% (molto basso) al 21,1% (molto alto).

-tra i rispondenti di Milano, l'associazione tra senso di comunità e salute percepita è ancora più marcata. Qui, il 40,9% dei soggetti con un senso di comunità molto alto riporta una salute eccellente, il valore più elevato tra tutte le città e le categorie analizzate. Allo stesso tempo, la quota di chi percepisce una salute scadente/discreta scende drasticamente all'aumentare del senso di comunità (dal 17,3% tra chi ha un senso molto basso al 4,8% tra chi ha un senso alto).

Tabella 58. Senso di comunità per stato di salute percepito stratificato per città

% entro recod_sensocomunità							
Luogo_città			Saluterecod				Totale
			scadente/discreto	buono	molto buono	eccellente	
Napoli	Sensocomunità	molto basso	22,8%	48,9%	23,9%	4,3%	100,0%
		Basso	25,0%	47,5%	20,0%	7,5%	100,0%
		Medio	15,9%	33,0%	44,3%	6,8%	100,0%
		Alto	16,1%	41,1%	28,6%	14,3%	100,0%
		molto alto	9,4%	34,4%	37,5%	18,8%	100,0%
	Totale		18,5%	41,2%	31,5%	8,8%	100,0%
Roma	Sensocomunità	molto basso	9,6%	48,2%	34,9%	7,2%	100,0%
		Basso	14,5%	37,1%	41,9%	6,5%	100,0%
		Medio	8,7%	37,7%	40,6%	13,0%	100,0%
		Alto	9,1%	29,9%	51,9%	9,1%	100,0%
		molto alto	5,3%	21,1%	52,6%	21,1%	100,0%
	Totale		10,0%	37,4%	42,9%	9,7%	100,0%
Milano	recod_sensocomunità	molto basso	17,3%	25,3%	52,0%	5,3%	100,0%
		Basso	16,4%	34,2%	37,0%	12,3%	100,0%
		Medio	12,0%	25,3%	48,0%	14,7%	100,0%
		Alto	4,8%	22,2%	60,3%	12,7%	100,0%
		molto alto	9,1%	13,6%	36,4%	40,9%	100,0%
	Totale		12,7%	26,0%	48,1%	13,3%	100,0%
Totale	Sensocomunità	molto basso	16,8%	41,6%	36,0%	5,6%	100,0%
		Basso	17,7%	38,3%	34,9%	9,1%	100,0%
		Medio	12,5%	31,9%	44,4%	11,2%	100,0%
		Alto	9,7%	30,6%	48,0%	11,7%	100,0%
		molto alto	8,2%	24,7%	41,1%	26,0%	100,0%
	Totale		13,7%	34,9%	40,8%	10,6%	100,0%

Nonostante i risultati complessivi evidenziano una relazione statisticamente significativa (Tabella 59) tra senso di comunità e benessere individuale, esistono differenze rilevanti tra i rispondenti di Napoli,

Roma e Milano, suggerendo che il contesto urbano media l'impatto del senso di comunità sulla percezione della salute. A Napoli, pur essendo presente un'associazione significativa, il legame tra le due variabili appare meno chiaro e potrebbe essere influenzato da fattori socioeconomici e infrastrutturali, che limitano il ruolo della coesione sociale nel determinare il benessere individuale. Tra i rispondenti di Roma il chi quadrato non è significativo e il senso di comunità sembra avere un impatto meno evidente sulla salute percepita. Invece tra i rispondenti di Milano, la relazione appare più forte e coerente, suggerendo che in un contesto con elevata qualità della vita, accesso ai servizi e opportunità di socializzazione, il senso di comunità funge da amplificatore della percezione di salute positiva.

Tabella 59. Test del chi-quadrato per l'associazione tra senso di comunità e salute percepita nelle diverse città

Luogo_città		Valore	Df	Sig. asint. (2 vie)
Napoli	Chi-quadrato di Pearson	23,864 ^b	12	,021
	Rapporto di verosimiglianza	23,249	12	,026
	Associazione lineare-lineare	13,199	1	,000
	N. di casi validi	308		
Roma	Chi-quadrato di Pearson	14,764 ^c	12	,255
	Rapporto di verosimiglianza	14,213	12	,287
	Associazione lineare-lineare	7,374	1	,007
	N. di casi validi	310		
Milano	Chi-quadrato di Pearson	30,094 ^d	12	,003
	Rapporto di verosimiglianza	27,614	12	,006
	Associazione lineare-lineare	13,442	1	,000
	N. di casi validi	308		
Totale	Chi-quadrato di Pearson	44,680 ^a	12	,000
	Rapporto di verosimiglianza	41,458	12	,000
	Associazione lineare-lineare	32,350	1	,000
	N. di casi validi	926		

Indice di prossimità dei servizi essenziali

L'accessibilità ai servizi essenziali è considerata un elemento chiave per promuovere stili di vita sia salutari che sostenibili. Numerosi studi (Giles-Corti et al., 2016; Ewing e Cervero, 2010) hanno dimostrato che la vicinanza a infrastrutture come parchi, trasporti pubblici, centri per l'attività fisica e strutture sanitarie aumenta la probabilità che i residenti adottino comportamenti attivi, riducendo al contempo l'uso di veicoli privati. In quest'ottica, un indice di accessibilità ai servizi essenziali è stato costruito per misurare quanto la vicinanza a tali infrastrutture influenzi lo stile di vita dei residenti. L'indice è stato calcolato come media ponderata delle variabili che misurano la prossimità ai servizi essenziali e che rilevano la presenza o meno di determinati servizi entro una distanza percepita come accessibile dagli intervistati. Le variabili includono la vicinanza a trasporti pubblici (stazione metro, fermata bus), spazi pubblici per l'attività fisica (parco pubblico, centro fitness) e servizi sanitari (ospedale, guardia medica, medico di base, farmacie). Un punteggio più alto indica una maggiore accessibilità ai servizi, associata a comportamenti più attivi e sostenibili. L'affidabilità interna dell'indice è risultata soddisfacente, come evidenziato dal valore dell'Alfa di Cronbach pari a ,676 (Tabella 60).

Tabella 60. Cronbach Indice di prossimità ai servizi essenziali

Statistiche di affidabilità

Alfa di Cronbach	N di item
,676	8

La media, pari a circa 10, indica che la popolazione analizzata presenta un accesso moderato ai servizi essenziali, con la maggior parte dei casi concentrata attorno a questo valore (Tabella 61). La vicinanza tra media e mediana indica una distribuzione sostanzialmente simmetrica, ulteriormente confermata dal valore di asimmetria. Sociologicamente, l'indice offre una misura significativa della distribuzione spaziale delle opportunità e dei disagi legati all'accesso ai servizi, rappresentando un potenziale strumento di analisi per comprendere come le infrastrutture e la prossimità geografica influiscano sulle disuguaglianze territoriali e sul benessere della popolazione. La coerenza interna dell'indice e la sua moderata variabilità lo rendono un valido supporto per l'esplorazione di relazioni con altre dimensioni sociodemografiche contribuendo di conseguenza a una comprensione più ampia delle disuguaglianze nei contesti urbani e rurali.

Tabella 61. Descrittive Indice di prossimità ai servizi essenziali

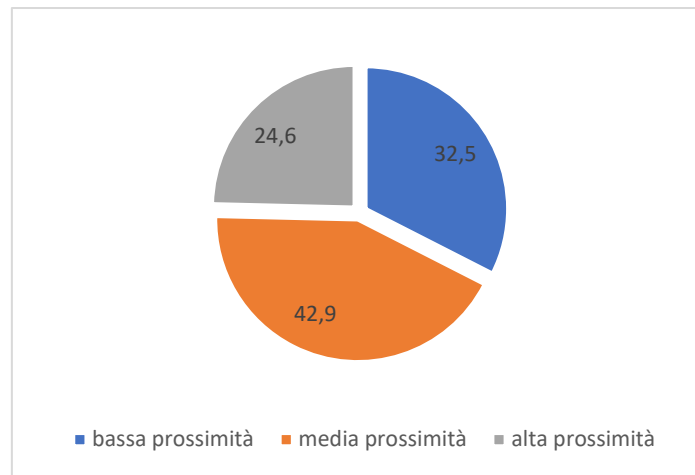
Descrittive			Statistica	Errore std.
IndProssimitàServiziEssenziali	Media		10,2851	,06123
	Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore	10,1649	
		Limite superiore	10,4053	
	Media 5% trim		10,2608	
	Mediana		10,1250	
	Varianza		3,472	
	Deviazione std.		1,86328	
	Minimo		7,13	
	Massimo		14,25	
	Intervallo		7,13	
	Distanza interquartilica		2,13	
	Asimmetria		,049	,080
	Curtosi		-,684	,161

Per l'analisi, l'indice continuo è stato trasformato in una variabile categoriale suddivisa in tre modalità: bassa prossimità, media prossimità e alta prossimità ai servizi essenziali (Figura 25). La suddivisione è stata effettuata utilizzando soglie⁵⁸ basate sulla distribuzione dei dati, considerando la media, la deviazione standard e la distanza interquartilica⁵⁹, per garantire una categorizzazione valida per tutto il campione.

Figura 25. Distribuzione della prossimità ai servizi essenziali nella popolazione analizzata

⁵⁸ Bassa prossimità: Valori da 7,13 (minimo) a 9,99. Media prossimità: Valori da 10,00 a 11,99. Alta prossimità: Valori da 12,00 a 14,25 (massimo).

⁵⁹ Tabelle in appendice



Col fine di esplorare se la relazione tra prossimità ai servizi essenziali e salute percepita è uniforme tra le diverse città analizzate (Napoli, Roma, Milano), oppure varia a seconda del contesto urbano è stata condotta un'analisi stratificando i dati per città e considerando le diverse categorie di prossimità ai servizi essenziali (bassa, media, alta) in relazione allo stato di salute percepito (scadente/discreto, buono, molto buono, eccellente).

La Tabella 62 evidenzia marcate differenze tra i tre contesti urbani analizzati, suggerendo che la relazione tra prossimità ai servizi essenziali e salute percepita varia in funzione delle specificità territoriali. Nel caso dei rispondenti di Napoli, l'analisi dei dati suggerisce una relazione non lineare tra prossimità ai servizi e salute percepita, in quanto il miglioramento della salute non aumenta proporzionalmente al crescere della prossimità, ma segue un andamento più articolato tra le diverse categorie considerate.

La percentuale di individui che dichiarano uno stato di salute scadente o discreta risulta più elevata tra coloro che vivono in aree ad alta prossimità ai servizi (21,7%), mentre è inferiore tra chi si colloca nella categoria di prossimità media (13,9%), che al contempo presenta la quota più alta di individui che riportano una salute molto buona (42,6%). Inoltre, la salute eccellente è meno rappresentata tra i residenti con alta prossimità ai servizi (6,7%), suggerendo che la sola accessibilità alle infrastrutture non sia sufficiente a garantire un miglior benessere percepito. Anche tra coloro che risiedono in aree con bassa prossimità ai servizi, il quadro appare simile: il 20,0% riporta una salute scadente/discreta, mentre la percentuale di chi si dichiara in ottima salute (11,3%) risulta comunque superiore a quella osservata tra i residenti in aree ad alta prossimità.

I rispondenti di Roma, la distribuzione dei dati appare più equilibrata e meno influenzata dalla prossimità ai servizi. Le differenze nelle percentuali di salute percepita tra i diversi livelli di accessibilità risultano poco marcate: il 10,0% degli individui con bassa prossimità ai servizi dichiara una salute scadente/discreta, un valore simile a quello rilevato tra chi presenta una prossimità media (9,8%) e alta (10,5%). Anche per quanto riguarda la salute eccellente, la distribuzione è omogenea, con valori che oscillano tra 8,5% e 12% in tutte le categorie.

Nel campione di Milano, la relazione tra prossimità ai servizi e salute percepita appare più marcata rispetto a Roma e presenta un andamento differente. La percentuale di individui con salute scadente o discreta è significativamente più elevata tra coloro che hanno un'alta prossimità ai servizi (23,5%), che rappresenta il valore più alto tra tutte le categorie e le città analizzate. Al contrario, tra i residenti in aree con bassa prossimità ai servizi, la quota di individui con salute scadente/discreta si riduce notevolmente (9,1%), mentre la percentuale di coloro che dichiarano una salute eccellente raggiunge

il 19,0%, il valore più elevato tra tutte le categorie. Anche in questo caso, l'alta prossimità ai servizi non è associata a una percezione migliore della salute.

Tabella 62. indice di prossimità ai servizi essenziali per stato di salute percepito per città

% entro IPSS			Saluterecod				Totale
Luogo_citta			scadente/discreto	buono	molto buono	eccellente	
Napoli	IPSS	bassa prossimità	20,0%	38,8%	30,0%	11,3%	100,0%
		media prossimità	13,9%	34,3%	42,6%	9,3%	100,0%
		alta prossimità	21,7%	49,2%	22,5%	6,7%	100,0%
	Totale		18,5%	41,2%	31,5%	8,8%	100,0%
Roma	IPSS	bassa prossimità	10,0%	34,0%	44,0%	12,0%	100,0%
		media prossimità	9,8%	39,2%	42,5%	8,5%	100,0%
		alta prossimità	10,5%	38,6%	42,1%	8,8%	100,0%
	Totale		10,0%	37,4%	42,9%	9,7%	100,0%
Milano	IPSS	bassa prossimità	9,1%	24,8%	47,1%	19,0%	100,0%
		media prossimità	11,8%	23,5%	55,1%	9,6%	100,0%
		alta prossimità	23,5%	35,3%	31,4%	9,8%	100,0%
	Totale		12,7%	26,0%	48,1%	13,3%	100,0%
Totale	IPSS	bassa prossimità	12,3%	31,6%	41,5%	14,6%	100,0%
		media prossimità	11,6%	32,5%	46,9%	9,1%	100,0%
		alta prossimità	19,3%	43,4%	29,4%	7,9%	100,0%
	Totale		13,7%	34,9%	40,8%	10,6%	100,0%

L'analisi del Chi-quadrato (Tabella 63) conferma che la relazione tra prossimità ai servizi e salute percepita è statisticamente significativa a livello aggregato ($p\text{-value} < 0,032$), ma con variazioni rilevanti tra le città. A Napoli ($p\text{-value} = 0,021$) e Milano ($p\text{-value} = 0,008$), paradossalmente la maggiore prossimità ai servizi è associata a una peggiore percezione della salute, suggerendo che le aree più servite coincidano con zone caratterizzate da elevata densità abitativa, traffico e inquinamento, fattori che possono incidere negativamente sul benessere. A Roma ($p\text{-value} = 0,968$), invece, la relazione non risulta significativa, indicando che la prossimità ai servizi non ha un impatto rilevante sulla salute percepita, probabilmente grazie a una distribuzione più omogenea delle risorse urbane.

In sintesi, i risultati all'interno delle singole aree urbane evidenziano che la semplice accessibilità ai servizi non è sufficiente a garantire un migliore stato di salute percepito.

Tabella 63. Chi-quadrato indice di prossimità ai servizi essenziali per stato di salute percepito per città

Luogo_citta		Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
napoli	Chi-quadrato di Pearson	13,773 ^b	6	,032
	Rapporto di verosimiglianza	13,758	6	,032
	Associazione lineare-lineare	3,038	1	,081
	N. di casi validi	308q		
roma	Chi-quadrato di Pearson	1,356 ^c	6	,968
	Rapporto di verosimiglianza	1,335	6	,970
	Associazione lineare-lineare	,582	1	,446
	N. di casi validi	310		
milano	Chi-quadrato di Pearson	17,405 ^d	6	,008
	Rapporto di verosimiglianza	16,618	6	,011
	Associazione lineare-lineare	10,119	1	,001
	N. di casi validi	308		
Totale	Chi-quadrato di Pearson	31,230 ^a	6	,000
	Rapporto di verosimiglianza	30,765	6	,000

	Associazione lineare-lineare	17,348	1	,000
	N. di casi validi	926		

Indice di disturbo urbano

Vivere in modo salutare non significa solo prendersi cura del proprio corpo attraverso una dieta equilibrata o l'attività fisica, ma implica anche un'interazione consapevole con l'ambiente circostante. La sostenibilità, in questo contesto, non si limita alla gestione delle risorse naturali, ma coinvolge il modo in cui gli individui vivono nelle città e come l'ambiente urbano condiziona il loro benessere. Gli spazi verdi, la qualità dell'aria e la gestione delle risorse urbane sono fattori cruciali per incentivare stili di vita che siano non solo salutari, ma anche sostenibili. La World Health Organization e altri organismi internazionali hanno sottolineato il ruolo determinante che l'ambiente urbano gioca nel plasmare i comportamenti delle persone, influenzando sia la loro salute fisica sia il loro benessere mentale (Galea e Vlahov, 2005). In questo contesto, vengono analizzate sei variabili che descrivono le percezioni dei residenti rispetto ai principali fattori di disturbo ambientale. La percezione del proprio ambiente di vita influisce direttamente sulla possibilità di adottare stili di vita attivi e sostenibili. La comprensione di queste variabili offre un quadro più ampio sulle dinamiche che influenzano la qualità della vita urbana e le scelte sostenibili da parte dei cittadini. Per valutare la percezione del disturbo ambientale urbano tra i cittadini, è stato costruito un indicatore composito basato su sei variabili chiave, ognuna delle quali riflette una dimensione specifica del disagio percepito legato all'ambiente urbano.

Le variabili utilizzate includono: inquinamento visivo (spazzatura, graffiti, edifici in rovina), mancanza di manutenzione degli spazi verdi (es. erba alta, aree sporche), presenza di insetti o animali randagi, traffico e difficoltà di parcheggio, qualità dell'aria, e mancanza di aree verdi. Per ciascuna di queste variabili, agli intervistati è stato chiesto di assegnare un punteggio da 0 (nessun disturbo) a 10 (molto disturbo), rappresentando il livello di disagio percepito. Le variabili sono state inizialmente sottoposte a una verifica della loro coerenza interna tramite il coefficiente Alfa di Cronbach (Tabella 64), calcolato per garantire che le dimensioni scelte misurassero in modo affidabile lo stesso concetto sottostante di "disturbo ambientale".

Tabella n.64 Cronbach Indice di disturbo urbano

Statistiche di affidabilità	
Alfa di Cronbach	N di item
,939	6

Il valore di Alfa di Cronbach ottenuto è pari a 0,939, un risultato che denota una eccellente coerenza interna tra le variabili (Tavakol e Dennick, 2011). Questo conferma che tutte e sei le variabili selezionate contribuiscono in modo coerente alla costruzione dell'indicatore. Secondo la letteratura, valori di Alfa superiori a 0,9 indicano un'elevata affidabilità, suggerendo che le variabili misurano in modo accurato lo stesso costrutto teorico (Cortina, 1993).

L'indicatore composito è stato costruito mediante il calcolo della media aritmetica dei punteggi attribuiti alle sei variabili componenti (inquinamento visivo, manutenzione degli spazi verdi, presenza di insetti/animali randagi, traffico e disponibilità di parcheggi, qualità dell'aria e mancanza di aree verdi). Tale metodo di aggregazione garantisce che ciascuna dimensione contribuisca in egual misura alla valutazione complessiva, evitando che una singola componente influenzi in modo sproporzionato

il risultato finale. L'adozione della media aritmetica come criterio di sintesi è motivata dall'esigenza di assegnare pari rilevanza a ciascun aspetto del fenomeno analizzato, un principio coerente con la letteratura metodologica sulla costruzione di indicatori compositi. Studi precedenti evidenziano come l'utilizzo della media sia particolarmente appropriato nei casi in cui le dimensioni considerate siano concettualmente equivalenti e si voglia evitare l'introduzione di pesi arbitrari che possano distorcere l'interpretazione dei risultati.

L'indice di disturbo urbano presenta una media di 6,06 e una mediana di 7,00, suggerendo che la percezione del disturbo ambientale nei contesti urbani analizzati tende a essere moderatamente elevata (Tabella 65). Il valore modale di 10 indica che una quota significativa di rispondenti riporta il massimo livello di disagio urbano. Tuttavia, la deviazione standard di 3,07 evidenzia una notevole variabilità all'interno del campione, suggerendo differenze significative nella percezione del disturbo urbano tra i soggetti. La distribuzione dell'indice mostra una leggera asimmetria negativa (-0,461), con una maggiore concentrazione di punteggi elevati. Questo dato suggerisce che, pur essendo presenti individui che riportano livelli di disturbo urbano bassi o moderati, una parte considerevole del campione percepisce l'ambiente urbano come particolarmente problematico.

Tabella n.65 Descrittive Indice di disturbo urbano

Statistiche		
Disturbocittà		
N	Validi	926
	Mancanti	0
Media		6,0605
Mediana		7,0000
Moda		10,00
Deviazione std.		3,06544
Asimmetria		-,461
Errore std dell'asimmetria		,080
Minimo		,00
Massimo		10,00

Successivamente, l'Indice di Disturbo Ambientale (IDU) è stato convertito in una variabile categoriale con quattro livelli: quasi nessun disturbo, lieve disagio, disturbo evidente e disturbo intenso (Tabella 66). La categorizzazione è stata effettuata applicando soglie derivate dalla distribuzione statistica dei dati, tenendo in considerazione la media, la deviazione standard e la distanza interquartilica.

Tabella 66 Categorie trasformate dell'Indice di disturbo urbano (IDU)

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Quasi nessun disturbo	231	24,9	24,9	24,9
	lieve disagio	230	24,8	24,8	49,8
	disturbo evidente	237	25,6	25,6	75,4
	disturbo intenso	228	24,6	24,6	100,0
	Totale	926	100,0	100,0	

La relazione tra le categorie create dall'indice di disturbo ambientale (IDU) e stato di salute percepito mira a comprendere se e in che modo l'esposizione ai disturbi urbani possa influenzare la percezione del benessere individuale e la Tabella 67 mostra come la distribuzione della salute percepita vari in base al livello di disturbo urbano.

Questi risultati potrebbero indicare che un'esposizione moderata ai disturbi ambientali non è necessariamente dannosa per la percezione della salute, mentre livelli molto bassi o molto alti di disturbo potrebbero essere associati a una minore qualità della vita percepita.

Ciò potrebbe riflettere una maggiore capacità di adattamento in contesti di lieve disagio oppure, al contrario, effetti negativi più marcati nei contesti di forte esposizione a fattori ambientali critici.

Tuttavia, è importante sottolineare che il test del Chi-quadrato di Pearson (Tabella 68) non ha evidenziato una relazione statisticamente significativa tra l'indice e lo stato di salute percepito ($p\text{-value} > 0,05$). Questo risultato suggerisce che, pur essendoci alcune differenze nelle distribuzioni, il disturbo ambientale non è un fattore determinante nella percezione della salute all'interno del campione analizzato.

Tabella 67. Categorie indice di disturbo urbano per stato di salute (IDU)

Tabella 5.7.4. Categorie inferiori di disturbo secondo per stato di salute (IDU)						
		% entro Percentile Group of IDU				Totale
		Saluterecod				
		scadente/disc reto	Buono	molto buono	eccellente	
Percentile Group of IDU	Quasi nessun disturbo	17,3%	35,9%	37,2%	9,5%	100,0%
	lieve disagio	10,9%	31,3%	49,1%	8,7%	100,0%
	disturbo evidente	12,7%	38,4%	36,7%	12,2%	100,0%
	disturbo intenso	14,0%	33,8%	40,4%	11,8%	100,0%
Totale		13,7%	34,9%	40,8%	10,6%	100,0%

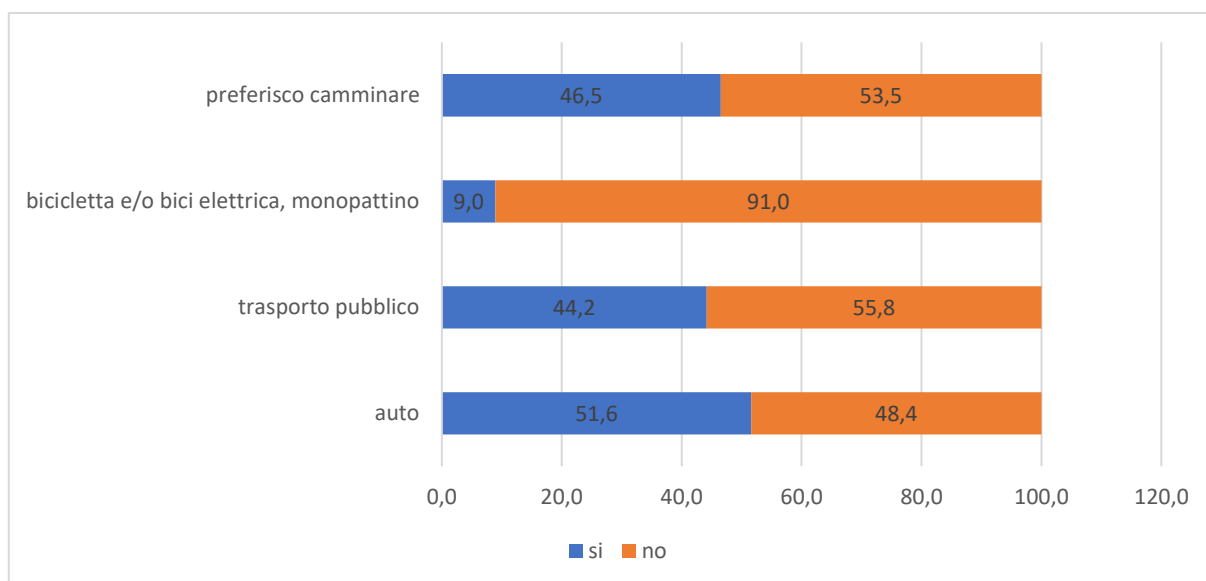
Tabella 68. Chi quadrato indice di disturbo urbano (IDU) per stato di salute

Chi-quadrato			
	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	13,176 ^a	9	,155
Rapporto di verosimiglianza	12,954	9	,165
Associazione lineare-lineare	1,062	1	,303
N. di casi validi	926		
a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 24,13.			

La mobilità nelle città metropolitane

La Figura 26 illustra le preferenze del campione per diversi mezzi di trasporto negli spostamenti urbani, evidenziando una tendenza distribuita in maniera relativamente omogenea tra alcuni mezzi e tra la preferenza di camminare a piedi. L'uso della bicicletta e di altri mezzi di trasporto elettrici emerge come decisamente meno diffuso tra quelli presi in considerazione.

Figura 26. Scelta dei mezzi di trasporto per spostamenti in città



L'analisi delle motivazioni di scelta dei mezzi di trasporto rivela dinamiche socioculturali fondamentali che influenzano i comportamenti di mobilità⁶⁰ (Tabella 69). Le differenze significative emerse nell'associazione tra i mezzi di trasporto e i motivi di utilizzo delineano un quadro chiaro delle priorità individuali e collettive, contribuendo alla comprensione delle scelte di mobilità in relazione a fattori pratici, economici e valoriali.

L'auto si conferma il mezzo di trasporto dominante per comodità (63.0%) e tempi (67.6%), tuttavia, questa centralità presenta forti contraddizioni: l'auto è raramente scelta per sostenibilità (5.6%) e risulta poco accessibile per motivi di costo (20.9%). Nonostante le associazioni significative con comodità, tempi e sicurezza, l'auto perpetua un modello di trasporto ambientalmente (e non solo) insostenibile, contribuendo all'inquinamento, alla congestione urbana e al consumo eccessivo di spazio pubblico. I mezzi pubblici si distinguono per associazioni significative con costo (41.8%) e sostenibilità (25.9%), sottolineando il loro ruolo come mezzo di mobilità economica e ambientalmente responsabile. Tuttavia, la percezione di scarsa sicurezza (16.1%) e una valutazione moderata della comodità (54.8%) ne limitano l'uso.

La bicicletta emerge come simbolo di sostenibilità (32.5%) e presenta valori relativamente alti per comodità (55.4%) e costo (38.6%). Tuttavia, la percezione di scarsa sicurezza (15.7%) riflette una mancanza di infrastrutture adeguate, come piste ciclabili protette, che rappresentano una barriera all'adozione su larga scala. Analogamente, il camminare, pur associato a comodità (57.8%) e sostenibilità (22.5%).

La sostenibilità, pur risultando un motivo significativo per mezzi pubblici, bicicletta e camminare, mostra percentuali ancora troppo basse per competere con i fattori tradizionali come comodità e tempi. Questo suggerisce che, sebbene vi sia una crescente consapevolezza ambientale, le scelte di mobilità sono ancora fortemente influenzate da barriere economiche, infrastrutturali e culturali.

Tabella 69. Motivazione utilizzo mezzi di trasporto

Motivo	Auto/moto (Sì/No)	Mezzi pubblici (Sì/No)	Camminare (Sì/No)	Bicicletta (Sì/No)	Significativo
Comodità	63.0% - 37.0%	54.8% - 45.2%	57.8% - 42.2%	55.4% - 44.6%	Auto/moto
Costo	20.9% - 79.1%	41.8% - 58.2%	33.2% - 66.8%	38.6% - 61.4%	Auto/moto, Mezzi pubblici

⁶⁰ Tabella completa test di significatività in Appendice B, Tabella B1

Tempi	67.6% - 32.4%	60.9% - 39.1%	62.6% - 37.4%	56.6% - 43.4%	Auto/moto
Sicurezza	18.4% - 81.6%	16.1% - 83.9%	13.7% - 86.3%	15.7% - 84.3%	Auto/moto
Sostenibilità	5.6% - 94.4%	25.9% - 74.1%	22.5% - 77.5%	32.5% - 67.5%	Tutti

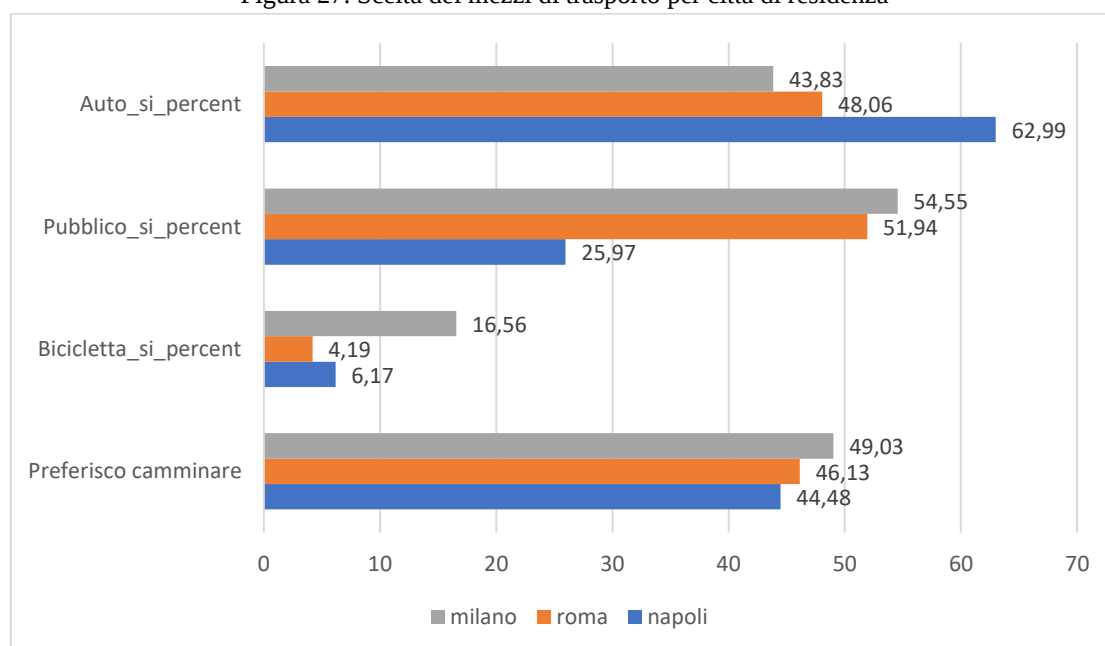
Dai risultati presentati in Figura 27 emerge che il campione di Milano manifesta una propensione più marcata verso modalità di trasporto sostenibili rispetto alle altre città analizzate. In particolare, il 16,56% degli intervistati dichiara di utilizzare la bicicletta come mezzo di trasporto principale, e il 54,55% fa affidamento sui mezzi di trasporto pubblico. Tali dati suggeriscono la presenza di un'infrastruttura ciclabile sviluppata e di una rete di trasporti pubblici efficiente, che fanno di Milano un esempio virtuoso di politiche di mobilità urbana sostenibile.

A Roma, l'utilizzo della bicicletta risulta sensibilmente inferiore (4,19%), mentre il trasporto pubblico rappresenta comunque una modalità rilevante, adottata dal 51,94% della popolazione. Nonostante l'adozione limitata di mezzi alternativi come la bicicletta, il ricorso al trasporto pubblico resta cruciale per la mobilità cittadina. Tuttavia, permane un uso consistente dell'automobile, preferita dal 48,06% degli intervistati, indicando la persistenza di una forte dipendenza dalla mobilità privata.

Napoli, invece, presenta un quadro differente, caratterizzato da una netta predominanza dell'uso dell'auto privata, scelta dal 62,99% del campione. Questa situazione evidenzia una minore diffusione di modalità di trasporto sostenibili, probabilmente imputabile a carenze infrastrutturali e a una limitata accessibilità ai servizi pubblici di mobilità, utilizzati solo dal 25,97% della popolazione. L'adozione della bicicletta appare marginale (6,17%), confermando una scarsa penetrazione di pratiche di mobilità attiva. Infine, per quanto riguarda l'opzione di camminare, le percentuali risultano relativamente uniformi tra le tre città, con una leggera prevalenza a Milano (49,03%), seguita da Roma (46,13%) e Napoli (44,48%).

Nel complesso, i dati evidenziano una correlazione tra la disponibilità di infrastrutture sostenibili e l'adozione di modalità di trasporto alternative all'auto privata, sottolineando la centralità delle politiche urbane nella promozione della mobilità sostenibile.

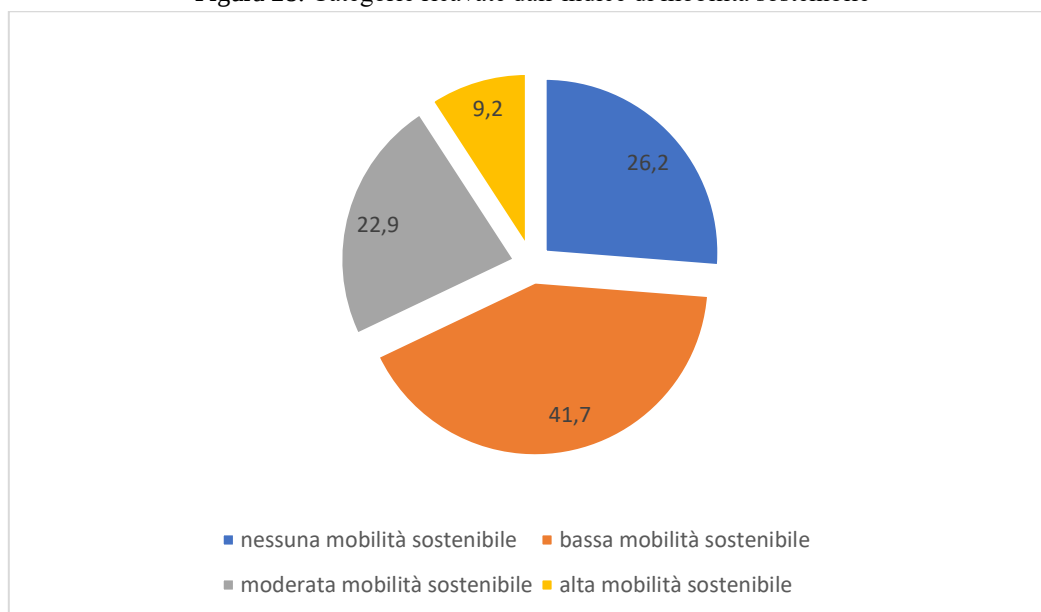
Figura 27. Scelta dei mezzi di trasporto per città di residenza



L'indagine sulle preferenze di trasporto urbano rivela quindi delle differenze significative tra Napoli, Roma e Milano in termini di scelte di mobilità.

Per analizzare in modo più strutturato e comparabile le differenze nell'adozione di modalità di trasporto ecologicamente sostenibili, è stato costruito un indice di mobilità sostenibile (per comodità abbreviato successivamente in IMS). Questo indice⁶¹ si basa su un approccio sommatorio semplice che integra quattro variabili chiave: l'utilizzo della bicicletta e/o di mezzi elettrici, il ricorso al trasporto pubblico, la preferenza per camminare nei brevi spostamenti e la motivazione della scelta legata alla sostenibilità ambientale. Le variabili sono state codificate in modo binario (1 = sì, 0 = no) e sommate per ottenere un punteggio che varia da 0 a 4, riflettendo diversi livelli di sostenibilità nei comportamenti di mobilità. Successivamente, l'indice è stato categorizzato in quattro fasce principali (Figura 28) che rimarcano ovviamente una distribuzione in cui prevale una bassa mobilità sostenibile (41,7%), seguita da una quota significativa di individui che non adottano alcuna pratica di mobilità sostenibile (26,2%). La mobilità moderata (22,9%) rappresenta un segmento intermedio, mentre solo una minoranza raggiunge un livello di alta mobilità sostenibile (9,2%).

Figura 28. Categorie ricavate dall'indice di mobilità sostenibile



L'obiettivo successivo è quello verificare se e come le scelte di mobilità sostenibile siano influenzate da diversi fattori sociodemografici. L'analisi dei dati ha evidenziato una relazione statisticamente significativa sia con l'età che con la condizione occupazionale, confermata dal test chi-quadro e dal V di cramer. I risultati⁶² infatti mostrano una distribuzione marcata nelle scelte di mobilità, con i giovani e gli studenti che emergono come i gruppi più orientati verso pratiche sostenibili. Gli studenti, in particolare, si distinguono per una maggiore rappresentanza nelle categorie di moderata e alta mobilità sostenibile, con il 94,9% dei giovani di 18-24 anni che adotta almeno una modalità sostenibile e l'89,8% che raggiunge l'alta mobilità sostenibile (Figura 31).

Al contrario, gli occupati mostrano una propensione minore verso pratiche sostenibili, specialmente con l'aumentare dell'età (Figura 29). Il 36,2% degli occupati con nessuna mobilità sostenibile si concentra nella fascia 45-55 anni, mentre solo il 15,8% di questi raggiunge l'alta mobilità sostenibile.

⁶¹ Tabella in appendice B, Tabella B2

⁶² Tabella in appendice B

Questo suggerisce che i vincoli lavorativi, i tempi stretti e la necessità di spostamenti su lunghe distanze possano limitare l'adozione di modalità ecologiche (Anable, 2005). Tuttavia, tra gli occupati più giovani, si osserva una maggiore propensione verso scelte sostenibili, segno che l'età gioca un ruolo cruciale nell'interazione con le dinamiche lavorative. Chi è in cerca di lavoro o combina studio e lavoro presenta una situazione intermedia, con una rappresentanza significativa nelle categorie di mobilità sostenibile moderata e alta. Questo può essere attribuito a fattori economici e alla possibilità di accedere a opzioni di trasporto pubblico o attivo. Per la casalingo/a e i lavoratori misti, i numeri sono più limitati a causa della bassa frequenza, ma emergono comunque delle dinamiche di esclusione che indicano la necessità di ulteriori studi.

Figura 29. Distribuzione IMS per gli occupati suddivisa per fascia d'età

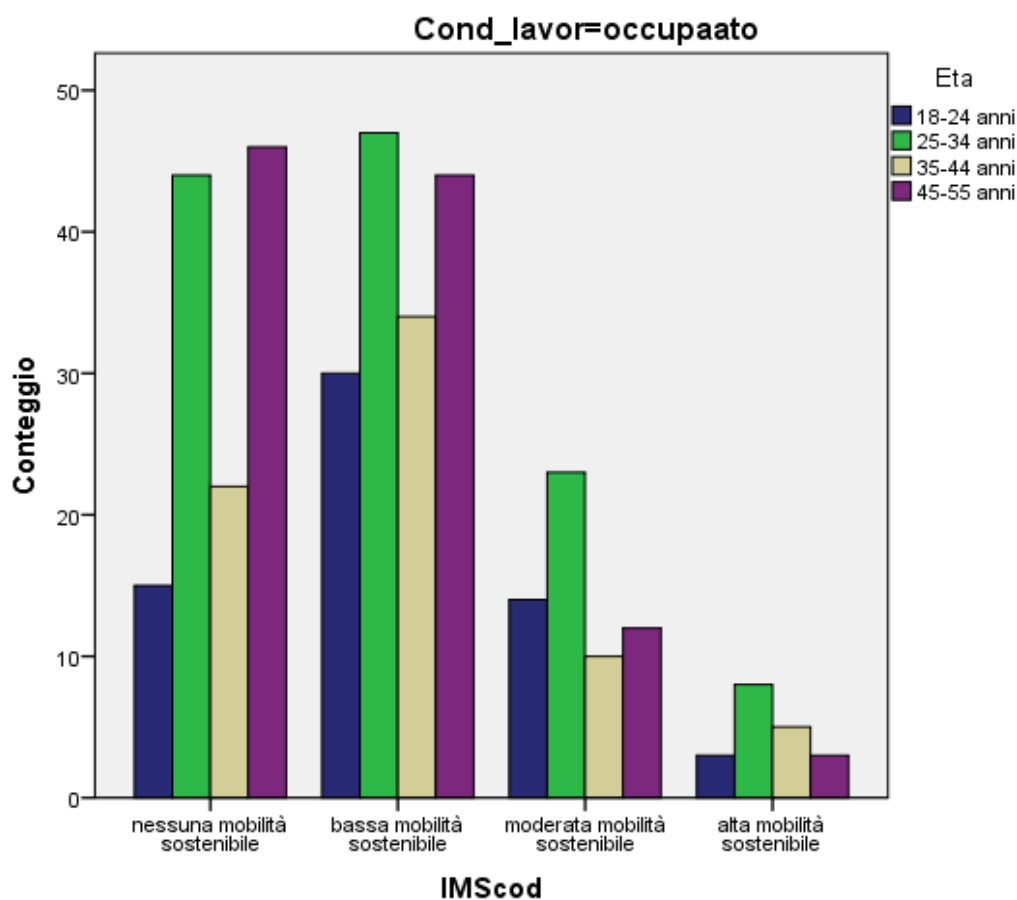


Figura 30. Distribuzione IMS per disoccupati e in cerca di occupazione suddivisa per fascia d'età

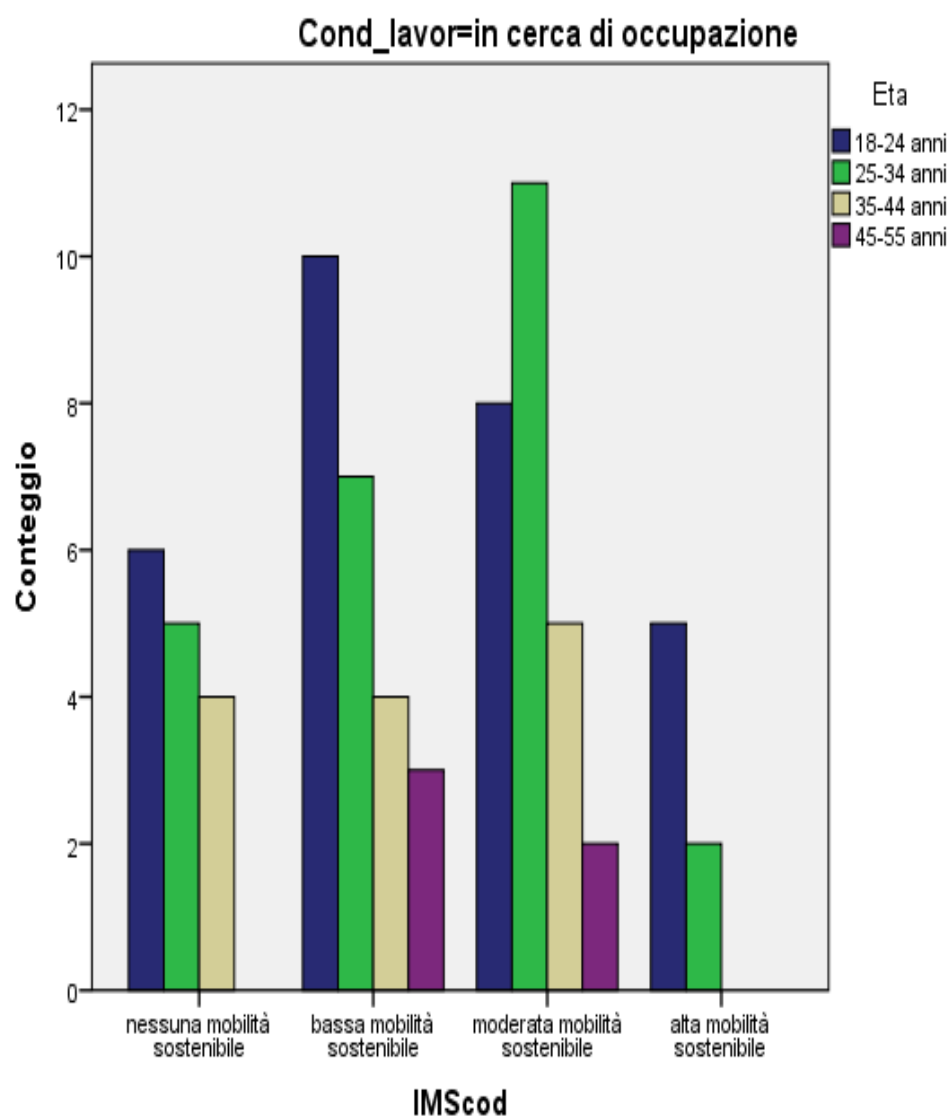


Figura 31. Distribuzione IMS per studenti/esse, suddivisa per fascia d'età

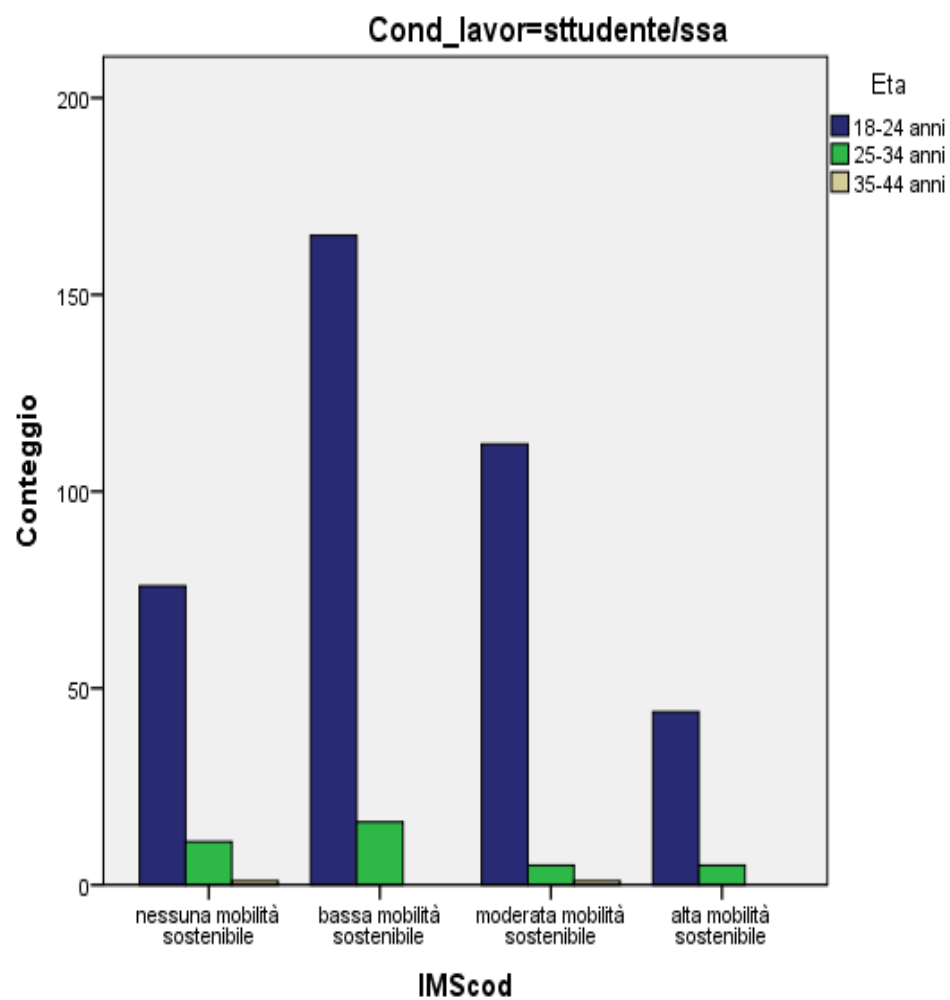
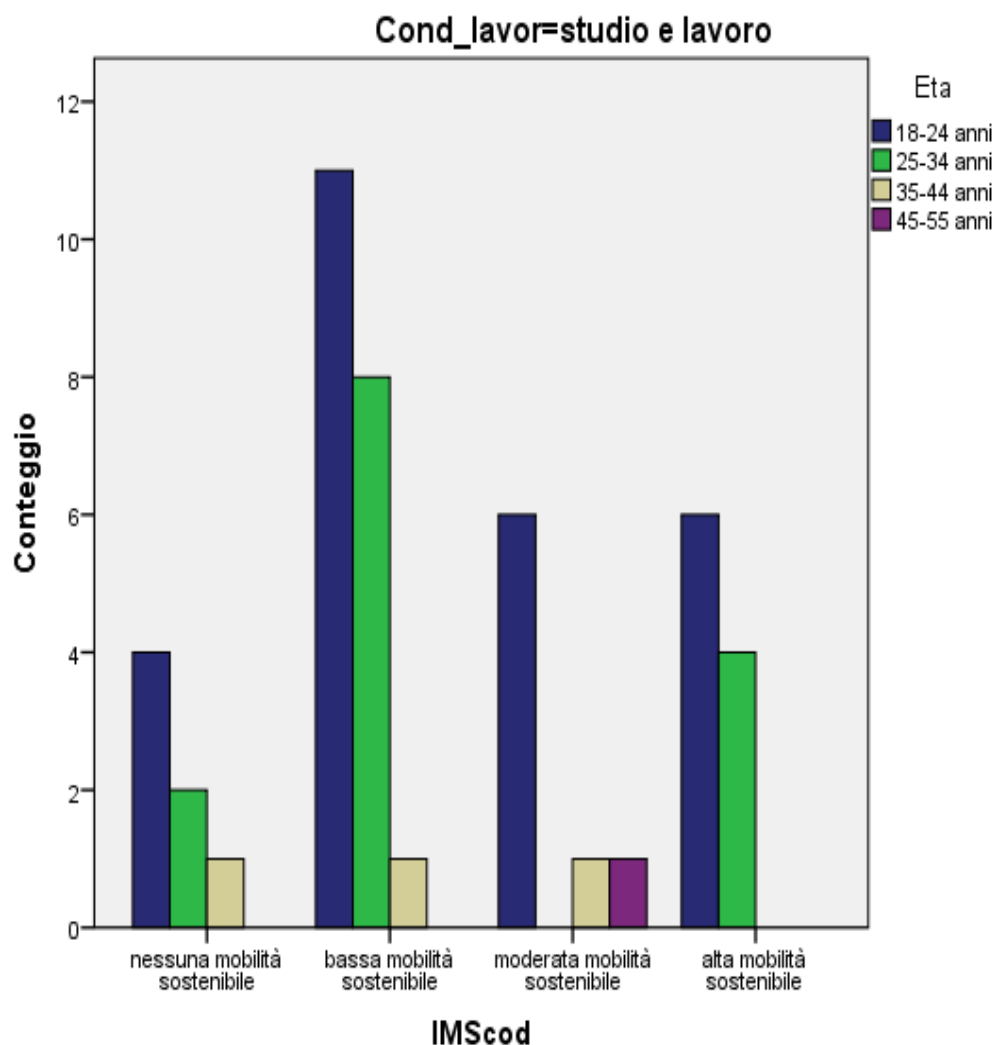


Figura 32. Distribuzione IMS per chi studia e lavora, suddivisa per fascia d'età



Determinate conferme arrivano anche dalla relazione tra prossimità dei servizi e comportamenti di mobilità sostenibile. I risultati dell'analisi⁶³ dimostrano come l'accesso ai servizi (indicato dall'indice di prossimità dei servizi essenziali - IPSE) influisca in modo differenziato sui livelli di mobilità sostenibile. Sebbene la relazione generale mostri un'associazione significativa, le peculiarità socio-spaziali di ciascuna città rivelano configurazioni diverse e talvolta inaspettate.

Napoli (Figura 33), ad esempio, evidenzia un legame direzionale tra prossimità dei servizi e mobilità sostenibile, con una significativa influenza della prossimità media e alta sulla scelta di pratiche più sostenibili. Tuttavia, le percentuali relativamente alte di "nessuna mobilità sostenibile" nelle aree a bassa prossimità suggeriscono una fragilità infrastrutturale che perpetua modelli di dipendenza da forme di trasporto non sostenibili. Questa dinamica riflette la stratificazione socioeconomica che caratterizza la città, dove la carenza di accesso ai servizi amplifica le disuguaglianze spaziali e limita le opportunità di transizione ecologica.

Roma (Figura 34), invece, si distingue per una minore correlazione tra prossimità e mobilità sostenibile. La capitale sembra essere influenzata da una complessità infrastrutturale e culturale che sovrasta l'effetto diretto della prossimità. Qui, il trasporto pubblico e la distribuzione dei servizi sembrano essere percepiti in modo meno efficace, portando a comportamenti di mobilità meno

⁶³ Tabella in appendice

coerenti con gli obiettivi di sostenibilità, indipendentemente dal livello di prossimità. Questo scenario sottolinea l'importanza di affrontare non solo le barriere infrastrutturali ma anche le percezioni e le abitudini consolidate nella popolazione.

Milano (Figura 35), al contrario, presenta una relazione più marcata e coerente tra prossimità e mobilità sostenibile, ma con una dinamica peculiare: le aree a bassa prossimità mostrano tassi più elevati di bassa mobilità sostenibile. Questo dato riflette il forte peso del modello di sviluppo urbano milanese, caratterizzato da una polarizzazione tra il centro ben servito e le periferie, spesso trascurate. Sebbene Milano sia un esempio virtuoso di politiche di sostenibilità, come le zone a traffico limitato e i servizi di sharing mobility, i dati indicano che tali iniziative non riescono a colmare completamente le disuguaglianze territoriali.

Figura 33. Distribuzione dell'IMS - Napoli

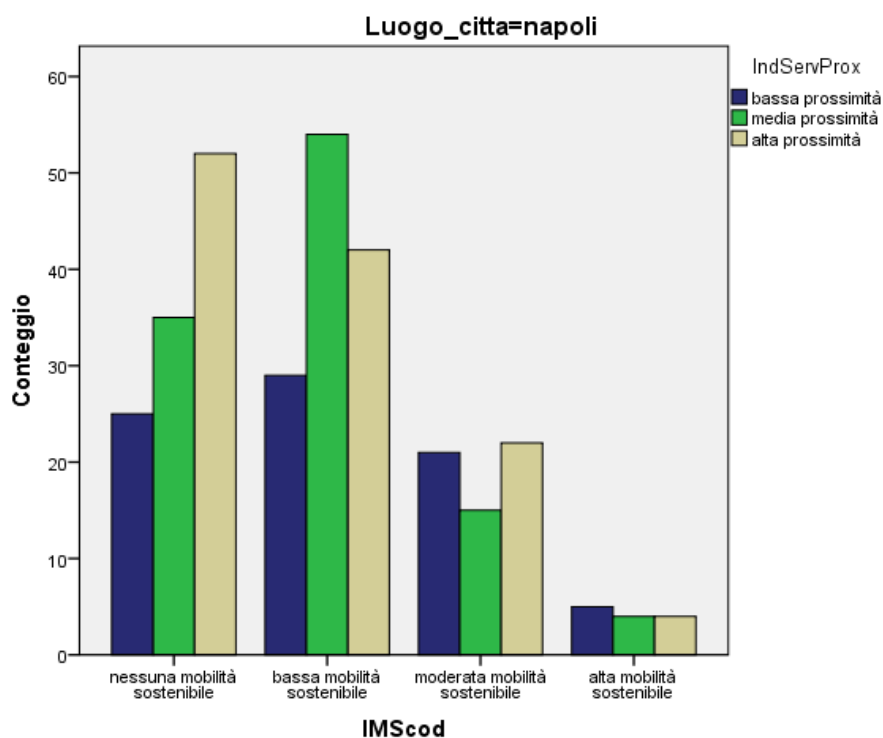


Figura 34. Distribuzione dell'IMS – Roma

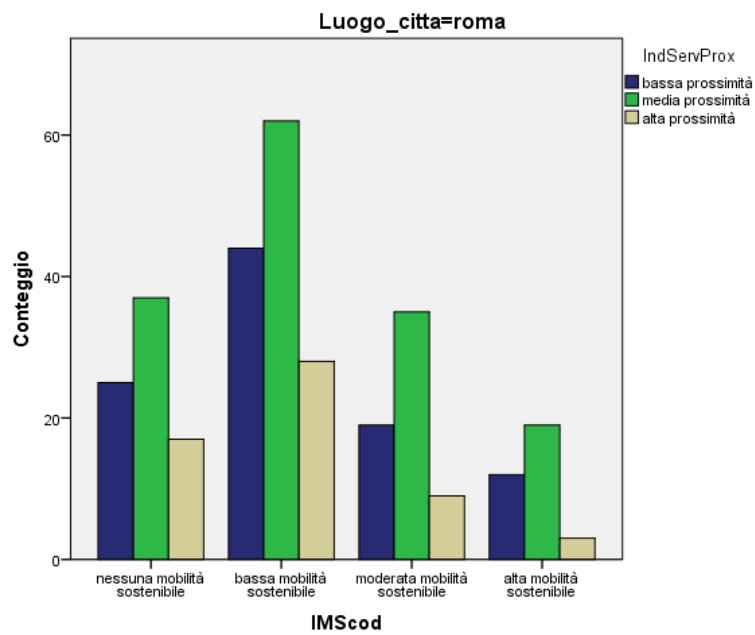
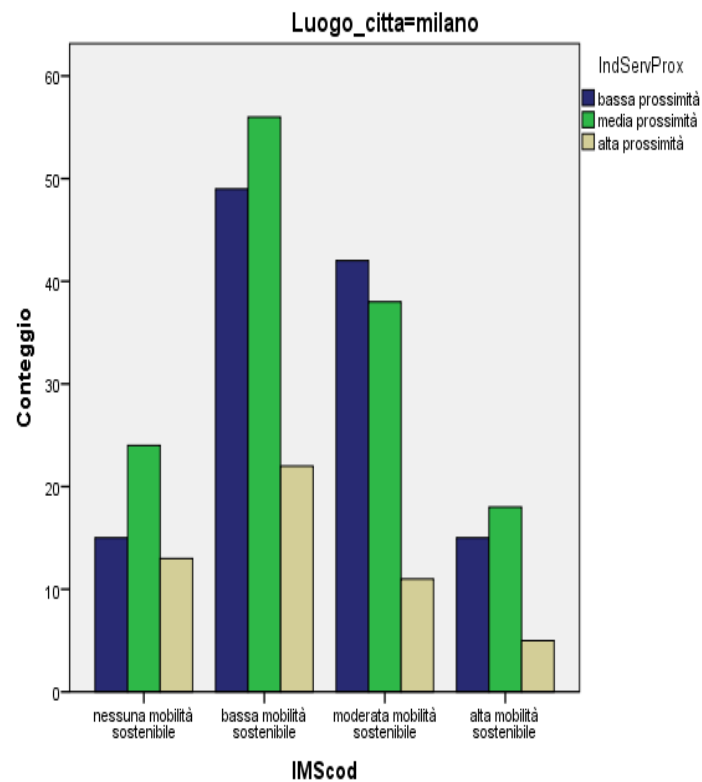


Figura 35. Distribuzione dell'IMS – Milano



3.1.9 Analisi delle corrispondenze multiple e cluster

Nell'ambito dell'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM), le variabili coinvolte possono assumere due ruoli distinti che guidano la strategia analitica e interpretativa della ricerca: le variabili attive e le variabili illustrative. Le variabili attive sono quelle che entrano direttamente nell'analisi e contribuiscono alla formazione della matrice logicodisgiuntiva completa, della matrice di Burt e degli assi fattoriali. Esse rappresentano i fenomeni centrali di interesse e sono fondamentali per individuare le strutture latenti presenti nei dati. Al contrario, le variabili illustrative, o supplementari, non partecipano alla fase di estrazione dei fattori ma vengono utilizzate successivamente come supporto interpretativo, consentendo di esplorare le relazioni tra i fattori emersi e queste variabili aggiuntive. Le variabili attive selezionate in questo studio (Tabella 70) sono state scelte con l'obiettivo di catturare le dimensioni comportamentali e valoriali più rilevanti per l'analisi degli aspetti legati agli stili di vita e alle pratiche salutari e di sostenibile:

Tabella 70. Variabili attive utilizzate per l'ACM

Variabili attive	Classificazione	Finalità
Attività fisica	Sedentarietà, Attività occasionale, Regolare, Intensa	Analizzare il legame tra la pratica sportiva e il benessere individuale
Senso di comunità	Basso, Medio, Alto	Esplorare il grado di coesione sociale e il suo impatto sulle percezioni individuali
Stato di salute percepito	Scadente/Discreto, Buono/Molto Buono	Valutare il rapporto tra benessere soggettivo e altri fattori ambientali e sociali
Indice di pratica sostenibile	Assenza di pratiche, Parziale pratica, Alta pratica sostenibile	Misurare l'adozione di comportamenti eco-compatibili
Dimensione valoriale ⁶⁴ (analisi CATPCA)	Bassi, Medi, Alti	Identificare le configurazioni valoriali predominanti nel campione
Indice di alimentazione sana e sostenibile	Indicatore della qualità e sostenibilità alimentare	Analizzare la qualità e sostenibilità delle scelte alimentari
Indice di prossimità ai servizi essenziali	Alta, Media, Bassa prossimità	Indagare le disparità territoriali nell'accesso alle infrastrutture urbane
Frequenza dei controlli medici di routine	Regolare, Occasionale	Esaminare le abitudini di prevenzione sanitaria

Parallelamente, sono state incluse variabili illustrative di tipo sociodemografico (quali: età, genere, titolo di studio e reddito) per facilitare l'interpretazione dei risultati e approfondire le dinamiche emerse nell'analisi. L'integrazione di queste variabili consente di cogliere eventuali disuguaglianze e differenze di comportamento in base alle caratteristiche individuali e al contesto socioeconomico di riferimento.

Inoltre, è stata considerata una variabile aggiuntiva, l'indice di disturbo percepito, che ha mostrato un'influenza minore rispetto agli altri fattori, ma è stata inclusa per esplorare eventuali relazioni con le dimensioni analizzate.

La Tabella 71 degli autovalori mostra che i primi quattro fattori presentano autovalori rispettivamente pari a 0,193 per F1, 0,160 per F2, 0,127 per F3 e 0,111 per F4 e, la regola di Kaiser (1959) consiglia di considerare solo i valori superiori a 0,1.

⁶⁴ " valori dei terzili emersi dalle analisi sono riportati in Appendice C, a integrazione dei risultati presentati

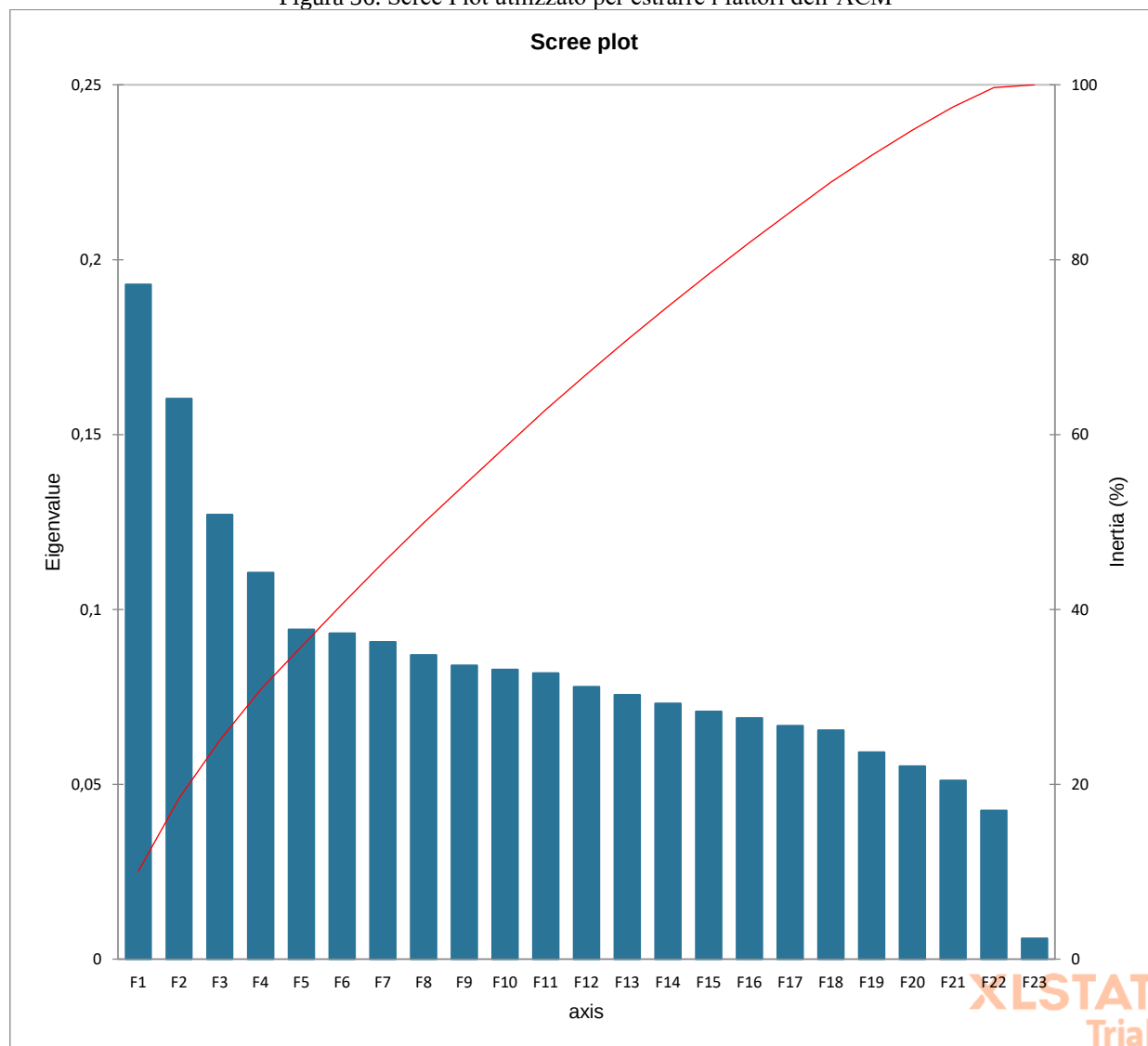
Questi valori corrispondono a una varianza cumulativa totale al 30,823%⁶⁵.

Tabella 71, Fattori estratti dall'ACM

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
Eigenvalue	0,193	0,160	0,127	0,111	0,094	0,093	0,091	0,087	0,084	0,083
Variability (%)	10,063	8,361	6,630	5,768	4,919	4,862	4,732	4,535	4,383	4,318
Cumulative %	10,063	18,424	25,055	30,823	35,742	40,604	45,336	49,871	54,254	58,572

Inoltre, lo scree plot conferma visivamente questa scelta mostrando un chiaro punto di svolta dopo il quarto fattore, dove l'andamento degli autovalori decresce in modo meno pronunciato, indicando che i fattori aggiuntivi apportano un contributo limitato alla spiegazione complessiva dei dati. Questa tecnica è comunemente utilizzata per individuare la soglia oltre la quale l'inclusione di ulteriori fattori non migliora significativamente la qualità della rappresentazione (Cattell, 1966).

Figura 36. Scree Plot utilizzato per estrarre i fattori dell'ACM



⁶⁵ I fattori successivi F5, F6 e F7...F23, presentano autovalori inferiori a 0,1 e spiegano una porzione marginale della varianza totale.

I quattro fattori forniscono una rappresentazione strutturata delle principali dimensioni analizzate, in cui le variabili con i contributi più elevati delineano opposizioni chiave tra comportamenti sostenibili e non sostenibili, stili di vita attivi e sedentari e condizioni ambientali favorevoli o penalizzanti (Tabella 72).

Il primo fattore contrappone una dimensione caratterizzata dall'impegno sociale e dalla sostenibilità ambientale a una più individualistica, con una minore attenzione alla sostenibilità. Questo asse è delineato positivamente dai valori di solidarietà e responsabilità civica alti, che contribuiscono per il 9,068%, indicando una dimensione caratterizzata da un forte senso di responsabilità sociale e partecipazione civica. Anche l'alta pratica sostenibile contribuisce in questa direzione (4,936%) evidenziando comportamenti orientati al rispetto dell'ambiente, come il riciclo e l'uso consapevole delle risorse. Sul versante opposto si collocano i valori di solidarietà e responsabilità civica bassi (con un contributo del 13,058%), che delineano una dimensione più individualistica, caratterizzata da una minore attenzione all'impegno collettivo. In questa direzione si inserisce anche il basso senso di comunità (contributo del 3,179%), che riflette una scarsa partecipazione alla vita comunitaria e una ridotta coesione sociale.

Il secondo fattore distingue una mobilità sostenibile e orientata all'eco-compatibilità a una, mobilità più passiva e meno attenta agli impatti ambientali. La variabile con il contributo più elevato è l'alta mobilità sostenibile (contributo del 36,572%), che rappresenta una preferenza per spostamenti ecologici, come l'uso della bicicletta, dei mezzi pubblici e dei veicoli elettrici. Anche la pratica sostenibile moderata, con un contributo del 21,843%, indica un impegno verso scelte quotidiane rispettose dell'ambiente. In contrapposizione, sul versante opposto, si trovano la bassa o nessuna pratica sostenibile (contributo del 3,167%) e la bassa mobilità sostenibile (contributo dell'1,904%), che riflettono una preferenza per modalità di trasporto meno ecologiche e una scarsa attenzione alla sostenibilità ambientale.

Il terzo fattore riflette un contrasto tra un elevato benessere personale e sociale, supportato da stili di vita salutarì dinamici, a una condizione opposta, caratterizzata da comportamenti sedentari e una percezione dello stato di salute meno favorevole.

Sul versante positivo, il benessere e la socialità di livello medio contribuiscono significativamente, con un valore pari al 17,128%, indicando una dimensione equilibrata tra vita sociale e benessere individuale. Anche i valori di solidarietà e responsabilità civica di livello medio, con un contributo dell'11,747%, suggeriscono un moderato grado di impegno sociale. I valori tradizionali e di realizzazione personale di livello medio (con un contributo dell'11,121%), insieme all'orientamento verso scienza e tecnologia (9,374%), evidenziano una propensione all'integrazione tra elementi di modernità, innovazione e tradizione.

Sul versante negativo, l'asse è contrassegnato da una percezione della salute meno favorevole, rappresentata dalla prevalenza di condizioni di salute scadente o discreta (contributo dell'1,648%) e dalla sedentarietà (0,734%). Questi aspetti delineano una dimensione più vulnerabile, caratterizzata da una minore attenzione al benessere fisico e da una limitata adozione di stili di vita salutarì.

Il quarto fattore evidenzia la relazione tra percezione della salute e accesso ai servizi essenziali, distinguendo tra un contesto favorevole, caratterizzato da una buona salute e infrastrutture accessibili e, una dimensione più critica, associata a una difficoltà di accesso alle risorse e una percezione negativa del proprio benessere. Sul versante positivo, la variabile salute con la modalità eccellente contribuisce in modo significativo con un valore del 15,145%, riflettendo una percezione ottimale dello stato di salute. A supporto di questo fattore, la pratica sportiva regolare e intensa (contributo del 9,587%) contribuisce a delineare un profilo caratterizzato da una maggiore attenzione al benessere

fisico. Inoltre, l'alta prossimità ai servizi essenziali, con un contributo del 10,432%, indica una dimensione dove un miglior accesso alle infrastrutture e ai servizi essenziali, facilita l'adozione di comportamenti salutari e sostenibili. In contrapposizione, sul versante negativo, si trovano la salute scadente/discreta (contributo dell'11,768%) e la sedentarietà (11,417%), che delineano una percezione negativa della salute e uno stile di vita caratterizzato da inattività fisica. La bassa prossimità ai servizi essenziali (contributo del 6,651%) sottolinea ulteriormente le difficoltà legate all'accesso alle risorse fondamentali.

Tabella 72. Contribuiti delle variabili e delle modalità ai fattori dell'ACM

	F1	F2	F3	F4
attività fisica sportiva-occasionale	0,088	0,009	0,223	1,024
attività fisica sportiva-regolare e intensa	0,105	0,032	1,022	9,587
attività fisica sportiva-sedentari	0,053	0,043	0,734	11,417
recod sensocomunità-alto	2,592	0,106	0,875	6,614
recod sensocomunità-basso	3,179	0,115	3,043	1,046
recod sensocomunità-medio	0,462	0,657	1,833	1,919
salute recod-Buono/molto buono	0,160	0,082	0,211	0,000
salute recod-eccellente	1,078	1,051	0,054	15,145
salute recod-scadente/discreto	0,001	0,053	1,648	11,768
Indice di pratica sostenibile -Bassa o nessuna pratica sostenibile	0,599	3,167	0,025	0,025
Indice di pratica sostenibile -alta pratica sostenibile	4,936		0,351	1,211
Indice di pratica sostenibile - pratica sostenibile moderata	2,025	21,843	2,671	0,283
Indice mobilità sostenibile -alta mobilità sostenibile	6,296	36,572	0,200	0,378
Indice mobilità sostenibile -bassa mobilità sostenibile	0,137	1,904	0,045	0,051
Indice mobilità sostenibile -nessuna o moderata mobilità sostenibile	0,553	1,803	0,151	0,225
Valori Tradizionali e Realizzazione Personale-alto	6,586	1,889	7,337	0,009
Valori Tradizionali e Realizzazione Personale -basso	7,996	3,786	0,284	0,787
Valori Tradizionali e Realizzazione Personale -medio	0,369	0,661	11,121	1,202
Valori Solidarietà e responsabilità civica-alto	9,068	0,489	7,598	0,040
Valori Solidarietà e responsabilità civica -basso	13,058	2,235	0,430	3,199
Valori Solidarietà e responsabilità civica -medio	0,084	0,460	11,747	3,504
Orientamento verso scienza e tecnologia -alto	4,535	0,125	6,034	0,804
Orientamento verso scienza e tecnologia -basso	10,585	1,608	0,022	0,813
Orientamento verso scienza e tecnologia -medio	1,219	1,122	9,374	5,147
Benessere e socialità -alto	7,885	0,784	7,169	0,145
Benessere e socialità -basso	12,621	2,358	1,446	0,159
Benessere e socialità -medio	0,232	0,322	17,128	0,666
Indice di Alimentazione Sana Sostenibile-Bassa o parziale adesione	1,062	0,132	0,839	2,434
Indice di Alimentazione Sana Sostenibile -buona adesione	0,103	0,306	0,661	1,035
Indice di Alimentazione Sana Sostenibile -eccellente adesione	1,283	0,000	0,281	1,523
Indice di Prossimità ai servizi essenziali -alta prossimità	0,161	0,905	3,231	10,432
Indice di Prossimità ai servizi essenziali -bassa prossimità	0,700	0,000	1,028	6,651
Indice di Prossimità ai servizi essenziali -media prossimità	0,180	0,519	0,230	0,041

frequenzaanalisi mediche-occasionale	0,005	0,135	0,582	0,437
frequenzaanalisi mediche-regolare	0,003	0,086	0,372	0,279

La scelta di proiettare i primi due assi è giustificata dalla loro capacità di spiegare una porzione rilevante della varianza totale e di identificare le dimensioni più significative emerse dall'analisi. Anche il posizionamento delle variabili conferma le interpretazioni precedenti, delineando una netta distinzione tra sostenibilità, responsabilità sociale, mobilità ecologica e stili di vita attivi da un lato, e comportamenti meno sostenibili e più sedentari dall'altro.

La rappresentazione grafica dell'ACM (Figura 37) ha permesso di individuare una struttura sottostante alle variabili considerate, organizzandole lungo gli assi considerati.

Nel quadrante in basso a destra si collocano individui caratterizzati da un elevato benessere individuale, una forte attenzione alla salute e una partecipazione sociale attiva, ma che al contempo riportano un'alta percezione del disturbo ambientale. La presenza di variabili come lo stato di salute eccellente e l'adesione elevata agli stili di vita salutari evidenzia un impegno significativo nella cura del proprio benessere fisico e mentale. L'attività fisica regolare e intensa conferma uno stile di vita attivo e orientato alla prevenzione, mentre il forte senso di comunità e i valori di solidarietà e responsabilità civica suggeriscono una partecipazione attiva alla vita sociale.

Tuttavia, la percezione intensa del disturbo ambientale suggerisce che questi individui siano particolarmente sensibili alle problematiche ecologiche o vivano in contesti urbani in cui fattori come traffico, inquinamento e degrado ambientale influenzano negativamente la loro qualità della vita. La modalità di reddito medio-alto e l'accesso a opportunità e infrastrutture di qualità contribuiscono alla loro capacità di adottare pratiche salutari, sebbene la loro attenzione alla sostenibilità ambientale sia meno marcata rispetto ad altri profili.

Nel quadrante in alto a destra emergono i profili più orientati alla sostenibilità ambientale e all'impegno sociale, con una forte adesione a comportamenti ecocompatibili e una mobilità sostenibile elevata. Qui si trovano una proiezione di pratiche quotidiane volte alla riduzione dell'impatto ambientale, come il riciclo, l'uso responsabile delle risorse e il ricorso a mezzi di trasporto a basso impatto ecologico. È una dimensione che si contraddistingue da una elevata sensibilità comunitaria. A questi fattori si associa un livello di istruzione medio-alto e una stabilità economica. Il questo quadrante lo stile di vita riflette un modello di cittadinanza attiva e responsabile, che coniuga un elevato capitale culturale con scelte ecologicamente sostenibili, probabilmente favorito da un contesto urbano dotato di infrastrutture che incentivano la mobilità sostenibile e il rispetto dell'ambiente.

Nel quadrante, in basso a sinistra, si concentrano una dimensione di vulnerabilità sociale ed economica, caratterizzata da una scarsa attenzione alla sostenibilità e da stili di vita sedentari.

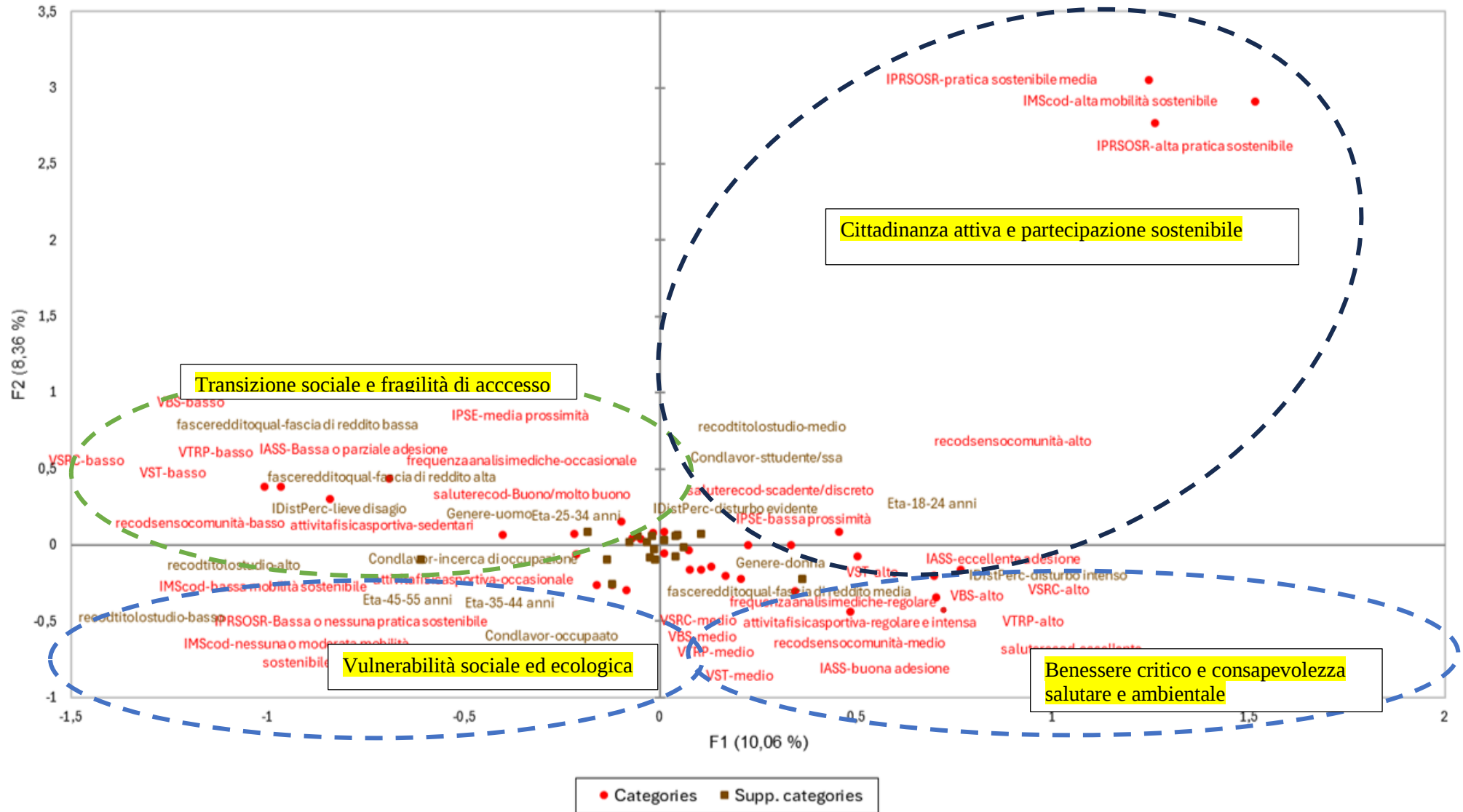
In questa categoria rientrano coloro che riportano una salute scadente o discreta, con un livello molto basso di attività fisica e una percezione negativa del proprio benessere. La loro adesione a pratiche sostenibili è limitata o assente, probabilmente a causa di una combinazione di fattori economici e culturali che ostacolano l'adozione di comportamenti ecocompatibili.

La bassa mobilità sostenibile suggerisce una maggiore dipendenza dall'uso di mezzi privati inquinanti o, in alternativa, una difficoltà di accesso a trasporti pubblici efficienti. La loro condizione è ulteriormente aggravata da un basso livello di istruzione e da un reddito ridotto, che limitano la possibilità di migliorare il proprio stile di vita e accedere a servizi di qualità. Inoltre, il basso senso di comunità e la ridotta partecipazione sociale indicano una possibile condizione di isolamento, che può derivare da un contesto caratterizzato da marginalità economica e sociale. In tal senso, questo quadrante rappresenta un profilo di esclusione sociale e ambientale, che necessita di interventi strutturali per migliorare la qualità della vita e favorire una maggiore inclusione.

Infine, il quadrante in alto a sinistra rappresenta una situazione intermedia tra vulnerabilità e benessere, caratterizzata da una partecipazione sociale moderata e da un'adesione parziale a pratiche sostenibili. Qui si trovano individui che, pur non appartenendo alle fasce più svantaggiate, presentano comunque limitazioni nell'accesso a risorse e opportunità. La loro salute è percepita in modo non ottimale, e l'attività fisica risulta sporadica o limitata. La loro partecipazione sociale, sebbene non sia ai livelli più elevati, è comunque più significativa rispetto a coloro situati nel quadrante in basso a sinistra, suggerendo un parziale coinvolgimento nella vita comunitaria. Inoltre si richiama una bassa prossimità ai servizi essenziali, il che può ostacolare l'adozione di pratiche più sostenibili e salutari. A livello socioeconomico, si tratta di individui con un reddito medio-basso e un livello di istruzione intermedio, che si trovano in una posizione di transizione tra esclusione e integrazione. Questo quadrante rappresenta dunque un profilo con margini di miglioramento, in cui interventi mirati potrebbero favorire una maggiore adesione a comportamenti salutari e sostenibili.

Nel complesso, l'analisi evidenzia come le disuguaglianze socioeconomiche e ambientali si riflettano nella distribuzione dei comportamenti e delle percezioni, con una netta contrapposizione tra dimensioni altamente impegnati nella sostenibilità e nella partecipazione civica e gruppi più marginalizzati, la cui limitata adesione a pratiche ecocompatibili può essere interpretata non solo come una scelta individuale, ma anche come il risultato di barriere strutturali.

Figura 37. Piano fattoriale con proiezione delle modalità (% di inerzia F110,06% F2 8,36%)



La successiva applicazione dell'analisi dei cluster gerarchici (AHC) sui fattori derivati dell'ACM è stata impiegata per individuare gruppi omogenei all'interno del campione analizzato. La determinazione del numero ottimale di cluster è stata guidata dall'ispezione del dendrogramma (Figura 38) e dall'analisi degli indici statistici (Tabella 73).

Figura 38. Dendrogramma cluster su fattori

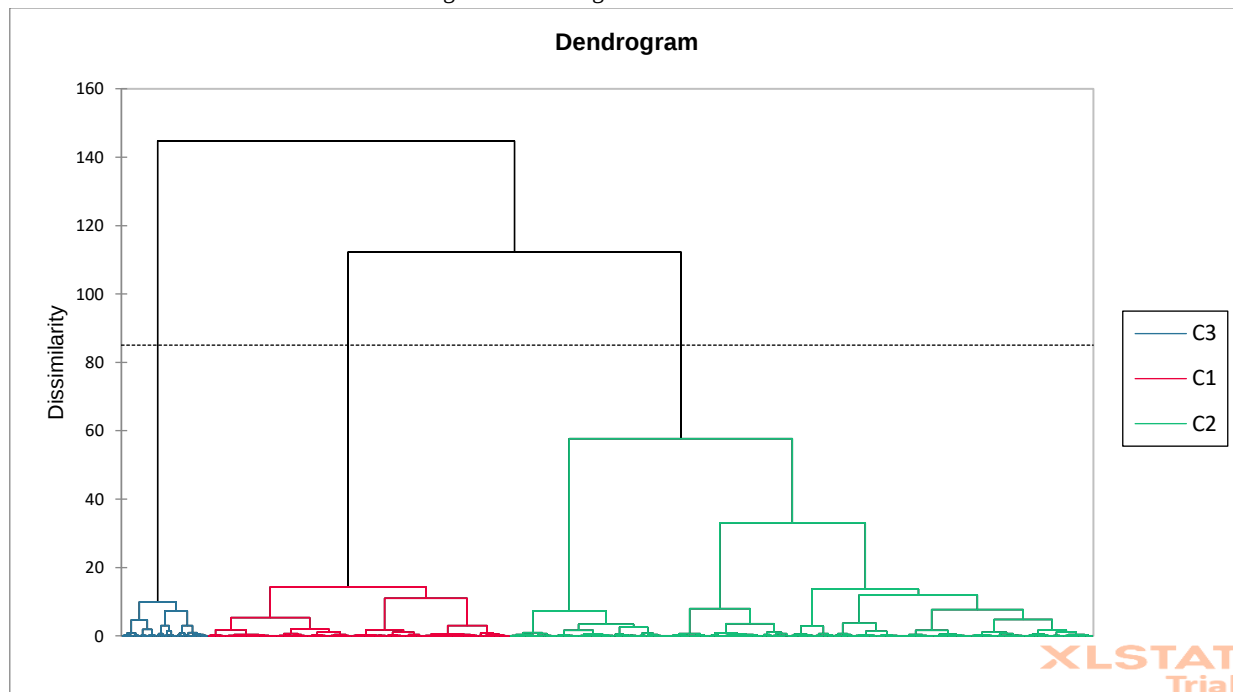


Tabella 73. Cluster

Number of clusters	1	2	3
Silhouette index	0,483	0,298	0,297
Hartigan index (H)	357,426	229,166	153,084
H(k-1) - H(k)	-24,748	128,260	76,082
Calinski & Harabasz index	332,678	409,216	416,638

Seguendo l'ordine del dendrogramma, il *Cluster 3* si posiziona nel terzo quadrante dell'analisi degli stili di vita e rappresenta una fascia di popolazione caratterizzata⁶⁶ da una forte attività pro-salutare e sostenibile. Questo gruppo si distingue nettamente dagli altri due cluster per la capacità di integrare nella propria quotidianità valori legati al benessere personale, alla responsabilità collettiva e all'innovazione tecnologica e scientifica. Gli individui appartenenti a questo cluster incarnano uno stile di vita aperto, consapevole e proattivo, evidenziando una sintesi equilibrata tra realizzazione personale, impegno sociale e pratiche sostenibili.

La caratteristica distintiva di questo gruppo è l'elevata adesione a pratiche sostenibili, come evidenziato dalle variabili "alta pratica sostenibile" e "pratica sostenibile media". Tali comportamenti si riflettono nell'uso quotidiano di mezzi di trasporto ecologici, nella riduzione dei consumi e in scelte di vita attente alla sostenibilità ambientale. A ciò si aggiunge una forte propensione verso la mobilità sostenibile, testimoniata dalle variabili "alta mobilità sostenibile" e "uso significativo della bicicletta". Questi comportamenti non rappresentano soltanto una scelta individuale, ma riflettono una consapevolezza ecologica più ampia e una volontà di contribuire attivamente al miglioramento dell'ambiente e della società.

⁶⁶ La caratterizzazione analitica dei cluster, comprensiva delle principali variabili discriminanti, è riportata nelle tabelle presenti in Appendice D.

Sul piano valoriale, il Cluster 3 si distingue per un'alta adesione ai valori di solidarietà e responsabilità civica, ai valori di benessere e socialità, nonché ai valori di scienza e tecnologia (VST alto). Questi elementi descrivono individui che non solo si prendono cura del proprio benessere fisico e mentale, ma che si impegnano attivamente per il benessere collettivo e il progresso sociale. La presenza di variabili come "alto senso di comunità" e "IASS – eccellente" (adesione eccellente a uno stile di vita sano e sostenibile) sottolinea l'importanza attribuita alle reti sociali, alla cooperazione e all'equilibrio tra salute personale e responsabilità collettiva.

Dal punto di vista sociodemografico, il Cluster 3 include prevalentemente giovani adulti, come evidenziato dalle variabili "studenti", "18-24 anni" e "titolo di studio medio o alto". Questa fascia d'età rappresenta una generazione particolarmente sensibile alle tematiche ambientali e sociali, cresciuta in un contesto culturale in cui sostenibilità e innovazione sono valori centrali. La loro partecipazione attiva alla comunità e l'apertura al progresso scientifico e tecnologico suggeriscono un elevato potenziale di trasformazione sociale, con la capacità di influenzare positivamente i contesti in cui vivono.

Inoltre, la presenza di variabili quali "reddito alto" e "alta prossimità ai servizi di base" indica una posizione socioeconomica relativamente favorevole, che facilita l'adozione di stili di vita sostenibili. Tuttavia, la variabile "IPSE – bassa prossimità" evidenzia che alcuni individui potrebbero vivere in contesti in cui le infrastrutture sostenibili non sono ancora pienamente sviluppate, spingendoli a cercare soluzioni alternative e creative per mantenere il loro impegno verso la sostenibilità.

Dal punto di vista sociologico, il Cluster 3 rappresenta una popolazione che incarna i principi della modernità riflessiva teorizzata da Ulrich Beck, in cui gli individui, consapevoli dei rischi globali e delle sfide locali, agiscono in modo critico e responsabile per affrontarle. La loro adesione a valori di comunità, scienza e sostenibilità riflette una visione del mondo in cui azione individuale e collettiva sono strettamente interconnesse, e in cui il progresso sociale e ambientale è visto come una responsabilità condivisa.

In sintesi, il Cluster 3 rappresenta un gruppo di individui dinamici, partecipativi e orientati alla sostenibilità, che coniugano efficacemente la cura del benessere personale, l'impegno sociale e l'attenzione all'innovazione. Questo cluster costituisce una popolazione chiave per la costruzione di una società più equa, sostenibile e resiliente, in cui il benessere collettivo e l'innovazione tecnologica svolgono un ruolo centrale nello sviluppo sociale e individuale.

Il *Cluster 1* – profilo di bassa adozione di pratiche sostenibili e salutari – si colloca nel primo quadrante del piano cartesiano dell'analisi degli stili di vita, rappresentando un segmento della popolazione caratterizzato da una marcata distanza rispetto ai comportamenti, ai valori e alle pratiche riconducibili alla sostenibilità e alla promozione della salute.

L'analisi delle variabili associate a questo cluster restituisce un quadro complesso, in cui emerge una combinazione di resistenze profonde al cambiamento, carenze valoriali trasversali e condizioni socioeconomiche svantaggiate. In particolare, si osserva una limitata adesione ai valori di salute, sostenibilità ambientale, innovazione scientifica, socialità e responsabilità civica, elementi che complessivamente denotano una scarsa apertura verso le dinamiche di trasformazione contemporanea.

Dal punto di vista socioeconomico, il gruppo appare penalizzato, con bassi livelli di istruzione e di reddito che ostacolano l'accesso a risorse, conoscenze e opportunità capaci di incentivare stili di vita più sostenibili e inclusivi. Tale posizione marginale si riflette in un approccio alla quotidianità caratterizzato da una certa staticità, sia nelle pratiche sociali sia nella partecipazione alle dinamiche ambientali, evidenziando una fragilità strutturale nel rapporto con le innovazioni e con le traiettorie di sviluppo socio-ambientale.

Comportamentalmente, il Cluster 1 si distingue per livelli bassi o assenti di adozione di pratiche sostenibili. L'uso prevalente di mezzi di trasporto individuali, unito alla tendenza a limitare gli spostamenti, segnala una ridotta propensione verso la mobilità ecologica e una consapevolezza

ambientale ancora poco sviluppata. Anche nell'ambito delle abitudini alimentari si riscontra una scarsa attenzione: l'adesione parziale o assente a modelli di alimentazione sana e sostenibile sottolinea ulteriormente la difficoltà di integrare comportamenti responsabili nella vita quotidiana.

Sul piano valoriale, la bassa adesione ai principi di solidarietà e responsabilità civica, unita a una limitata considerazione della scienza e della tecnologia come leve di miglioramento collettivo, suggerisce un orizzonte culturale chiuso e poco orientato alla dimensione comunitaria. L'interazione tra elementi valoriali deboli e condizioni socioeconomiche sfavorevoli contribuisce a consolidare un modello di vita improntato alla conservazione e alla resistenza al cambiamento, piuttosto che all'innovazione e all'adattamento.

In una prospettiva sociologica, il Cluster 1 può essere interpretato come rappresentativo di una popolazione in posizione di vulnerabilità culturale e sociale, in cui la deprivazione materiale si intreccia a un capitale sociale e culturale ridotto. Questa condizione complessiva ostacola non solo l'adozione di pratiche sostenibili e salutari, ma anche la capacità di rispondere alle sfide ambientali e sociali della contemporaneità.

In conclusione, il Cluster 1 evidenzia l'esistenza di segmenti della popolazione che rimangono ai margini dei processi di innovazione e sostenibilità. Il profilo che emerge sollecita la necessità di interventi mirati, capaci di agire simultaneamente sulle dimensioni socioeconomiche, culturali e valoriali, al fine di promuovere una maggiore inclusione e partecipazione ai percorsi di trasformazione verso modelli di vita più equi, salutari e sostenibili.

Infine, il *Cluster 2* – profilo di transizione verso pratiche sostenibili e sociali – si posiziona in una zona intermedia del piano cartesiano, tra il Cluster 1 e il Cluster 3, configurandosi come un gruppo di individui che manifesta segnali incipienti di cambiamento rispetto a uno stile di vita statico e individualista. Sebbene condivida ancora alcune caratteristiche del Cluster 1, in particolare la limitata adozione di comportamenti sostenibili e la bassa partecipazione comunitaria, questo cluster presenta elementi che suggeriscono un potenziale evolutivo verso modelli di vita più dinamici, responsabili e orientati alla sostenibilità.

Le variabili chiave analizzate delineano un profilo caratterizzato da una combinazione di abitudini consolidate e una sensibilità emergente nei confronti delle problematiche ambientali e sociali. L'aspetto della mobilità sostenibile, ancora poco sviluppato, rappresenta una delle principali aree di continuità con gli stili di vita più statici; tuttavia, la presenza di un titolo di studio medio, di una pratica fisica occasionale e di livelli di reddito bassi o medi, evidenzia una condizione socioculturale relativamente più favorevole rispetto a quella del Cluster 1. Questo miglior posizionamento suggerisce un accesso, seppur parziale, a risorse educative e strumenti di consapevolezza, che possono costituire una leva fondamentale per favorire comportamenti più sostenibili.

Un indicatore rilevante di questa fase di transizione è rappresentato dalla variabile relativa all'adesione parziale o bassa all'alimentazione sana e sostenibile, che riflette un interesse crescente verso pratiche alimentari più responsabili, pur non ancora pienamente integrate nella quotidianità. Allo stesso modo, la percezione di lievi disagi legati alla qualità della vita urbana – come inquinamento e rumore – indica una sensibilità ambientale emergente, che, sebbene non si traduca ancora in comportamenti attivi, rappresenta un importante segnale di rottura rispetto alla staticità osservata nel Cluster 1.

Dal punto di vista socioeconomico, la combinazione di titolo di studio medio e reddito basso o medio configura una posizione di transizione socioculturale, in cui la stabilità di routine consolidate coesiste con la percezione di vincoli e limitazioni nell'accesso a risorse più avanzate. Questa duplicità si traduce in comportamenti ambivalenti: da un lato la persistenza di stili di vita sedentari, dall'altro

l'emergere, seppur in forma iniziale, di una maggiore attenzione al benessere fisico, evidenziata dalla pratica occasionale di attività fisica.

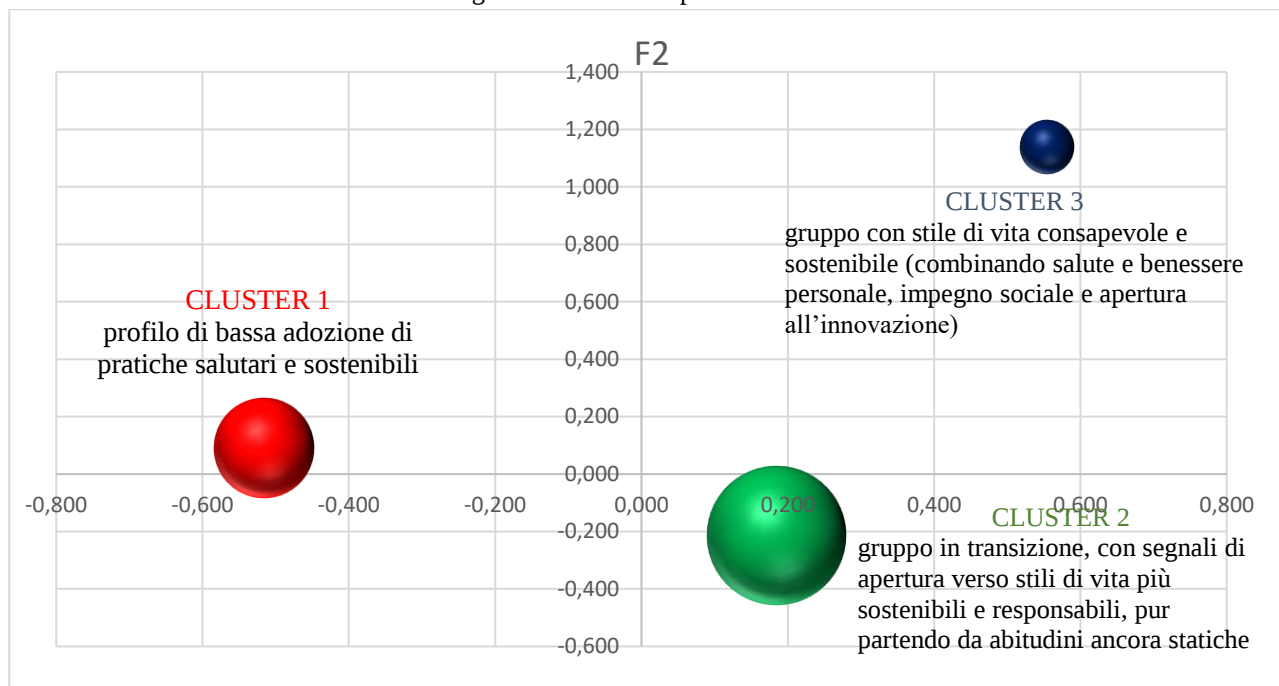
Un elemento demografico di particolare interesse è rappresentato dalla prevalenza della fascia d'età 35-44 anni. Tale collocazione anagrafica, corrispondente alla piena età lavorativa, suggerisce una maggiore disponibilità al cambiamento rispetto a coorti più giovani o più anziane. Questo dato rafforza l'ipotesi che il Cluster 2 possa costituire una popolazione particolarmente recettiva a politiche di incentivazione volte a promuovere stili di vita più sostenibili e partecipativi.

Inoltre, la media prossimità ai servizi essenziali osservata tra gli individui di questo cluster indica una localizzazione in contesti urbani o semi-urbani sufficientemente dotati di infrastrutture di base. Sebbene l'accesso a tali risorse non si traduca ancora in livelli elevati di mobilità sostenibile o partecipazione comunitaria, esso rappresenta un potenziale importante che, se adeguatamente valorizzato, potrebbe favorire il consolidamento di comportamenti più responsabili.

In sintesi, il Cluster 2 rappresenta una popolazione in fase di transizione che, pur partendo da una posizione di relativa immobilità, manifesta segnali tangibili di apertura verso il cambiamento. Le variabili analizzate suggeriscono una consapevolezza emergente rispetto al benessere personale e alla sostenibilità, che, se supportata da interventi adeguati sul piano educativo, infrastrutturale e comunitario, potrebbe tradursi in un progressivo rafforzamento di pratiche di vita più sostenibili, responsabili e partecipative. Questo gruppo si configura dunque come una popolazione strategica per politiche di promozione della sostenibilità e dell'inclusione sociale.

I tre cluster sono stati proiettati nello spazio fattoriale individuato dall'ACM, utilizzando i primi due assi (F1 e F2) come base di riferimento. L'asse F1 rappresenta un continuum tra responsabilità sociale, sostenibilità ambientale e pratiche ecocompatibili, da un lato, e individualismo con bassa attenzione alla sostenibilità, dall'altro. L'asse F2 contrappone uno stile di vita attivo, caratterizzato da benessere personale e partecipazione sociale, a una condizione di vulnerabilità sociale ed ecologica, associata a sedentarietà, salute percepita scadente e limitato accesso ai servizi. La distribuzione dei cluster nello spazio conferma questa struttura interpretativa (Figura 39): il Cluster 1 si colloca nella zona di bassa sostenibilità e vulnerabilità sociale, il Cluster 2 in una posizione intermedia, suggerendo una fase di transizione, mentre il Cluster 3 si posiziona nell'area caratterizzata da elevato benessere, alta sostenibilità e forte partecipazione civica.

Figura 39. Cluster su piano cartesiano



3.2 Analisi interviste

L'analisi qualitativa delle interviste ha fornito una prospettiva approfondita sulle esperienze, opinioni e percezioni dei partecipanti, consentendo di identificare temi ricorrenti e insight rilevanti.

Questa sezione si concentra sull'interpretazione dei dati emersi, evidenziando le dinamiche chiave, i punti di convergenza e le eventuali divergenze che caratterizzano il campione intervistato. Al termine della raccolta dati, il numero totale delle interviste valide è stato pari a 18 (con una durata media di 11 min, minimo 9 min, max 27 min), equamente ripartite tra le città di Roma, Milano e Napoli. Le interviste hanno coinvolto partecipanti suddivisi per fasce d'età come segue:

- 18 - 24 anni: 4 interviste (2 uomini 2 donne);
- 25 - 34 anni: 5 interviste (2 uomini 3 donne);
- 35 - 44 anni: 5 interviste (3 uomini 2 donne);
- 45 - 55 anni: 4 interviste (2 uomini, 2 donne).

Dopo la trascrizione, i dati sono stati analizzati attraverso un approccio di analisi tematica, individuando i principali pattern emergenti. La codifica è stata effettuata manualmente, segmentando il testo in categorie significative. Successivamente, le risposte sono state confrontate in base a variabili come età, città di residenza e professione, per verificare eventuali differenze nei punti di vista. Nel complesso, il metodo adottato ha consentito di raccogliere dati qualitativi ricchi e approfonditi, mantenendo un equilibrio tra rigore metodologico e flessibilità interpretativa. È stato inoltre lasciato spazio ad eventuali approfondimenti su aspetti particolarmente significativi emersi nel corso delle conversazioni.

Lo studio ha preso avvio con un'indagine approfondita sull'aspetto della salute personale, esplorando il concetto di benessere e la percezione dello "stare bene". Infatti, le interviste sul significato attribuito alla salute rivelano una comprensione complessa e multidimensionale del concetto, che si radica tanto nell'esperienza soggettiva quanto nel contesto sociale e culturale.

Un primo tema emergente riguarda l'equilibrio generale della vita, concepito come una condizione di armonia tra corpo e mente:

“A parer mio...la salute, la salute è equilibrio. Non riguarda solo il corpo ma anche la mente. Quando riesco a bilanciare alimentazione, attività fisica, riposo e benessere mentale, mi sento davvero in salute”.

Questa dimensione richiama l'equilibrio tra diversi domini della vita e riflette la capacità di regolare e ottimizzare le risorse psicofisiche. In particolare, essa include la gestione del riposo e del recupero, in linea con la letteratura scientifica che evidenzia come il benessere individuale non possa essere considerato esclusivamente in termini biologici. Piuttosto, esso risulta dall'interazione dinamica tra fattori psicologici, sociali e comportamentali, come dimostrato da modelli biopsicosociali ampiamente consolidati nella ricerca scientifica (Engel, 1977; WHO, 2004; Lehman *et al.*, 2017).

Un altro aspetto ricorrente è la salute come libertà di vivere, descritta da diversi intervistati come la possibilità di fare ciò che si ama senza limitazioni fisiche o mentali:

“la salute per me è libertà...significa poter fare ciò che mi piace senza limiti”.

Un richiamo alla libertà che riflette un aspetto essenziale del benessere, inteso appunto non solo come assenza di malattia ma come abilità di funzionare pienamente nel proprio contesto sociale, un'idea già sottolineata da Marmot (2004) nei suoi studi sui determinanti sociali della salute. La libertà di vivere pienamente è collegata alla capacità di soddisfare i bisogni e i desideri personali, che possono essere limitati da condizioni di salute precarie o da contesti socioeconomici sfavorevoli.

Inoltre, la salute è anche percepita sia come investimento a lungo termine sia come una responsabilità individuale, evidenziando l'importanza di scelte consapevoli per il mantenimento del benessere futuro:

“Per me stare bene e in salute è collegato al mantenere uno stile di vita sano..è come fare un investimento per il futuro”

Le risposte raccolte mostrano inoltre un'interessante enfasi sul benessere mentale e fisico integrato, in cui la salute è definita come uno stato di benessere complessivo:

"...se sono sereno e il mio corpo è in forma, allora mi sento davvero bene e sano"

Una prospettiva che ovviamente richiama la dichiarazione della World Health Organization, che concepisce appunto la salute come un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia. Infatti, è proprio la centralità del benessere mentale ad emergere chiaramente nelle informazioni raccolte, confermando che la salute mentale è percepita come una condizione necessaria per il pieno godimento della vita quotidiana.

Un ulteriore tema emerso è quello dell'energia e vitalità quotidiana, percepite come indicatori tangibili di uno stato di salute ottimale:

"...Significa avere quella carica vitale che ti permette di affrontare la giornata, e direi soprattutto le giornate più dure, con entusiasmo e tanta forza.....se capita una giornata dove non mi sento in forma difficilmente riesco ad essere produttivo."

Tale affermazione evidenzia come l'energia e la vitalità quotidiana siano percepite come segnali immediati e intuitivi dello stato di benessere generale, utilizzando un criterio pratico per valutare il proprio stato di salute: la capacità di affrontare la giornata con forza ed entusiasmo.

Una valutazione di un'esperienza diretta e soggettiva, in cui la sensazione di energia diventa un parametro decisionale per comprendere il proprio livello di benessere.

Dalle successive domande le informazioni sugli stili di vita emergono con naturalezza ma soprattutto da parte degli intervistati come un vero e proprio elemento centrale nella costruzione di una salute ottimale. Come, ad esempio, Paolo (24 anni studente Milano) che afferma:

"Mantenere uno stile di vita sano per me è davvero importante, perché influisce su tanti aspetti della mia vita, non solo fisici ma anche mentali. Ad esempio, quando dormo poco o mangio male, mi accorgo subito che faccio più fatica a concentrarmi e mi sento meno creativo, oltre che di cattivo umore. Queste cose poi si riflettono anche su altre parti della mia giornata, creando una specie di effetto domino. Per questo, cerco di avere delle abitudini che includano un buon riposo, mangiare bene e prendermi dei momenti per staccare...sono fondamentali per sentirmi equilibrato e stare bene in generale"

In questo caso l'intervistato valuta l'importanza di uno stile di vita sano basandosi su esperienze personali e su eventuali problematiche connesse. Ad esempio, emerge la difficoltà di concentrazione o il cattivo umore quando dorme poco o mangia male e si riconosce che le scelte legate al sonno, all'alimentazione e al riposo non sono compartimenti separati, ma interagiscono tra loro, influenzando sia la sfera cognitiva (concentrazione, creatività) sia quella emotiva (umore).

Le pratiche quotidiane, quali l'attività fisica, un'alimentazione equilibrata, un sonno adeguato, la gestione dello stress, le relazioni sociali e la qualità dell'ambiente, emergono dalle interviste come elementi essenziali per il raggiungimento e il mantenimento del benessere. Gli intervistati descrivono questi fattori non solo come abitudini salutari, ma anche come strategie attive di autoregolazione, evidenziando un approccio consapevole al mantenimento della salute.

Nella narrazione dell'intervistato, il concetto di stile di vita salutare è maturato attraverso il confronto tra due condizioni: una fase precedente caratterizzata da trascuratezza e una successiva in cui la modifica dello stile di vita ha generato miglioramenti percepibili.

In questo stralcio, un elemento centrale è il riconoscimento della perdita di controllo, sia fisico che mentale, come fattore scatenante del cambiamento:

"Mantenere uno stile di vita salutare è molto importante per me. Ho iniziato a notare cambiamenti significativi nel mio corpo e nel mio benessere generale da quando ho adottato abitudini più sane. Prima, non prestavo attenzione alla mia alimentazione e all'attività fisica. Negli ultimi mesi, però, mi sono reso conto che stavo perdendo il controllo, sia a livello fisico che mentale. Questo mi ha spinto a seguire una dieta e a iniziare ad allenarmi con regolarità, anche sotto la guida di un nutrizionista. Ora mi vedo meglio, mi sento meglio e riesco a funzionare al meglio delle mie capacità"

Inoltre, diversi intervistati associano il concetto di benessere a pratiche specifiche, che fungono da modelli rappresentativi di uno stile di vita sano. Questa semplificazione cognitiva consente di identificare strategie concrete per migliorare il proprio stato di salute, senza la necessità di definizioni

complesse o astratte. L'idea di "ritagliarsi del tempo" per attività rigenerative evidenzia un aspetto chiave della teoria secondo cui il benessere è il risultato di un processo di gestione attiva delle proprie risorse e della propria agenda quotidiana. In questo contesto, il tempo diventa un elemento critico: prendersi cura di sé implica la capacità di pianificare momenti dedicati al recupero psicofisico, evitando il rischio di stress e burnout (Crow, 2002; Rahman *et al.*, 2012).

Prendermi cura di me stesso...Non si tratta solo di benessere fisico, ma anche di curare la propria salute mentale e le relazioni con gli altri. Ritagliarsi del tempo per attività che fanno stare bene, come lo sport o una passeggiata, può migliorare la qualità della vita in modo incredibile.

L'affermazione secondo cui "per quanto si cerchi di ignorare il giudizio degli altri, l'opinione esterna influisce psicologicamente" introduce una riflessione sul rapporto tra salute mentale e pressione sociale. La letteratura scientifica (Pearlin, 1989; Goldstein, 1979; Cockerham, 1981; Aneshensel *et al.*, 2013) dimostra come l'auto-percezione del corpo e il senso di benessere psicologico siano modellati da standard culturali e aspettative sociali. Questo solleva la questione di quanto il benessere sia realmente una scelta personale e quanto, invece, sia condizionato da dinamiche sociali e mediatiche che influenzano il comportamento e l'identità individuale. Parallelamente, l'intervista suggerisce un'interconnessione tra salute individuale e ambiente. L'enfasi posta sulla "buona qualità dell'aria" e la "riduzione dell'inquinamento" sottolinea come i fattori ambientali incidano direttamente sulla salute. Infine, l'accento posto sulla qualità della vita quotidiana – come la capacità di salire le scale senza affanno o affrontare la giornata senza stanchezza cronica – suggerisce un cambio di paradigma rispetto alla concezione tradizionale del benessere. Non si tratta solo di prolungare l'aspettativa di vita, ma di garantire una vita vissuta in condizioni di piena funzionalità e autonomia.

“Penso che prendersi cura di sé sia fondamentale, sia a livello fisico che mentale. Viviamo in una società in cui, per quanto si cerchi di ignorare il giudizio degli altri, l'opinione esterna influisce psicologicamente. Tuttavia, al di là dell'aspetto estetico, è la salute vera e propria a essere importante. Avere una buona qualità dell'aria, ridurre l'inquinamento e adottare uno stile di vita sano aiutano a prevenire molte malattie. Mangiare sano non serve solo ad allungare la vita, ma anche a migliorare la qualità della vita quotidiana: riuscire a fare le scale senza avere l'affanno o affrontare una giornata senza sentirsi fisicamente esausti sono piccoli segnali di benessere che fanno la differenza”

Altre risposte mettono in evidenza la dimensione ambientale e sociale della salute, come la connessione con la natura e il rispetto per l'ambiente:

“Essere in salute per me significa scegliere una routine ottimale...scegliere con cura quello che mangio, capire da dove viene il cibo e come è fatto, e avere rispetto per l'ambiente che ci dà tutto ciò di cui abbiamo bisogno per vivere bene”

Dalle interviste, inoltre, si conferma come concetto di benessere è in continua evoluzione. Infatti, sei intervistati si concentrano sulla necessità di bilanciare gli impegni lavorativi con la sfera personale, suggerendo che la salute non sia soltanto il risultato di scelte individuali, ma anche della possibilità concreta di accedere a condizioni di vita e di lavoro favorevoli. Il tema della conciliazione tra lavoro e tempi di vita è stato formalizzato come una delle dimensioni del Benessere Equo e Sostenibile (BES), e questa prospettiva riconosce che l'equilibrio tra vita professionale e personale non è un semplice obiettivo individuale, ma un fattore strutturale che incide sulla salute psicofisica, sulla

produttività e sulla coesione sociale (Crompton e Lyontte, 2006). Il concetto di equilibrio tra vita lavorativa e personale non può essere analizzato in modo statico, ma deve essere inquadrato all'interno di una dinamica sistemica in cui interagiscono fattori macro (struttura del mercato del lavoro, regolamentazione delle politiche di welfare, cultura organizzativa) e micro (strategie individuali di gestione del tempo, reti sociali di supporto, percezione soggettiva del benessere). L'intervistato evidenzia come il benessere quotidiano sia frutto di scelte ripetute nel tempo inquadrando il benessere non come un traguardo statico, ma il risultato di un'interazione continua tra fattori personali e contesti strutturali che facilitano o ostacolano l'accesso a risorse fondamentali. Il tempo, quindi, è elemento di riflessione. Se il capitale economico è tradizionalmente considerato una risorsa cruciale, le teorie più recenti sul welfare e la qualità della vita (Nussbaum e Sen, 1993) suggeriscono che la capacità di autodeterminare l'uso del proprio tempo sia altrettanto fondamentale. L'accesso a tempo libero di qualità, la flessibilità lavorativa e la possibilità di dedicarsi ad attività rigenerative rappresentano variabili cruciali per la salute fisica e mentale. Tuttavia, la crescente intensificazione dei ritmi lavorativi e la pervasività delle tecnologie digitali hanno reso sempre più sfumati i confini tra sfera professionale e personale, aumentando il rischio di time poverty (Goodin, 2010; Goodin *et al.*, 2005). Questo fenomeno si manifesta con una riduzione della capacità di dedicare tempo a sé stessi, alle relazioni significative e alle pratiche di benessere quotidiano, come evidenziato dall'intervistato. L'inserimento della conciliazione vita-lavoro tra gli indicatori del BES dimostra come il benessere sia una costruzione sociale e istituzionale, non solo un'esperienza individuale. In questa direzione, le politiche pubbliche, le strategie aziendali e le norme culturali giocano un ruolo determinante nel garantire condizioni che permettano agli individui di perseguire una qualità della vita equa e sostenibile.

“Per me è fondamentale mantenere un equilibrio tra lavoro e vita personale. Credo che dedicare del tempo ogni giorno all'attività fisica, come una camminata o una sessione di allenamento, sia essenziale per il mio benessere fisico e mentale. Mi aiuta a liberare la mente dallo stress e a mantenere un buon livello di energia. Anche l'alimentazione è importante: cerco di fare scelte consapevoli e bilanciate, compatibilmente con i ritmi della vita quotidiana. Questo approccio mi permette di sentirmi meglio con il mio corpo e con me stessa”

Gli stralci mettono in luce il modo in cui la salute viene costruita socialmente anche attraverso pratiche quotidiane di autocura e prevenzione. L'adozione di accorgimenti come l'assunzione di vitamine, la regolazione dell'alimentazione e l'attenzione all'idratazione e al sonno non è semplicemente una questione di benessere individuale, ma risponde a modelli culturali che definiscono cosa significhi essere in salute e quali siano le pratiche legittime per mantenerla. Uno degli aspetti più rilevanti è il modo in cui il benessere viene ritualizzato attraverso piccoli gesti ripetuti, che non solo hanno un valore pratico ma anche simbolico. L'assunzione di integratori nei periodi di stress, la moderazione di alcuni alimenti e l'alternanza tra diverse bevande vegetali suggeriscono che la salute viene percepita come un processo attivo e in continua regolazione. In questo senso, il corpo diventa un progetto su cui l'individuo lavora costantemente, in linea con la tesi di Giddens (1991) sulla self-identity come riflessività continua: il soggetto non si limita a subire le condizioni ambientali, ma cerca di anticiparle e gestirle, adottando strategie che garantiscano una maggiore sensazione di controllo. Questa prospettiva evidenzia anche il legame tra pratiche di benessere e la cultura della performance. L'attenzione alla prevenzione e alla regolazione del proprio corpo riflette una logica di ottimizzazione della vita quotidiana, in cui il corpo non è solo un'entità biologica ma uno strumento da gestire in funzione di un'efficienza duratura. Le teorie di Foucault sulla biopolitica aiutano a comprendere come il controllo del corpo e della salute sia interiorizzato

come un dovere individuale, in cui il soggetto è chiamato a monitorare continuamente sé stesso per conformarsi agli ideali di benessere promossi dalla società contemporanea. Un altro elemento chiave è l'adattabilità nelle pratiche salutari. Diversi intervistati non adottano un approccio rigido, ma modulano le proprie scelte a seconda delle necessità del momento (sto male? Provvedo). Questo si inserisce in una più ampia tendenza della società postmoderna in cui la salute è sempre più un percorso personalizzato e flessibile, lontano dai modelli prescrittivi del passato. Beck (1992) descrive questa trasformazione come parte del processo di individualizzazione del rischio, in cui gli individui sono chiamati a costruire il proprio benessere in un contesto incerto, senza una guida normativa chiara.

“Adotto alcune misure preventive per migliorare il mio benessere, anche se si tratta di piccoli accorgimenti. Ad esempio, prendo vitamine e integratori quando sento di averne bisogno, soprattutto nei periodi di stress o cambi di stagione. Cerco di idratarmi correttamente bevendo molta acqua e di dormire almeno 7 ore a notte. Anche l'alimentazione è un aspetto a cui presto attenzione: ho ridotto il consumo di carni rosse e zuccheri, e cerco di bilanciare i pasti. Non elimino completamente nessun alimento, ma modero quelli che possono causare gonfiore, come i latticini e i formaggi. Ho anche sostituito il latte vaccino con bevande vegetali come soia, riso e avena, alternandole per garantire al mio corpo una varietà di nutrienti”

Le risposte raccolte durante le interviste evidenziano con crescente chiarezza le difficoltà nel raggiungere un equilibrio tra tempo, lavoro e relax, confermando come lo stile di vita di una persona sia profondamente condizionato da una molteplicità di fattori, sia individuali che strutturali. Le due risposte analizzate di seguito offrono uno spaccato significativo di queste dinamiche, mettendo in luce sia la consapevolezza dell'importanza di mantenere uno stile di vita sano, sia le difficoltà pratiche che molte persone incontrano nel perseguirlo. La prima risposta sottolinea il valore attribuito alla salute come equilibrio tra dimensione fisica e psicologica, ribadendo ancora una volta l'importanza della conciliazione tra vita lavorativa e personale. In questo contesto, la solita combinazione di dieta equilibrata e attività fisica, seppur centrale, non è sufficiente a garantire un effettivo stato di benessere quando si scontra con limitazioni di tempo, sovraccarico lavorativo e pressione sociale. Tuttavia, emerge una chiara difficoltà nel mantenere costanza e disciplina, con oscillazioni tra periodi di controllo alimentare e momenti di eccesso. Questo evidenzia non solo la tensione tra la consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita sano e le difficoltà legate all'autoregolazione, ma anche la necessità di considerare il benessere come un processo non lineare, influenzato da variabili psicologiche, sociali e culturali.

“Mantenere uno stile di vita salutare è estremamente importante, anche se non è sempre facile. Seguire una dieta equilibrata e fare attività fisica regolare sono fondamentali non solo per il fisico, ma anche per il benessere mentale. Uno stile di vita sano aiuta a prevenire malattie, a mantenere alti i livelli di energia e a sentirsi meglio con se stessi. Purtroppo, il mio stile di vita attuale è piuttosto incostante: alterno periodi di controllo alimentare durante la settimana a momenti di eccessi nel weekend. Mi rendo conto che per migliorare dovrei trovare un equilibrio più stabile e costante. Ammiro chi riesce a seguire una routine salutare senza cedere alle tentazioni, ma credo che con piccoli passi e maggiore disciplina potrei raggiungere anch'io quel livello.”

La seconda risposta conferma quanto detto sul dibattito del benessere e della salute: il costo cognitivo ed emotivo del lavoro e il suo impatto sulle capacità decisionali e motivazionali degli individui. Oltre alla semplice mancanza di tempo, emerge la difficoltà di dedicare risorse mentali ed energie residue alla cura personale, anche nei momenti di pausa.

“Gli impegni lavorativi sono sicuramente uno dei fattori che influiscono di più. Le giornate lavorative, spesso lunghe e intense, mi lasciano poco tempo per prendermi cura di me stesso...”

Queste risposte, quindi, mettono in luce due dinamiche principali: da un lato, la sfida dell'autoregolazione e della consapevolezza personale dall'altro, l'impatto delle pressioni esterne, come il lavoro, sulle abitudini di vita.

3.2.1 Tra alimentazione e attività fisica: “stare bene” con atteggiamenti e comportamenti salutari

Come già discusso nei capitoli precedenti, l'alimentazione rappresenta un elemento centrale nelle scelte di salute dei partecipanti, configurandosi non solo come un aspetto nutrizionale, ma anche come un costrutto socioculturale influenzato da variabili individuali e collettive. Le interviste raccolte evidenziano come le abitudini alimentari siano modellate dall'interazione tra fattori culturali, tradizioni familiari e consapevolezza personale, confermando il ruolo della dieta come pratica identitaria e regolativa. In particolare, 11 intervistati hanno enfatizzato l'importanza della dieta mediterranea, riconosciuta non solo per i suoi benefici nutrizionali, ma anche come modello alimentare radicato nella cultura e nella socializzazione del cibo. La preferenza per alimenti freschi e bilanciati suggerisce che la scelta alimentare non sia esclusivamente guidata da considerazioni salutistiche, ma anche da una più ampia adesione a schemi alimentari tradizionali, percepiti come garanzia di equilibrio e benessere.

L'associazione tra alimentazione e appartenenza culturale, esplicitata nella dichiarazione *"Essendo italiano, la cultura culinaria ha sempre giocato un ruolo importante nella mia vita"*, sottolinea il modo in cui le scelte alimentari siano profondamente radicate nei processi di socializzazione primaria e trasmesse attraverso le pratiche familiari. L'affermazione sulla fortuna di avere accesso a una varietà e qualità alimentare superiore rispetto ad altri paesi introduce un elemento di confronto transnazionale che richiama le teorie sulla gastronomia come patrimonio culturale.

Un altro aspetto rilevante è la dimensione intergenerazionale delle abitudini alimentari. L'enfasi posta sulla preparazione di pasti semplici e genuini in ambito familiare suggerisce che le pratiche alimentari non siano scelte puramente individuali, ma frutto di processi di trasmissione culturale e di socializzazione domestica. Questo dato è coerente con le ricerche che evidenziano il ruolo delle famiglie nell'educazione alimentare e nella costruzione delle preferenze dietetiche, con un forte impatto sulle abitudini alimentari in età adulta (Germoy e Williams, 1996, 2016; MCIntosh, 1996; Murcott, 2002).

L'analisi delle interviste evidenzia come, in particolare nella fascia d'età 18-24 anni, sia ricorrente il tema della discontinuità alimentare. L'affermazione *"Anche se in passato mi sono lasciato andare, ora sto tornando a queste radici"* suggerisce che le pratiche alimentari non siano statiche, ma piuttosto soggette a un processo dinamico di trasformazione:

“...Essendo italiano, la cultura culinaria ha sempre giocato un ruolo importante nella mia vita. La dieta mediterranea con i suoi piatti sani e bilanciati è qualcosa che fa parte della mia quotidianità. Rispetto ad altri paesi, credo che abbiamo una grande fortuna in termini di varietà e qualità del cibo. Fin da piccolo, nella mia famiglia c'è stata molta attenzione alla preparazione di pasti semplici e genuini. Anche se in passato mi sono lasciato andare, ora sto tornando a queste radici e cerco di mangiare in modo equilibrato e salutare”

Le dichiarazioni emerse dalle interviste, come *“l'alimentazione è un pilastro fondamentale del mio benessere”*, evidenziano come le pratiche alimentari non siano percepite esclusivamente in termini di

nutrizione e salute fisica, ma assumano un ruolo centrale anche nella regolazione del benessere mentale ed emotivo.

In particolare, la regolarità dei pasti e la selezione qualitativa degli alimenti emergono come elementi chiave nella costruzione di un senso di ordine e controllo nella vita quotidiana. La letteratura sulla nutrizione e salute mentale (Grajek *et al.*, 2022; Murcott, 2002; Bahr, 2007; Wrathall, 2014; Pearlin *et al.*, 2005) evidenzia che abitudini alimentari stabili e strutturate possono contribuire a una maggiore resilienza psicologica, riducendo i livelli di ansia e favorendo il benessere emotivo. Questo aspetto si collega anche alle teorie della ritualizzazione del comportamento alimentare, secondo cui le pratiche alimentari non rispondono unicamente a necessità biologiche, ma rappresentano strumenti attraverso cui gli individui gestiscono la propria quotidianità, attribuendo significato e stabilità alle proprie routine. Di conseguenza, il cibo non è solo un mezzo per soddisfare esigenze fisiologiche, ma si configura come una pratica sociale e psicologica, capace di modulare stati emotivi e di fornire un senso di continuità e sicurezza in contesti caratterizzati da elevata pressione o instabilità.

“...L'alimentazione è un pilastro fondamentale del mio benessere. Ho notato che mantenere orari regolari e una dieta equilibrata ha effetti positivi su tutto il corpo e la mente. Nei periodi in cui studio fino a tardi e salto i pasti o mangio in orari irregolari, mi sento fisicamente e mentalmente destabilizzato. Anche l'attività fisica è importante, ma non credo che la palestra sia obbligatoria per tutti. Fare sport, anche in modo informale, aiuta a mantenersi attivi. Per quanto riguarda il consumo di sostanze come alcol, tendo a evitare in periodi di studio, mentre nei momenti di pausa mi capita di concedermi qualcosa senza esagerare” (Paolo)

L'analisi delle interviste conferma che l'alimentazione rappresenta un fenomeno multidimensionale, non riducibile esclusivamente alla sfera nutrizionale o alla salute individuale, ma strettamente intrecciato con pratiche sociali, costruzioni identitarie e dinamiche relazionali. I dati raccolti rivelano una pluralità di approcci alimentari, che variano dall'attenzione consapevole alla qualità e al bilanciamento dei pasti, fino alle difficoltà logistiche legate all'organizzazione quotidiana dell'alimentazione, spesso influenzata da fattori strutturali come orari lavorativi e gestione del tempo. Questa tensione tra l'ideale di un'alimentazione equilibrata e le condizioni imposte dalla vita contemporanea riflette una più ampia problematica legata ai ritmi accelerati della società moderna in cui la disponibilità di tempo per la preparazione di pasti freschi risulta sempre più limitata.

In particolare, emerge che il 50% degli intervistati (9 su 18) identifica il carico lavorativo come un ostacolo significativo alla possibilità di cucinare in modo regolare e salutare, confermando il ruolo delle condizioni materiali nel modellare le abitudini alimentari.

Questo fenomeno appare particolarmente marcato nelle fasce più giovani e tra le donne, suggerendo un'intersezione tra variabili generazionali e di genere. Le giovani adulte, spesso impegnate in percorsi di studio o nelle prime esperienze lavorative, riportano una maggiore difficoltà nel conciliare le esigenze alimentari con le richieste imposte dai contesti professionali e accademici.

In qualche modo la gestione dei pasti è subordinata alle esigenze imposte dal contesto lavorativo e dagli impegni quotidiani. Di conseguenza, la pratica alimentare non può essere considerata una semplice scelta individuale, ma deve essere analizzata all'interno di una cornice più ampia che includa le strutture socioeconomiche, le aspettative culturali e le dinamiche organizzative che regolano il rapporto tra tempo, lavoro e alimentazione.

“Una corretta alimentazione è sempre stata importante nella mia famiglia...mia mamma ha sempre cucinato tutto in casa, e questo mi ha insegnato il valore dei cibi freschi e genuini della cucina mediterranea....oggi forse è un po' diverso...sono molto occupata con il lavoro, cerco di

cucinare da sola il più possibile. Mangio comunque tanta frutta e quando posso preparare verdure. Preferisco evitare i cibi pronti, anche se ogni tanto mi concedo qualcosa di surgelato per comodità...mangiare bene significa trovare un equilibrio senza ossessionarsi troppo.”

In questo scenario, caratterizzato da una crescente attenzione alla qualità nutrizionale e da una parallela diffusione di prodotti alimentari industrializzati, le scelte alimentari individuali si configurano come una lente privilegiata per analizzare le trasformazioni socioeconomiche e culturali delle società contemporanee. Dalle interviste il cibo non è solo un elemento funzionale alla sopravvivenza, ma un indicatore in cui convergono dinamiche legate al mercato, alla sostenibilità ambientale e alle disuguaglianze nell'accesso alle risorse.

All'interno di questo quadro, emerge un'attenzione specifica verso i prodotti a chilometro zero e le pratiche di consumo responsabile. Durante le interviste, 5 dei 18 partecipanti hanno spontaneamente sollevato il tema della frutta e della verdura di origine locale, sottolineando come le scelte di acquisto non siano determinate esclusivamente da criteri nutrizionali, ma anche da considerazioni economiche ed ecologiche. Questo dato suggerisce che, per una parte degli intervistati, l'alimentazione si intreccia con un sistema di valori più ampio, che include la riduzione dell'impatto ambientale, il sostegno alle economie locali e l'adozione di pratiche di consumo etico.

Questa tendenza si inserisce in un dibattito più ampio sulla politicizzazione del consumo alimentare, secondo cui le scelte alimentari individuali diventano strumenti di espressione e di posizionamento etico (Johnston *et al.*, 2011; Ward *et al.*, 2020; Tivadar e Luthar, 2005).

L'orientamento verso i prodotti locali, in particolare, può essere letto come una risposta alla crescente consapevolezza sulle conseguenze ambientali delle filiere globalizzate e sulla necessità di modelli di produzione più sostenibili (Lang, T., & Barling, 2012; Garnett, 2013; Lewis e Potter, 2013; Twine, 2018, Spaargaren, 2013). Tuttavia, è importante considerare che queste scelte non sono universalmente accessibili, ma dipendono da fattori quali il reddito, la disponibilità di punti vendita specializzati e la consapevolezza dei consumatori.

L'adozione di un approccio alimentare basato sulla provenienza dei prodotti, dunque, non si limita a un desiderio di miglioramento della qualità della dieta, ma riflette una trasformazione più profonda nelle pratiche di consumo, in cui il cibo diventa un veicolo di valori culturali, sensibilità ecologica e dinamiche economiche legate alla sostenibilità. Questo fenomeno evidenzia come l'alimentazione non sia solo il risultato di scelte individuali, ma un campo di intersezione tra economia, politica e responsabilità ambientale, con implicazioni rilevanti per la comprensione dei mutamenti nelle abitudini alimentari contemporanee.

L'acquisto di prodotti a km0 corta non risponde esclusivamente a criteri etici o salutistici, ma si configura come una strategia economica e logistica che dipende dal contesto territoriale e dalle reti di distribuzione disponibili. In alcuni casi, il cibo a km0 si rivela non solo più sostenibile, ma anche più accessibile dal punto di vista economico, sovvertendo l'associazione diffusa tra consumo etico e costo elevato. Questa dinamica evidenzia come la sostenibilità alimentare non sia un concetto assoluto, ma vada interpretata all'interno delle condizioni materiali in cui il consumo avviene.

“...ad esempio, mi fermo in una masseria che conosco per comprare frutta e verdura fresche...Spesso acquistare direttamente dai produttori locali non solo garantisce una maggiore qualità, ma può anche risultare più conveniente rispetto ai supermercati. Non è detto che i prodotti a chilometro zero costino sempre di più. Certo, nei supermercati specializzati i prezzi possono essere elevati, ma quando ho l'opportunità, preferisco supportare i produttori locali e acquistare cibi freschi e sostenibili”

Tuttavia, l'accesso ai mercati locali e ai prodotti freschi non è uniforme tra le diverse aree geografiche degli intervistato, e la possibilità di acquistare alimenti di qualità è fortemente condizionata dal contesto abitativo.

“...un altro aspetto positivo, per me, è che qui posso comprare prodotti a chilometro zero, come frutta e verdura direttamente al meercato. Ci sono diverse aziende del posto e so che i prodotti sono più freschi. A Napoli, non riuscivo a farlo spesso...ad esempio, c'è un mercato vicino casa dove trovo verdure appena raccolte e a buon prezzo. Questo mi ha aiutato a cambiare il modo in cui faccio la spesa”

Oltre alla scelta dei prodotti, la sostenibilità alimentare si manifesta attraverso le modalità di utilizzo delle risorse disponibili e la riduzione degli sprechi. Le strategie di riutilizzo degli scarti, la conservazione degli ingredienti e il ricorso a pratiche come il compostaggio indicano un cambiamento nel rapporto con il cibo, in cui il valore degli alimenti non si esaurisce nel loro consumo immediato, ma viene esteso attraverso un approccio circolare. Questo fenomeno si inserisce in un quadro più ampio di adattamento domestico alla sostenibilità, in cui le pratiche quotidiane giocano un ruolo chiave nel mitigare gli impatti ambientali su scala individuale.

“...cerco di fare il possibile per ridurre gli sprechi e vivere in modo sostenibile. Ad esempio, sfrutto al massimo gli ingredienti in cucina: se preparo la zucca, uso anche la buccia per fare delle chips al forno. Inoltre, l'acqua di cottura delle verdure non la butto, ma la riutilizzo per preparare risotti o come concime per le piante. Quando ne avevo la possibilità, ho usato anche una compostiera per ridurre i rifiuti organici e ottenere fertilizzante naturale per l'orto. Credo che siano piccoli gesti quotidiani che possono fare la differenza.”

Da 8 interviste emerge che le pratiche di consumo alimentare non sono esclusivamente frutto di scelte individuali, ma derivano da un processo di socializzazione familiare, in cui valori, conoscenze e abitudini vengono trasmessi attraverso le generazioni. Il riferimento ai consigli dei genitori e alla ricezione di prodotti freschi dalla famiglia evidenzia come il nucleo familiare continui a svolgere una funzione di supporto, non solo emotivo ma anche materiale, nella gestione. In questo senso, la famiglia non è solo un riferimento affettivo e culturale, ma anche un elemento che mitiga le difficoltà pratiche nella gestione della qualità alimentare, specialmente nei momenti di transizione tra dipendenza e autonomia.

“Quando faccio la spesa, vorrei acquistare prodotti a chilometro zero, ma non è sempre facile trovarli nei supermercati vicino casa. A volte mi affido ai consigli di mio padre al telefono, che mi dice: “Prendi i finocchi italiani, quelli buoni!”. Quando i miei genitori vengono a trovarmi, mi portano sempre frutta e verdura fresca di qualità. Questo mi fa capire quanto sia complicato mantenere abitudini sostenibili nella vita di tutti i giorni, ma ci provo comunque”

Dall'analisi delle interviste emerge una stretta interconnessione tra attività fisica, alimentazione e stile di vita, evidenziando come la pratica sportiva non sia percepita unicamente in funzione della salute fisica, ma assuma una valenza più ampia, che coinvolge il benessere psicologico ed emotivo. In particolare, dodici intervistati attribuiscono all'attività fisica una doppia funzione: da un lato, essa viene riconosciuta come strumento per il mantenimento della salute fisica e per la prevenzione di disturbi legati alla sedentarietà dall'altro, emerge una dimensione più soggettiva, in cui la pratica sportiva è interpretata come una strategia di regolazione emotiva.

Di conseguenza, l'attività fisica viene inserita in una più ampia riflessione.

Le testimonianze mettono quindi in luce il ruolo dell'attività fisica come pratica di riconfigurazione del sé, capace di creare uno spazio autonomo di gestione delle emozioni e delle pressioni quotidiane. In questo senso, lo sport diventa un'azione intenzionale attraverso cui il soggetto non solo allevia lo stress, ma riacquisisce un senso di agency, ovvero di controllo sulla propria corporeità e sul proprio benessere. Le diverse esperienze degli intervistati si inseriscono in una prospettiva in cui l'attività sportiva funge da catalizzatore emotivo, un processo attraverso il quale il corpo diventa uno strumento per riorganizzare l'equilibrio interno. L'affermazione secondo cui lo sport aiuta a "scaricare le energie e le emozioni accumulate" suggerisce che l'esercizio fisico non sia percepito solo in termini di consumo calorico o tonificazione muscolare, ma come un atto che consente di incanalare e trasformare le tensioni emotive. D'altra parte, due testimonianze ampliano questa prospettiva introducendo una dimensione più individualizzante e riflessiva. La palestra viene descritta come "un momento dedicato solo a me", evidenziando come l'attività fisica non sia solo uno strumento per gestire lo stress, ma anche una pratica di separazione tra la sfera pubblica e quella privata, un atto attraverso cui si crea una delimitazione tra le richieste del mondo esterno e il proprio spazio personale. Queste esperienze dimostrano che l'attività fisica può essere letta non solo come una pratica salutista, ma come un processo di costruzione identitaria, in cui il soggetto riattribuisce significato alla propria corporeità e utilizza il movimento come una strategia per negoziare il proprio posto all'interno di una quotidianità spesso caratterizzata da richieste esterne e sovraccarico cognitivo. In questo senso, lo sport si configura come una tecnologia del sé, un dispositivo attraverso cui l'individuo non solo si prende cura del proprio corpo, ma costruisce attivamente un'esperienza di benessere e autodeterminazione.

"...Pratico sport da sempre. Dopo una giornata di studio o di lavoro, l'attività fisica mi aiuta a scaricare le energie e le emozioni accumulate" Katia (35 anni, Milano)

"...Ho iniziato un percorso in palestra e mi sento meglio sia fisicamente che mentalmente. Per me è una vera e propria valvola di sfogo, un momento dedicato solo a me, dove posso liberare lo stress accumulato durante la giornata. È come se, allenandomi, riuscissi a lasciare andare le preoccupazioni. Da quando ho cominciato ad allenarmi, mi sento più energico...penso che mantenere questa routine sia fondamentale per il mio benessere generale." Pasquale (33 anni, Napoli)

Se da un lato l'attività fisica è percepita come uno spazio di autoregolazione e riappropriazione del sé, dall'altro essa assume una valenza sociale e comunitaria, divenendo un elemento di connessione tra dimensione individuale e collettiva. Gli stralci di Palma e Gianluca evidenziano come la pratica sportiva possa rispondere a esigenze diverse: la prima sottolinea il ruolo dello sport nella costruzione di sicurezza e stabilità personale, mentre il secondo mette in luce il valore aggregativo e inclusivo di spazi sportivi condivisi. Palma (29 anni, Roma) descrive l'allenamento come un momento esclusivo di connessione con se stessa, un'esperienza che le permette di rafforzare il proprio senso di equilibrio interiore: *"un momento dedicato solo a me stessa, che mi fa sentire sicura ed equilibrata"*.

D'altra parte, l'esperienza di Gianluca (24 anni, Napoli) amplia il discorso, spostando l'attenzione sulla funzione sociale dello sport. Egli descrive la palestra come un ambiente in cui si costruiscono legami e si promuove un senso di appartenenza, mettendo in evidenza il valore dello sport come pratica di inclusione e solidarietà. Il suo racconto enfatizza il ruolo delle palestre popolari come spazi di coesione sociale, in cui la gerarchia esterna viene momentaneamente sospesa e i partecipanti sono uniti da un codice comune basato sull'impegno e sul rispetto reciproco:

"...Un amico mi ha convinto a provare la boxe qualche anno fa. All'inizio ero un po' scettico...pensavo fosse uno sport troppo aggressivo per me, ma ho deciso di dargli una possibilità. Adesso, posso dire con certezza che è diventato uno dei momenti più importanti della mia settimana, della mia routine...Il centro dove mi alleno è in un quartiere popolare di Napoli, e sin dal primo giorno sono stato colpito dall'atmosfera che si respira lì....non è solo un luogo dove ci si allena, ma un vero punto di incontro, una comunità...in palestra non importa chi sei o da dove vieni, l'importante è impegnarti. si scambiano battute, si ride, ci si sostiene...c'è una solidarietà che non mi aspettavo di trovare. quando finisco una sessione, sono completamente esausto, ma è una stanchezza buona, liberatoria...mi sento leggero...È un momento solo mio"

L'analisi delle interviste evidenzia come l'attività fisica non sia soltanto un'abitudine legata al benessere individuale, ma anche un elemento chiave nella costruzione di reti sociali e nella configurazione degli stili di vita. L'esperienza sportiva si intreccia con dinamiche di socializzazione, inclusione e appartenenza comunitaria, confermando il ruolo della palestra e degli spazi sportivi non solo come luoghi di allenamento, ma anche come contesti di interazione e supporto reciproco.

Questa dimensione appare particolarmente rilevante nei contesti caratterizzati da minori opportunità economiche, in cui lo sport assume un valore che trascende la sfera individuale, diventando uno strumento di integrazione e resistenza sociale. Nei casi analizzati, l'attività fisica è spesso praticata all'interno di ambienti collettivi, in cui la partecipazione favorisce la costruzione di relazioni basate sulla fiducia e sulla cooperazione. La possibilità di accedere a questi spazi, soprattutto in ambienti caratterizzati da vincoli economici, consente di superare modelli di benessere elitari e di democratizzare l'accesso alla pratica sportiva.

Il legame tra attività fisica e configurazione degli stili di vita emerge come un elemento centrale nell'analisi delle pratiche quotidiane. Adottare e mantenere un determinato stile di vita attivo dipende da una combinazione di fattori strutturali e relazionali. Da un lato, elementi come l'accesso alle risorse, il tempo disponibile e le condizioni economiche influenzano direttamente la possibilità di svolgere attività fisica con continuità. Dall'altro, la partecipazione a reti sociali di supporto e il senso di appartenenza a una comunità sportiva rappresentano fattori determinanti per la stabilizzazione di un'abitudine sportiva nel tempo.

Nei contesti urbani analizzati, l'attività fisica si configura quindi come un'esperienza collettiva, in cui la costruzione del benessere personale si intreccia con dinamiche di condivisione e sostegno reciproco. L'accesso a comunità sportive informali consente di ridurre le disuguaglianze legate alle risorse economiche e di favorire una maggiore inclusione sociale, confermando il ruolo dello sport come fattore di coesione e autodeterminazione. Dagli stralci delle interviste emerge come queste dinamiche siano particolarmente rilevanti nelle fasce più giovani, senza significative differenze di genere o di contesto metropolitano. L'attività fisica non è percepita esclusivamente come una scelta individuale, ma come un elemento inscritto in una rete più ampia di relazioni, significati e opportunità che contribuiscono alla qualità della vita e alla definizione delle pratiche quotidiane.

Tuttavia, ciò che si riscontro in 8 intervistati su 18 sono le difficoltà logistiche e i ritmi lavorativi a rappresentare un vero e proprio ostacolo. Amalia (24 anni, Roma), Francesco (29 anni, Milano) e Mario (44 anni, Milano), ad esempio, lamentano difficoltà nel tempo per un'attività sportiva regolare:

"Fin da piccola ho praticato sport come basket e pallavolo, e questo mi ha insegnato l'importanza del movimento... Quando vivevo a Nettuno, frequentavo regolarmente la palestra. Poi, con il passare del tempo e l'aumentare degli impegni lavorativi, ho messo da parte questa abitudine. Ora, però, sento di aver ritrovato quella parte di me che amava sentirsi attiva. Riprendere un percorso sportivo è stato come riscoprire una vecchia amica che mi mancava".

Inoltre, si mette in luce una tensione tra intenzionalità e fattibilità: da un lato, esiste la consapevolezza dell'importanza dello sport, dall'altro, la realtà lavorativa impone una gestione del tempo che impedisce una pratica regolare. Il tentativo di integrare attività come la camminata o la bicicletta, dimostra una forma di adattamento, ma evidenzia anche i limiti imposti dai vincoli strutturali.

“non riesco a essere costante a causa dei ritmi di lavoro. Cerco però di camminare ogni giorno per almeno mezz’ora...mi serve. Ogni tanto gioco a calcetto, vado a correre o uso la bicicletta. Tuttavia, non riesco a dedicarmi a un’attività fisica regolare e programmata. La mancanza di tempo è il principale ostacolo: gli impegni di lavoro mi impediscono di inserire un allenamento fisso nella mia routine quotidiana”

Emerge la consapevolezza di un potenziale miglioramento, ma anche la necessità di una maggiore organizzazione personale. Tuttavia, questa affermazione confermano che non sia solo una questione di autodisciplina, ma anche di disponibilità di tempo ed energia mentale. La difficoltà nel mantenere una routine sportiva evidenzia il peso delle condizioni lavorative sulla gestione del benessere personale, indicando che l'inattività fisica non è necessariamente il risultato di una scelta, ma il riflesso di un equilibrio precario tra lavoro e cura di sé.

“...Cammino spesso...Lavorando in ufficio e non avendo una routine sportiva strutturata, faccio fatica a rimanere in forma. Credo che con una maggiore organizzazione e determinazione potrei migliorare sensibilmente il mio benessere generale.”

L'analisi delle interviste evidenzia differenze significative nell'uso e nella fruizione degli spazi verdi tra i 18 partecipanti, residenti in tre diversi contesti metropolitani. Le variazioni riscontrate sono strettamente legate a fattori urbanistici, infrastrutturali e organizzativi, che incidono sulla possibilità di integrare questi spazi nella routine quotidiana.

A Napoli, emerge una bassa frequentazione delle aree verdi, attribuita principalmente a vincoli di accessibilità e disponibilità temporale. Gli intervistati riferiscono che la distanza dai parchi e le limitazioni legate agli orari di apertura rappresentano ostacoli concreti alla fruizione regolare di questi spazi. Questa evidenza suggerisce che la presenza di aree verdi all'interno del tessuto urbano non sia sufficiente a garantirne l'utilizzo, ma che sia necessario considerare fattori di accessibilità e pianificazione territoriale, che includano la distribuzione geografica e la connessione con il sistema dei trasporti.

Al contrario, le testimonianze provenienti da Roma e Milano delineano un quadro differente. In questi contesti, gli spazi verdi e le aree attrezzate sembrano essere maggiormente integrati nella vita urbana e nelle abitudini quotidiane. La possibilità di raggiungere facilmente parchi e aree dedicate all'attività fisica grazie a una rete di trasporti pubblici più capillare consente una maggiore fruizione di questi luoghi, suggerendo che la mobilità sostenibile e la pianificazione urbana influenzino direttamente il rapporto degli abitanti con gli spazi verdi.

Le risposte degli intervistati residenti a Roma confermano il ruolo cruciale della prossimità e dell'efficienza del trasporto pubblico nel determinare la frequenza di utilizzo dei parchi urbani. La loro esperienza sottolinea che l'interazione tra infrastrutture, accessibilità e qualità degli spazi pubblici favorisce non solo il benessere individuale, ma contribuisce anche alla strutturazione di stili di vita attivi e salutari. L'accesso facilitato a parchi ben mantenuti e attrezzati non solo incoraggia l'attività fisica e il relax, ma promuove anche una concezione dello spazio urbano come ambiente

funzionale alla qualità della vita, in cui il verde pubblico assume un ruolo determinante nella quotidianità degli abitanti.

Queste differenze suggeriscono che il rapporto con gli spazi verdi non sia esclusivamente una questione di preferenza individuale, ma sia modellato da variabili ambientali, urbanistiche e organizzative. L'accessibilità ai parchi e alle aree attrezzate si configura quindi come un fattore strutturale che incide sugli stili di vita urbani, evidenziando l'importanza della pianificazione territoriale nel favorire il benessere e la salute della popolazione.

Gli intervistati di Roma e Milano confermano il ruolo strategico degli spazi verdi nella configurazione degli stili di vita urbani, evidenziando come la loro accessibilità influenzi la frequenza di utilizzo e la possibilità di integrarli nella routine quotidiana. Quattro intervistati di Roma sottolineano la presenza diffusa di aree verdi e la loro facile raggiungibilità, sia a piedi che attraverso il trasporto pubblico.

Un intervistato enfatizza la continuità nella fruizione degli spazi verdi, descrivendo il parco come una risorsa stabile all'interno della propria quotidianità. L'integrazione del verde urbano nella routine giornaliera riflette una forma di adattamento attivo all'ambiente, in cui la possibilità di accedere facilmente a queste aree diventa un elemento determinante per la costruzione di abitudini salutari. L'esperienza riportata evidenzia come la combinazione tra infrastrutture efficienti e disponibilità di spazi attrezzati faciliti l'inserimento dell'attività fisica in modo spontaneo, rendendola parte di un equilibrio più ampio tra mobilità, benessere e qualità della vita.

“Sì, abitando a Roma ho la fortuna di avere molti spazi verdi a disposizione. Ci sono diversi parchi e aree attrezzate facilmente accessibili sia a piedi che con i mezzi pubblici. Ad esempio, vicino a casa mia c'è un parco che frequento spesso per fare una passeggiata o una corsa. La possibilità di accedere a queste aree senza difficoltà è un grande vantaggio rispetto a vivere in una piccola città di provincia. Qui a Roma posso raggiungere questi spazi con la metropolitana o l'autobus in pochi minuti, cosa che rende molto più semplice integrare l'attività fisica nella mia routine quotidiana.”

Al contrario, la seconda testimonianza introduce una prospettiva differente, in cui la fruizione degli spazi verdi è più occasionale e legata alla disponibilità di tempo libero. L'intervistato descrive i parchi come spazi rigenerativi, in cui la natura offre un'alternativa alla routine lavorativa e un'occasione per staccare dalle pressioni quotidiane. Questa dimensione sottolinea il ruolo del verde urbano non solo come luogo di attività fisica, ma anche come ambiente di decompressione, in cui il contatto con la natura diventa uno strumento per riequilibrare i ritmi imposti dalla vita metropolitana.

Un altro aspetto interessante riguarda il confronto con Napoli, che emerge implicitamente nella seconda testimonianza. La possibilità di sfruttare i parchi non è dunque solo una questione di preferenza individuale, ma è il risultato di un sistema urbano che facilita o ostacola l'integrazione degli spazi verdi nella vita quotidiana.

Tutto ciò mette in luce una doppia funzione del verde urbano: da un lato, come componente strutturale della qualità della vita, che facilita la costruzione di stili di vita attivi e sostenibili; dall'altro, come spazio di rifugio e rigenerazione, in cui il rapporto con la natura si configura come un'esperienza episodica, ma essenziale per il benessere psicofisico. In entrambi i casi, emerge chiaramente che la pianificazione degli spazi pubblici e la loro accessibilità rappresentano variabili determinanti nel modellare le abitudini e la percezione della città da parte dei suoi abitanti.

“Mi piace frequentare diversi parchi a Roma, anche se non lo faccio regolarmente. Nel weekend, quando il lavoro lo permette, mi concedo delle passeggiate per rilassarmi e staccare dalla routine. La capitale offre molte aree verdi accessibili e ben mantenute, una differenza notevole

rispetto a Napoli. Qui è più facile raggiungere questi spazi grazie ai mezzi pubblici, e questa disponibilità è un grande vantaggio che cerco di sfruttare il più possibile”

Le dichiarazioni raccolte evidenziano la polifunzionalità degli spazi verdi urbani, confermando il loro utilizzo non solo per attività motorie, ma anche come luoghi di studio, socializzazione e benessere psicologico. Nel terzo caso analizzato, il parco assume una funzione ibrida, in cui la presenza di infrastrutture come tavoli, panchine e aree attrezzate amplia le possibilità di fruizione, rendendolo un ambiente adattabile a diverse esigenze quotidiane. Questo dato si inserisce nel quadro teorico degli spazi pubblici multifunzionali, che enfatizza il ruolo della progettazione e della qualità dell’ambiente urbano nel determinare la capacità di un luogo di rispondere alle necessità eterogenee della popolazione. Un ulteriore aspetto rilevante riguarda la qualità e la sicurezza degli spazi verdi, elementi che incidono direttamente sulla loro fruibilità. Una delle testimonianze raccolte sottolinea come la gestione attenta e la manutenzione costante del parco di riferimento favoriscano una maggiore accessibilità e una percezione di sicurezza, incentivando la frequentazione regolare. La sicurezza percepita è un fattore determinante nell’uso degli spazi pubblici, influenzando la disposizione degli individui a trascorrere tempo all’aperto, soprattutto in aree urbane caratterizzate da criticità legate alla manutenzione o alla presenza di fenomeni di degrado e criminalità.

L’analisi delle interviste conferma quindi che la semplice presenza di spazi verdi all’interno del tessuto urbano non è sufficiente a garantirne la piena fruizione. La qualità della gestione, la manutenzione e l’integrazione di infrastrutture adeguate rappresentano variabili fondamentali per trasformare questi luoghi in risorse effettive per il benessere fisico, mentale e sociale della popolazione.

“Sì, vicino a casa mia hanno sistemato un parco con tavoli e panchine. Oggi è controllato e lo frequento spesso...almeno quando il tempo lo permette, sia per studiare all’aperto con l’iPad, sia per cenare con gli amici prendendo qualcosa di asporto. È uno spazio che è diventato importante per il mio benessere perché mi offre una valvola di sfogo e un luogo dove rilassarmi”

“Ho un parco a 800 metri di casa, ben tenuto e fortunatamente senza spacciatori o altri problemi di sicurezza. Forse è una delle zone più controllate anche perché spesso ci sono parchi in zona che sono invivibili ma fortunatamente questo è ben tenuto...forse perché si trova comunque in un luogo di nuova costruzione. Anzi ancora in costruzione visti i rumori che sento ogni giorno. Lo utilizzo spesso quando sono in smartworking oppure in giorni di festa. Vado a fare una corsa o capita anche di allenarmi portando con me pesi e altra attrezzatura”

L’analisi inoltre circoscrive due principali ostacoli alla frequenza dei parchi e delle aree verdi nei contesti metropolitani e le principali difficoltà si riscontrano sia problemi di tempo (5/18 intervistati) che di orari e lontananza (6/18 intervistati di cui 4 di Napoli).

“...ci sono molte strutture sportive come palestre e piscine, oltre a numerosi parchi e spazi verdi. Sono facilmente accessibili e gli orari sono piuttosto flessibili. Tuttavia, il problema principale è riuscire a trovare il tempo frequentarli, per fare sport o anche solo una passeggiata. La città offre davvero molte risorse per chi vuole mantenersi in forma, e spero di riuscire a integrarle meglio nella mia routine in futuro”

Questa riflessione introduce un ulteriore aspetto cruciale: la distanza e gli orari di apertura come barriere strutturali all’attività fisica negli spazi verdi urbani. L’intervistato non mette in discussione la qualità degli spazi disponibili, ma segnala come la loro fruizione sia fortemente condizionata dalla compatibilità con gli orari di lavoro e dalla necessità di spostamenti lunghi. La difficoltà di accesso ai parchi evidenzia il ruolo centrale della mobilità urbana sostenibile: l’assenza di collegamenti

efficienti e di infrastrutture come piste ciclabili sicure riduce significativamente le opportunità di adottare uno stile di vita attivo. In questo contesto, le soluzioni proposte dall'intervistato, come l'estensione degli orari di apertura dei parchi e il miglioramento della mobilità sostenibile, evidenziano la necessità di un approccio integrato alla promozione del benessere urbano. La possibilità di usufruire degli spazi verdi non è determinata esclusivamente dalla volontà individuale, ma dipende dalla presenza di politiche pubbliche e infrastrutture adeguate che facilitino la loro accessibilità. L'attività fisica, quindi, non è solo una scelta individuale, ma una pratica che deve essere sostenuta da condizioni strutturali favorevoli, in grado di rimuovere le barriere di accesso e incentivare la partecipazione attiva degli individui alla vita urbana.

“La principale difficoltà è legata agli orari di apertura e alla distanza. Se un parco vicino casa ha orari poco compatibili con il mio lavoro, diventa impossibile frequentarlo. Altri parchi sono troppo lontani, e dopo una giornata di lavoro non ho voglia di passare mezz'ora o un'ora sui mezzi pubblici per raggiungerli. Questo limita molto le possibilità di sfruttare le aree verdi per uno stile di vita attivo e salutare. Sarebbe utile garantire un accesso più semplice e pratico agli spazi verdi. Ad esempio, servirebbero parchi con orari di apertura più estesi, compatibili con chi lavora. Inoltre, migliorare la mobilità sostenibile con piste ciclabili sicure e trasporti pubblici efficienti, anche di sera e nei fine settimana, faciliterebbe l'adozione di stili di vita sani e sostenibili. Sono piccoli interventi che possono fare una grande differenza per chi vuole mantenersi in forma e rispettare l'ambiente.”

Insomma, tutte le risposte convergono sull'importanza degli spazi verdi come luoghi che contribuiscono al benessere personale. Che si tratti di una corsa, di una passeggiata o di un momento di relax, i parchi e le aree verdi vengono descritti come strumenti essenziali per "staccare dalla routine" e rigenerarsi. La possibilità di svolgere attività all'aperto in spazi verdi è percepita come una componente chiave del benessere quotidiano, coerentemente con studi che evidenziano il ruolo positivo degli ambienti naturali sulla salute mentale e fisica.

Sotto questo punto di vista risulta di fondamentale importanza vivere in aree centrali e ben collegate. Infatti, come Milano o Roma, molti partecipanti affermano di ridurre l'uso dell'auto e incrementare le attività all'aria aperta:

“Vivere a Roma ha cambiato alcune delle mie abitudini in termini di sostenibilità ambientale. Rispetto ad Afragola, dove usavo spesso l'auto per spostarmi, qui ho ridotto notevolmente l'uso della macchina. Lavorando da casa, durante la settimana mi sposto molto meno, mentre nel weekend preferisco utilizzare la metropolitana e i mezzi pubblici. Questo ha ridotto il consumo di carburante e, di conseguenza, il mio impatto ambientale. Certo, ci sono giorni in cui avrei bisogno di spostarmi di più, ma cerco di fare la mia parte per limitare l'inquinamento.”

Questi aspetti trovano un chiaro riscontro nella letteratura scientifica, che sottolinea come l'accessibilità a sistemi di trasporto sostenibili – dai mezzi pubblici, come autobus e metropolitana, fino a soluzioni di mobilità condivisa, come il bike sharing – possa contribuire significativamente al miglioramento del benessere individuale e alla promozione della sostenibilità ambientale. Questa relazione emerge in modo particolare dalle risposte di quattro intervistati residenti a Milano, i quali evidenziano l'importanza di tali infrastrutture nel contesto urbano. Di seguito, due stralci di interviste illustrano in modo emblematico queste dinamiche:

“Milano offre servizi pubblici efficienti e mi sento tutelata come cittadina. I mezzi di trasporto sono puntuali e ben organizzati. Ricordo ancora le difficoltà che affrontavo durante il periodo

universitario in provincia di Napoli, con i ritardi e i disservizi dei trasporti. Qui posso contare su un treno o una metropolitana ogni pochi minuti.”

“Milano offre numerose opportunità....anche dal punto di vista degli spostamenti...prima della gravidanza utilizzavo spesso il bike-sharing, grazie alle numerose piste ciclabili presenti in città e nelle zone circostanti. Questo servizio mi permetteva di evitare la metropolitana e il traffico. Anche se al momento non posso utilizzare la bicicletta, tornerò a farlo appena possibile”.

Durante le interviste, 11 partecipanti hanno evidenziato una crescente integrazione dei principi di sostenibilità ambientale nei propri stili di vita quotidiani, manifestata attraverso una serie di pratiche che riguardano la mobilità, la gestione delle risorse e i modelli di consumo. In particolare, la consapevolezza ecologica non si traduce solo in una sensibilità teorica, ma si riflette in azioni concrete e routinarie, che ridefiniscono il rapporto tra individuo, ambiente e spazio urbano.

Questa tendenza non è isolata, ma si inserisce in un processo più ampio di ristrutturazione delle abitudini quotidiane in chiave sostenibile, in cui le scelte personali diventano parte di un modello di consumo più consapevole e orientato alla riduzione dell'impatto ambientale. Sotto questo punto di vista, il medesimo approccio è stato riscontrato anche nell'ambito dell'alimentazione, in cui la selezione di prodotti a chilometro zero e la riduzione degli sprechi emergono come pratiche coerenti con un più ampio processo di transizione verso uno stile di vita responsabile e sostenibile.

Da sottolineare che uno degli aspetti più ricorrenti nelle risposte riguarda il tema della mobilità sostenibile, strettamente legato alla riduzione dell'inquinamento atmosferico, delle emissioni di CO₂ e del traffico urbano. Tuttavia, la sostenibilità viene declinata anche attraverso una più ampia gamma di pratiche che incidono direttamente sulle abitudini di consumo e sulla gestione delle risorse. Tra i comportamenti più diffusi, 13 intervistati su 18 dichiarano di impegnarsi attivamente nella riduzione dell'uso della plastica, mentre 15 su 18 pongono particolare attenzione alla raccolta differenziata. Un altro elemento centrale riguarda la gestione consapevole delle risorse domestiche: 11 intervistati monitorano il proprio consumo energetico, mentre 15 adottano strategie per ridurre gli sprechi idrici, segnalando una maggiore responsabilità nell'uso di beni essenziali come l'acqua.

Un esempio concreto di questo cambiamento negli stili di vita è rappresentato dalla sostituzione delle bottigliette in plastica con borracce riutilizzabili, una pratica menzionata da numerosi partecipanti prevalentemente giovani e di sesso femminile. Questo comportamento, sebbene apparentemente semplice, rappresenta un indicatore significativo di un'evoluzione culturale: non si tratta solo di un'azione isolata, ma di una scelta che riflette una transizione più ampia verso modelli di consumo più responsabili e sostenibili.

L'analisi degli stralci suggerisce che la sostenibilità ambientale non sia più concepita esclusivamente come un obiettivo astratto o un insieme di pratiche occasionali, ma stia progressivamente assumendo il ruolo di componente strutturale degli stili di vita contemporanei. Le pratiche individuali emergono come parte di un modello di cittadinanza ecologica, in cui le scelte quotidiane si allineano a un sistema di valori orientato alla riduzione dell'impatto ambientale e alla gestione consapevole delle risorse.

Questa progressiva interiorizzazione di comportamenti sostenibili suggerisce che la transizione ecologica non si realizzi esclusivamente attraverso interventi normativi e politiche pubbliche, ma trovi un elemento essenziale nel cambiamento delle abitudini quotidiane. Le scelte individuali, sebbene apparentemente limitate nella loro portata, assumono un valore collettivo nel ridefinire i paradigmi del vivere urbano e nel promuovere un modello di sviluppo più equilibrato e consapevole. Questo processo indica che la sostenibilità non sia più solo una dimensione regolativa, ma un

fenomeno culturale e sociale in grado di orientare pratiche e comportamenti in modo diffuso e trasversale.

“...provo a ridurre sensibilmente la plastica. A casa non la acquisto e quando ne necessito se proprio devo compro quelli di carta. Sono solito utilizzare la borraccia, sia quando vado a lavoro ma anche per una passeggiata veloce. Nello zaino non manca mai.”

“È da un po' di anni che provo a fare consapevoli che rispettino l'ambiente...evito gli sprechi sia in ambito alimentare ma anche dal punto di vista di acquisti di seconda mano, faccio la raccolta differenziata e spesso provo ad acquistare prodotti più vicini all'ambiente...dal cibo bio a detersivi tipo winnies”

“...qualche anno fa ho iniziato a fare più attenzione alla raccolta differenziata e a piccoli gesti quotidiani per ridurre l'impatto ambientale. Tuttavia, recentemente mi sono sentito demotivato dopo aver scoperto che l'impatto individuale è minimo rispetto a quello delle grandi aziende. È frustrante pensare che, nonostante gli sforzi personali, i risultati complessivi siano così limitati. Cerco comunque di fare del mio meglio, anche se con meno entusiasmo di prima”

Un aspetto rilevante emerso dall'analisi riguarda il ruolo delle relazioni interpersonali nel promuovere e consolidare comportamenti sostenibili. In quattro interviste, è evidente come l'adozione di pratiche orientate alla sostenibilità non sia esclusivamente il risultato di scelte individuali, ma venga influenzata e rafforzata dalle dinamiche sociali e dai rapporti con partner, amici e familiari. Questo dato conferma che la sostenibilità non è solo una questione di consapevolezza personale, ma si configura come un processo socialmente costruito, in cui le interazioni quotidiane contribuiscono alla diffusione e alla normalizzazione di comportamenti ecologicamente responsabili. Gli intervistati descrivono come decisioni quali la riduzione dell'uso della plastica, la raccolta differenziata o l'adozione di mezzi di trasporto sostenibili siano spesso condivise e discusse all'interno del nucleo familiare o della coppia. Questo meccanismo genera un vero e proprio effetto rete, attraverso il quale le pratiche sostenibili non solo si consolidano, ma vengono trasmesse e rafforzate nel tempo. La possibilità di confrontarsi con persone vicine favorisce un processo di responsabilizzazione reciproca, aumentando la probabilità che le scelte sostenibili diventino abitudini stabili e radicate nella quotidianità. Questa prospettiva evidenzia quindi l'importanza del contesto sociale nella costruzione e nel mantenimento degli stili di vita sostenibili, suggerendo che il cambiamento ecologico non sia esclusivamente il risultato di iniziative individuali o politiche pubbliche, ma anche di dinamiche relazionali che favoriscono la condivisione e il rafforzamento delle pratiche orientate alla sostenibilità.

“...noto che anche le persone che mi circondano influenzano le mie scelte di sostenibilità infatti condivido determinati comportamenti con amici e familiari che aiutano a sviluppare una maggiore consapevolezza ambientale. Per il resto cerco di acquistare solo ciò di cui ho davvero bisogno per evitare sprechi. Non accumulo cibo o oggetti inutili e preferisco fare acquisti mirati e sostenibili. Questo approccio è spesso influenzato dalle esperienze condivise con le persone a me vicine, che adottano a loro volta scelte simili.

Le relazioni interpersonali, infatti, non solo forniscono supporto emotivo e pratico, ma creano anche meccanismi di responsabilità reciproca che rafforzano l'impegno individuale. Ciò suggerisce che il cambiamento verso pratiche più sostenibili non sia solo il risultato di scelte individuali, ma anche di un contesto relazionale che favorisce e sostiene tali scelte.

“ le scelte sostenibili si influenzano anche la vita del mio compagno. In casa cerchiamo di evitare gli sprechi: utilizziamo lampadine a LED e facciamo lavatrici solo a pieno carico. È un'abitudine

che mi è stata insegnata fin da bambina da mio padre: risparmiare significa poter investire quei soldi in esperienze o acquisti più importanti”

Tuttavia si evidenzia anche una prospettiva critica rispetto alle difficoltà incontrate nell'adozione di uno stile di vita sostenibile, mettendo in luce ostacoli di natura strutturale ed economica. Questi elementi rivelano un paradosso significativo: se da un lato vi è una crescente sensibilizzazione verso la sostenibilità, dall'altro persistono condizioni materiali che ne limitano l'attuazione concreta.

Uno degli aspetti più rilevanti riguarda l'accessibilità alle risorse e alla mobilità sostenibile. La carenza di elementi fondamentali come piste ciclabili, aree pedonali e negozi che offrano prodotti ecologici a costi accessibili costituisce un vincolo per chi desidera adottare pratiche più responsabili. Si deduce che la sostenibilità, non è soltanto una questione di scelta individuale, ma è fortemente condizionata dalla configurazione del contesto urbano ed economico, che può facilitare o ostacolare il passaggio a modelli di consumo e mobilità più rispettosi dell'ambiente.

“Le difficoltà principali riguardano l'accessibilità ai servizi e ai prodotti sostenibili. Non sempre è facile trovare negozi che offrano prodotti ecologici a prezzi accessibili o infrastrutture adeguate, come piste ciclabili o aree pedonali. Questo rende complicato adottare uno stile di vita sostenibile, soprattutto quando i ritmi della vita quotidiana sono frenetici. Spesso, anche se si ha la volontà di fare scelte responsabili, mancano le condizioni pratiche per realizzarle facilmente”

La seconda testimonianza evidenzia come il fattore economico rappresenti una delle principali barriere all'adozione di uno stile di vita sostenibile. L'affermazione “la sostenibilità è insostenibile” sintetizza in modo emblematico il paradosso di un sistema in cui i prodotti biologici, a chilometro zero o realizzati secondo criteri etici risultano spesso più costosi e meno accessibili rispetto alle alternative convenzionali. Questo dato solleva una questione cruciale: la sostenibilità, pur essendo promossa come un valore universale e necessario per la tutela ambientale e sociale, si configura nei fatti come un privilegio economico, ponendo le fasce di popolazione con minori risorse di fronte a una scelta obbligata tra convenienza e responsabilità ambientale.

Sotto questo punto di vista 3 interviste mettono in luce due aspetti fondamentali. In primo luogo, il differenziale di costo tra prodotti sostenibili e non sostenibili rappresenta un vincolo concreto che limita la possibilità di scelta per una parte significativa della popolazione. La sostenibilità, dunque, non è un'opzione universalmente praticabile, ma è vincolata a una disponibilità economica che determina l'accesso a determinati beni e servizi. Questo fenomeno si inserisce in un più ampio quadro di disuguaglianza ambientale, in cui il diritto a pratiche sostenibili diventa una questione di reddito e disponibilità finanziaria. In secondo luogo, emerge la difficoltà di mantenere nel tempo comportamenti sostenibili, anche per coloro che ne riconoscono il valore e l'importanza. Il riferimento alla costanza evidenzia che la sostenibilità, per essere efficace, non può basarsi su scelte episodiche, ma deve essere integrata in modo strutturale nelle abitudini di consumo. Tuttavia, l'attuale assetto economico e commerciale rende questa integrazione complessa, trasformando la sostenibilità da pratica inclusiva e collettiva a scelta individuale condizionata da vincoli economici e di accessibilità. Questa riflessione solleva quindi la necessità di ripensare il modello di diffusione della sostenibilità, affinché non rimanga un'opzione riservata a chi può permettersela, ma diventi una pratica sistemica e accessibile, sostenuta da politiche economiche e di mercato che ne facilitino l'adozione su larga scala.

“credo che oggi le principali difficoltà nell'adottare uno stile di vita sostenibile riguardano i costi. La sostenibilità spesso ha un prezzo elevato. Posso affermare che la sostenibilità è insostenibile. I prodotti biologici, a chilometro zero o realizzati eticamente sono più costosi

rispetto a quelli convenzionali. Questo vale sia per i beni di prima necessità, come frutta e verdura, sia per i prodotti di seconda necessità, come l'abbigliamento. Anche le piccole botteghe locali offrono prodotti di qualità, ma i prezzi non sono sempre accessibili. Questa situazione rende difficile mantenere abitudini sostenibili con costanza."

Infine, la menzione delle botteghe locali, dei mercati e dei beni di seconda necessità, come l'abbigliamento, amplia la riflessione oltre il settore alimentare e la mobilità, evidenziando che la sostenibilità non si limita alla gestione della spesa quotidiana, ma investe un sistema più ampio di scelte di consumo. Questo dato suggerisce che il concetto stesso di sostenibilità debba essere analizzato nella sua dimensione sistemica, in cui ogni ambito della vita quotidiana – dal cibo ai trasporti, fino all'abbigliamento e ai beni durevoli – è parte di una rete di pratiche influenzate da dinamiche economiche, sociali e infrastrutturali. Tuttavia, la difficoltà di mantenere queste abitudini con costanza evidenzia una criticità strutturale, in cui la sostenibilità, più che configurarsi come una pratica diffusa e universalmente accessibile, tende a essere percepita come un lusso riservato a chi dispone delle risorse economiche necessarie. Questo aspetto mette in discussione la retorica della sostenibilità come scelta individuale, rivelando invece la necessità di politiche pubbliche e strategie di mercato che ne favoriscano l'adozione su larga scala, trasformandola in un'opzione realmente praticabile e integrata nei modelli di consumo contemporanei.

3.2.2 Significati emergenti: un'analisi delle co-occorrenze nei discorsi su salute, stili di vita e sostenibilità

Successivamente nel corso dell'analisi delle interviste semistrutturate condotte con i 18 partecipanti è stata adottata una metodologia basata sull'analisi delle co-occorrenze linguistiche per identificare i termini e i concetti chiave emersi. L'attenzione si è concentrata su tre nuclei semantici principali: stili di vita, salute e sostenibilità.

Le co-occorrenze identificate intorno al concetto di "stile di vita" (Figura 40) delineano un insieme articolato di parole chiave che riflettono un approccio complesso e sfaccettato. Termini ricorrenti come alimentazione e attività fisica sottolineano una consapevolezza diffusa sull'importanza di pratiche che favoriscono un equilibrio tra il corpo e la mente. Questo equilibrio, per molti, si realizza attraverso abitudini quotidiane strutturate, evidenziate da parole come routine, dieta, sport e cammino, che configurano un'immagine di uno stile di vita attivamente orientato al benessere.

Il riferimento al corpo e al mio corpo rivela la centralità dell'identità corporea nella costruzione dello stile di vita, suggerendo che il corpo non sia solo il luogo della salute fisica, ma anche uno strumento attraverso cui si manifesta una forma di autodeterminazione e libertà personale. Questa prospettiva richiama le teorie sociologiche che interpretano il corpo come un elemento profondamente culturale e simbolico, capace di rappresentare pratiche, valori e norme interiorizzate.

Parallelamente, termini come stress, lavoro e stanchezza introducono una dimensione conflittuale, evidenziando come lo stile di vita non sia esclusivamente il risultato di scelte volontarie, ma sia anche influenzato da pressioni strutturali legate a contesti lavorativi, accademici o sociali. Questo sottolinea l'importanza di considerare il locus dello stile di vita non solo come una sfera individuale, ma come un'intersezione tra aspirazioni personali e vincoli imposti dall'esterno.

Figura 40. Co-occorrenze legate al concetto di stili di vita



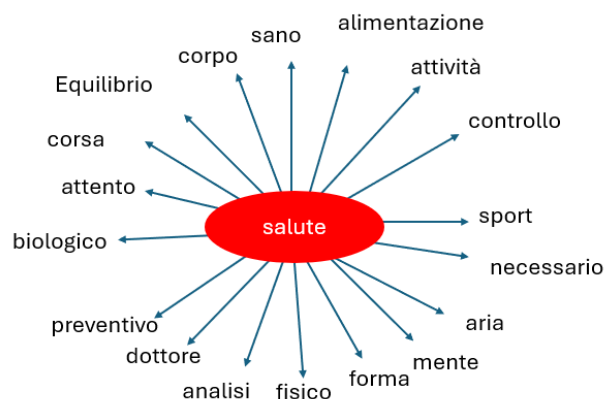
Sulla stessa scia, le co-occorrenze identificate intorno al concetto di "salute" (Figura 41) delineano una rete semantica che in parte riflette il concetto di stili di vita e in parte rimarca una visione multidimensionale del concetto. Infatti, come per lo stile di vita, ritroviamo parole chiave come alimentazione e attività fisica che confermano il ruolo centrale di questi due elementi come pilastri fondamentali per il mantenimento di un completo stato di benessere. Anche l'associazione con termini quali mediterranea, biologico e sano evidenzia una preferenza per modelli alimentari che privilegiano qualità, sostenibilità e tradizione, sottolineando il peso crescente della consapevolezza alimentare nella percezione e nella costruzione della salute individuale.

Termini come equilibrio, mente e corpo suggeriscono una concezione olistica della salute, intesa non solo come assenza di malattia, ma come una condizione di interazione armoniosa tra le dimensioni fisiche e psicologiche. Questo approccio si allinea alle teorie più moderne della salute biopsicosociale, che considerano il benessere come il risultato di interazioni complesse e dinamiche tra fattori biologici, psicologici e sociali.

Parole come controlli, analisi e dottore evidenziano il ruolo cruciale della prevenzione e del monitoraggio medico nella percezione della salute. La salute emerge quindi non solo come uno stato da preservare, ma anche come un processo attivo da proteggere attraverso pratiche preventive regolari e un'attenzione costante.

Infine, termini legati all'attività fisica, come sport, passeggiata e corsa, rivelano anche qui una connessione evidente tra movimento e benessere.

Figura 41. Co-occorrenze legate al concetto di salute



Il concetto di *sostenibilità* (Figura 42) emerge con parole come *ridurre*, *limitare* e *consumo* che rimarcano l'importanza di gestire in modo consapevole le risorse, ponendo l'accento sulla necessità di evitare sprechi e promuovere pratiche più responsabili. Questi elementi indicano una crescente attenzione verso comportamenti individuali e collettivi che contribuiscano a mitigare l'impatto ambientale. Termini legati a risorse essenziali, quali *aria*, *acqua* ed *energia*, sottolineano l'urgenza di proteggere e preservare il patrimonio naturale, evidenziando l'interdipendenza tra la salute dell'ambiente e il benessere umano. Espressioni come *raccolta differenziata*, *bicchieri*, *plastica* e *lampadine* riflettono invece un approccio pratico e quotidiano alla sostenibilità, in cui piccoli gesti concreti, come il riciclo, la riduzione dell'uso di materiali inquinanti e il risparmio (*ridurre*) energetico assumono un ruolo cruciale.

Parole come *mezzi*, *mobilità* e *città* spostano il focus sul contesto urbano e metropolitano, sottolineando temi, ma soprattutto scelte personali, che riguardano la mobilità sostenibile e la gestione efficiente dello stesso. Questi termini rivelano come la sostenibilità non si limiti alla sfera ambientale, ma inglobi anche le dinamiche sociali ed economiche. Infatti, proprio il riferimento a *aziende*, *politica* e *responsabilità* pone l'accento sulla necessità di un impegno condiviso che coinvolga sia gli individui sia le istituzioni.

Infine, termini come *gesti*, *noi* e *consapevolezza* richiamano la dimensione collettiva e partecipativa della sostenibilità. Il coinvolgimento individuale e l'adozione di pratiche quotidiane vengono interpretati come parte di un processo più ampio, dove le azioni personali (raccolta differenziata, o risparmio di energia) si intrecciano generare un impatto significativo.

In questo quadro, la sostenibilità emerge come un concetto che abbraccia aspetti pratici della vita quotidiana, responsabilità personale, collettiva e politica, rappresentando una sfida e al contempo una possibilità per ripensare i modelli di interazione tra l'uomo e l'ambiente.

Figura 42. Co-occorrenze legate al concetto di stili di vita



L'analisi qualitativa delle interviste è stata condotta per rispondere alla domanda di ricerca relativa alla costruzione e percezione dello stile di vita in relazione alla salute, alla sostenibilità e all'ambiente urbano, evidenziando la complessità dei processi sottesi a tali dinamiche.

Dalle narrazioni emerge come la costruzione della quotidianità e l'integrazione delle pratiche salutari risultino fortemente influenzate dalla gestione del tempo e dalle condizioni lavorative, che spesso limitano la possibilità di adottare comportamenti salutari regolari. Sebbene la consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita equilibrato sia piuttosto diffusa, gli intervistati riportano difficoltà significative nel mantenere pratiche costanti, a causa dei vincoli imposti dalla routine lavorativa, della pressione temporale e di risorse materiali non sempre adeguate.

La definizione soggettiva di uno stile di vita salutare si articola principalmente attorno a tre dimensioni fondamentali: alimentazione, attività fisica e benessere mentale. Tuttavia, emergono discrepanze evidenti tra conoscenze teoriche e comportamenti effettivi, particolarmente marcate nei giovani adulti che, pur mostrando una maggiore consapevolezza della necessità di adottare stili di vita sani, incontrano difficoltà nel garantirne la continuità. Questo divario tra atteggiamenti e pratiche evidenzia l'importanza di intervenire non solo a livello educativo, ma anche sui contesti materiali e organizzativi che rendono possibile o ostacolano tali comportamenti.

Il concetto di salute si configura come una costruzione multidimensionale, che integra sia una visione biomedica, focalizzata sull'assenza di malattia, sia un approccio olistico che enfatizza il benessere psicologico, relazionale e sociale. L'importanza attribuita alla salute risulta variabile in funzione delle esperienze personali, del capitale sociale di riferimento e delle condizioni materiali di vita, sottolineando la forte influenza del contesto socioeconomico nella definizione e nella realizzazione delle strategie di cura di sé.

Analogamente, l'integrazione della sostenibilità negli stili di vita emerge come un aspetto rilevante, sebbene ancora poco sistematizzato. Gli intervistati associano la sostenibilità prevalentemente a scelte di consumo consapevoli, alla riduzione degli sprechi e alla mobilità sostenibile, sottolineando la connessione tra benessere individuale e responsabilità ambientale. Tuttavia, permangono barriere economiche, culturali e infrastrutturali che rendono difficile l'adozione strutturata di pratiche ecocompatibili. In particolare, le condizioni abitative, il costo delle alternative sostenibili e la mancanza di servizi adeguati rappresentano ostacoli significativi che rendono tali comportamenti più onerosi o meno accessibili per ampie fasce della popolazione.

Il rapporto con l'ambiente urbano emerge come un ulteriore elemento determinante nella costruzione degli stili di vita. La fruizione degli spazi pubblici e delle aree verdi è unanimemente considerata essenziale per il benessere fisico e mentale; tuttavia, la qualità dell'infrastruttura urbana e l'accessibilità ai servizi variano notevolmente tra i contesti. Gli intervistati residenti a Roma e Milano evidenziano una maggiore integrazione degli spazi verdi nella quotidianità, grazie a un'offerta urbana più strutturata, mentre a Napoli emergono barriere logistiche, carenze infrastrutturali e una gestione degli spazi pubblici meno efficiente, che ne limitano l'utilizzo e l'accessibilità.

Le principali implicazioni emerse da questa analisi suggeriscono la necessità di affrontare la salute e la sostenibilità attraverso un approccio sistemico e integrato, che tenga conto delle interconnessioni tra dimensioni fisiche, mentali, ambientali e sociali, superando la frammentazione settoriale che caratterizza molte delle strategie attuali. L'adozione di stili di vita salutari e sostenibili non può essere lasciata esclusivamente alla responsabilità individuale, ma richiede la costruzione di ambienti favorevoli attraverso politiche pubbliche inclusive, strategie di governance urbana efficaci e interventi di sensibilizzazione capillari. In questo quadro, la sostenibilità ambientale deve essere concepita come il risultato di un impegno collettivo, in cui istituzioni, cittadini e attori territoriali cooperano per rimuovere le barriere strutturali all'adozione di pratiche responsabili. Un ruolo centrale è svolto dalle reti sociali, che si configurano come mediatori chiave nella diffusione di comportamenti virtuosi, amplificando l'efficacia delle politiche di promozione della salute e della sostenibilità.

Rafforzare queste reti, agire sui determinanti sociali della salute e migliorare l'accessibilità agli spazi e ai servizi urbani emergono quindi come priorità strategiche per favorire una reale trasformazione degli stili di vita in direzione di una maggiore equità, resilienza e sostenibilità.

Un approccio Mixed Method (MM): quali determinanti per uno stile di vita salutare e sostenibile?

Alla luce delle fragilità epistemologiche e delle criticità associate ai presupposti deboli della triangolazione, risulta più appropriato adottare un approccio di integrazione metodologica, facendo riferimento a disegni di ricerca MM che prevedano l'impiego sequenziale o parallelo di strategie qualitative e quantitative (Denzin, 1978; Creswell & Creswell, 2018; Mauceri, 2019).

Come sottolineato da Dania Cordaz (2011), l'integrazione si configura come una «*procedura finalizzata a valorizzare le differenze, ossia a massimizzare i vantaggi derivanti dalle peculiarità di ciascun approccio, senza pretese di autosufficienza metodologica*» (2011, p. 44).

L'integrazione, pertanto, non si configura come una mera giustapposizione di strumenti analitici, bensì come uno scambio reciproco e funzionale di conoscenze, risorse e contributi informativi, finalizzato alla costruzione di risultati euristici e immediatamente applicabili.

Tale approccio si traduce in una sintesi dinamica, capace di superare visioni metodologiche unilaterali e di creare una stretta interdipendenza tra le diverse componenti del progetto, promuovendo una definizione coerente dei livelli e delle procedure adottate.

Come sottolinea Agodi (1996), la dicotomia tra approcci qualitativi e quantitativi riflette due finalità distinte della conoscenza sociologica: da un lato, la produzione di affermazioni generalizzabili; dall'altro, la costruzione di descrizioni dettagliate e contestuali dei fenomeni analizzati. Una corretta integrazione metodologica si fonda su una logica multidimensionale e pluralistica, che valorizza la compatibilità tra approcci diversi, l'apertura a nuove prospettive e la possibilità di innovativi confronti interdisciplinari (Cipolla *et al.*, 1998).

In questo contesto, l'integrazione metodologica non implica la supremazia di un unico approccio, ma valorizza la complementarità delle diverse strategie, arricchendo la comprensione dei fenomeni analizzati e favorendo una visione più articolata e approfondita della realtà studiata. L'integrazione dei risultati quantitativi e qualitativi rappresenta il cuore di questo lavoro di ricerca, e ha consentito di delineare un quadro multidimensionale delle dinamiche socioculturali che plasmano gli stili di vita salutari e sostenibili nei contesti urbani italiani.

La complementarità tra i due approcci metodologici ha permesso di coniugare l'oggettività delle evidenze statistiche con la profondità delle percezioni individuali, costruendo una narrazione capace di cogliere sia le tendenze generali sia le sfumature più intime e soggettive dei comportamenti analizzati. Ciò ha consentito la costruzione di un modello interpretativo per sintetizzare in maniera coerente i principali risultati emersi fornendo delle categorie interpretative. Tale approccio ha permesso di individuare specifiche tipologie di stili di vita e di comprendere i fattori che incentivano o ostacolano l'adozione di pratiche sostenibili e salutari.

Tra i fattori più rilevanti emergono il contesto urbano di residenza e il livello di istruzione, entrambi con un impatto significativo sulla salute percepita e sulle pratiche di prevenzione.

Le differenze geografiche tra Napoli, Roma e Milano riflettono dinamiche strutturali e socioeconomiche specifiche. A Napoli, la percezione negativa della propria salute ("scadente" o "discreta") è più diffusa, probabilmente a causa della minore disponibilità di risorse sanitarie, di condizioni socioeconomiche sfavorevoli e di un accesso limitato ai servizi di prevenzione, nonostante

la maggiore frequenza di controlli di routine. A Milano, invece, una quota più elevata di cittadini dichiara uno stato di salute "eccellente" o "molto buono". Inoltre, il senso di comunità emerge come un elemento chiave nella percezione della salute. A Milano, un forte senso di appartenenza sociale è positivamente correlato con una migliore percezione dello stato di salute, suggerendo che una coesione sociale più elevata possa avere un effetto protettivo. A Napoli, invece, questo legame appare meno marcato, indicando che fattori strutturali, come le disuguaglianze socioeconomiche e l'accesso limitato ai servizi sanitari, potrebbero avere un ruolo preponderante.

Di fondamentale rilievo è il gradiente culturale, misurato attraverso il livello di istruzione, che si configura come un determinante cruciale nella propensione alla prevenzione sanitaria e nell'adozione di comportamenti orientati al benessere. Gli individui con titoli di studio più elevati mostrano una maggiore probabilità di sottoporsi regolarmente a controlli medici preventivi, di accedere a fonti di informazione sanitaria più affidabili e di praticare attività fisica.

Questa relazione suggerisce che la consapevolezza della salute sia fortemente legata al capitale culturale e alla disponibilità di risorse conoscitive qualificate.

L'analisi delle differenze di genere ha inoltre evidenziato il ruolo delle norme sociali e delle aspettative culturali nel comportamento preventivo. Sebbene le donne siano storicamente associate a una maggiore attenzione alla salute preventiva, i dati mostrano che tendono a sottoporsi a controlli medici soprattutto in presenza di sintomi. Gli uomini, invece, adottano comportamenti sanitari ancora più reattivi e meno orientati alla prevenzione.

L'adozione di comportamenti sostenibili è influenzata da fattori economici e contestuali che condizionano la capacità di integrare pratiche ecologiche nella quotidianità. Ciò si evince in particolar modo nella parte qualitativa dove mentre intervistati con maggiori risorse economiche mostrano una più elevata adesione a modelli di consumo responsabili, come l'acquisto di prodotti a km 0, la riduzione degli sprechi e l'utilizzo della mobilità sostenibile, coloro che si trovano in condizioni di maggiore vulnerabilità socioeconomica incontrano barriere strutturali che limitano l'adozione di tali pratiche. Tuttavia, sia dai questionari che dalle interviste emergono fattori interessanti in merito al collegamento col sistema valoriale.

In particolare, l'indagine per la parte quantitativa ha rivelato che i valori personali e le credenze culturali svolgono un ruolo determinante nell'adozione di pratiche salutari e sostenibili.

L'associazione più marcata è stata osservata per i valori di solidarietà e responsabilità, seguiti da quelli di socialità e benessere, e infine da scienza e tecnologia, sebbene tutte e tre le dimensioni abbiano mostrato una relazione significativa con i comportamenti sostenibili. Questa gerarchia suggerisce che la sostenibilità, nella percezione collettiva, sia maggiormente associata a principi di equità e responsabilità sociale piuttosto che a una consapevolezza puramente razionale o a un orientamento individuale al benessere. Ciò indica che il senso di responsabilità nei confronti degli altri e dell'ambiente rappresenta un motore fondamentale per l'adozione di comportamenti sostenibili, radicando la sostenibilità in una dimensione relazionale piuttosto che meramente tecnica o utilitaristica. Questi risultati trovano una spiegazione nella natura stessa dei sistemi valoriali esaminati. I valori di solidarietà e responsabilità implicano un forte principio etico, in cui la sostenibilità è percepita come un dovere morale e un impegno verso il benessere collettivo. Tale impostazione favorisce scelte concrete e sistematiche orientate alla sostenibilità, poiché il comportamento individuale viene interpretato all'interno di una più ampia cornice di giustizia sociale e responsabilità intergenerazionale. D'altra parte, i valori legati alla socialità e al benessere, pur correlati positivamente alla sostenibilità, sembrano avere un impatto meno incisivo, probabilmente perché riferiti a una dimensione più individuale e situazionale, che non sempre si traduce in

comportamenti sostenibili strutturati e costanti. Analogamente, l'influenza dei valori di scienza e tecnologia, sebbene significativa, è risultata meno determinante rispetto agli aspetti etico-sociali, suggerendo che la consapevolezza scientifica da sola non è sufficiente a orientare pratiche sostenibili senza un corrispondente supporto valoriale. Questa distinzione ha rilevanti implicazioni per le strategie di promozione della sostenibilità. Data la diversa sensibilità degli individui rispetto ai sistemi valoriali, un approccio unico e generalizzato potrebbe risultare inefficace. Al contrario, strategie comunicative e politiche dovrebbero essere differenziate in base alle motivazioni sottostanti ai comportamenti sostenibili. Per coloro che attribuiscono grande importanza ai valori di solidarietà e responsabilità, risultano più efficaci interventi basati su argomentazioni etiche e di giustizia sociale, enfatizzando il legame tra sostenibilità, equità e dovere civico. Per chi, invece, è maggiormente orientato alla socialità e al benessere, si potrebbero promuovere i benefici diretti della sostenibilità in termini di miglioramento della qualità della vita, benessere personale e coesione sociale. Analogamente, per chi attribuisce un alto valore alla scienza e alla tecnologia, potrebbero essere più efficaci campagne basate su evidenze empiriche e sull'innovazione tecnologica applicata alla sostenibilità. Complessivamente, i risultati rafforzano l'idea che la sostenibilità non sia un concetto universale percepito in modo omogeneo, ma piuttosto un valore modulato da diversi sistemi di riferimento. La promozione di pratiche sostenibili, dunque, non può basarsi esclusivamente su approcci prescrittivi o normativi, ma deve essere costruita in funzione delle diverse motivazioni individuali e collettive, riconoscendo che il cambiamento comportamentale in materia di sostenibilità avviene all'intersezione tra conoscenza, etica e benessere. Riconoscere questa diversità è cruciale per progettare interventi più mirati ed efficaci, capaci di stimolare una diffusione più ampia e radicata delle pratiche sostenibili nella società.

Attraverso l'integrazione sono emersi tre distinti profili comportamentali, che riflettono le diverse attitudini degli individui nei confronti della salute e della sostenibilità.

I profili identificati sono i seguenti:

-Gli eco-health lifestyle

Il primo gruppo comprende individui caratterizzati da un elevato benessere individuale, un significativo capitale culturale e sociale e una partecipazione attiva e consapevole alla vita della comunità. Questi soggetti si distinguono per una profonda e autentica adesione ai principi della sostenibilità ambientale, integrata armonicamente con comportamenti orientati alla prevenzione sanitaria e alla promozione della salute personale e collettiva.

I dati quantitativi mostrano chiaramente che gli appartenenti a questo profilo adottano abitualmente stili di vita sani e attivi, evidenziati da pratiche regolari di attività fisica, alimentazione equilibrata e comportamenti eco-sostenibili come l'utilizzo di mobilità alternativa (bicicletta, trasporti pubblici e veicoli elettrici). La loro sensibilità ecologica si traduce inoltre nella riduzione consapevole degli sprechi e nell'attenzione ai consumi etici e sostenibili.

Gli insight qualitativi rivelano che per questi individui la salute è percepita come una condizione di equilibrio tra corpo e mente, ottenibile attraverso comportamenti preventivi regolari e consapevoli. L'adesione alla sostenibilità, più che una scelta razionale dettata da fattori individualistici, rappresenta per loro un vero e proprio atto etico, radicato in profondi valori di responsabilità sociale e solidarietà. Pertanto, le azioni quotidiane di questi soggetti sono spesso guidate da una visione altruistica e comunitaria, mirando a generare un impatto positivo a livello ambientale e sociale.

Questi individui possono rappresentare dei veri e propri influencer sociali, capaci di promuovere e diffondere comportamenti sostenibili e sani, e rappresentano un segmento chiave per lo sviluppo di

politiche di promozione della salute e della sostenibilità ambientale, grazie alla loro capacità di coinvolgere e sensibilizzare efficacemente la comunità in cui vivono.

-Ego Wellness a scarsa sostenibilità

Il secondo profilo include individui che, pur avendo un buon livello di benessere fisico e psicologico, non pongono una forte attenzione alla sostenibilità ambientale nelle loro scelte quotidiane. Sebbene queste persone godano di una buona salute percepita e abbiano accesso a risorse che favoriscono il loro benessere, la loro priorità principale è il miglioramento del benessere individuale. L'autocura, l'attività fisica regolare e l'alimentazione sana sono al centro delle loro preoccupazioni, ma l'impegno verso l'ambiente e la collettività non è una componente significativa del loro stile di vita.

I dati quantitativi mostrano che gli individui di questo gruppo praticano attività fisica regolare, ma tendono a utilizzare veicoli privati e preferiscono scelte più pratiche e comode rispetto a comportamenti eco-sostenibili. La loro mobilità è dunque meno sostenibile rispetto ad altri gruppi, e non si impegnano in modo rilevante in pratiche di consumo responsabile o ecologico.

Gli insight qualitativi evidenziano che la motivazione di questo gruppo è strettamente legata alla cura del sé e al raggiungimento di un benessere fisico e mentale, che garantisca una qualità della vita elevata nel breve termine. La sostenibilità non è una priorità per loro, a meno che non venga presentata in modo tale da far leva su vantaggi tangibili immediati, come un miglioramento della qualità dell'aria o risparmi economici derivanti da scelte ecologiche. Se queste pratiche venissero percepite come vantaggiose o facilmente integrabili nella loro routine quotidiana, questi individui potrebbero essere più inclini a considerare comportamenti sostenibili, ma solo se questi non richiedono sacrifici significativi.

Individui vulnerabili a livello di salute e sostenibilità

Il terzo profilo comprende persone che si trovano in condizioni di vulnerabilità economica e sociale. Questi individui affrontano difficoltà nell'accesso a risorse sanitarie e servizi legati al benessere, ma sono comunque dotati di un forte senso di comunità e di responsabilità sociale. Purtroppo, la loro situazione economica e sociale limita gravemente la possibilità di adottare comportamenti salutari e sostenibili, impedendo loro di godere appieno di una qualità della vita adeguata.

I dati quantitativi mostrano che questi individui tendono a vivere in contesti urbani con limitato accesso ai servizi e alle risorse necessarie per mantenere uno stile di vita sano e sostenibile. La loro salute è generalmente percepita come scadente, e la prevalenza di stili di vita sedentari è alta, dovuta in parte alla difficoltà nell'accesso a mezzi di trasporto pubblici sostenibili e a scelte di mobilità più ecologiche. Inoltre, la partecipazione sociale è limitata, in parte a causa di ostacoli economici e strutturali che impediscono l'accesso a pratiche di benessere e sostenibilità.

Gli insight qualitativi suggeriscono che, nonostante le difficoltà, queste persone possiedono una forte consapevolezza delle disuguaglianze sociali e della necessità di una maggiore equità nella società. Sebbene il loro impegno verso la sostenibilità non sia attualmente prioritario, potrebbero essere motivati da un senso di responsabilità sociale che, se adeguatamente stimolato, potrebbe incoraggiarli ad adottare comportamenti più sani e sostenibili. Tuttavia, le barriere economiche e strutturali devono essere abbattute per permettere loro di accedere a risorse che favoriscano una vita più sana e sostenibile. Per coinvolgere questo gruppo, è fondamentale ridurre le disuguaglianze socioeconomiche e garantire un accesso maggiore ai servizi di salute e alle risorse ecologiche. Solo superando questi ostacoli, questi individui potrebbero realizzare il potenziale di un cambiamento verso stili di vita più sani e sostenibili.

L'analisi dei profili emersi (Tabella 1) consente di comprendere in modo più dettagliato come le variabili culturali, economiche e strutturali influenzino le scelte relative alla salute e alla sostenibilità. I risultati suggeriscono che la promozione di comportamenti sostenibili deve tener conto delle diversità nei valori e nelle motivazioni degli individui. In particolare, per i gruppi più vulnerabili, è essenziale un intervento mirato che superi le barriere economiche e che valorizzi il senso di comunità e di responsabilità collettiva. Al contrario, per i profili più orientati al benessere personale, le strategie di sensibilizzazione potrebbero focalizzarsi sugli impatti diretti delle pratiche sostenibili sulla qualità della vita individuale.

	Descrizione Generale	Fattore Analitico Correlato	Caratteristiche Principali	Insight Quantitativi	Insight Qualitativi
Attivisti Sostenibili	Individui con elevato benessere individuale, alta sostenibilità e partecipazione sociale attiva.	Gradiente culturale e prevenzione + Stili di vita attivi	- Stili di vita salutari e attivi - Alta mobilità sostenibile - Forte senso valoriale - Impegno in pratiche ecologiche	- Cluster 3: individui con alto capitale culturale e sociale, attenzione alla sostenibilità. - ACM: forte associazione con mobilità sostenibile e valori di responsabilità sociale.	- Giovani adulti con accesso ai servizi, pratiche sostenibili e buona integrazione sociale. - Salute percepita come equilibrio tra corpo e mente.
Ego wellness a scarsa sostenibilità	Individui con elevato benessere e accesso alle risorse, ma con scarsa attenzione alla sostenibilità.	Gradiente culturale e prevenzione	- Buona salute percepita - Attività fisica regolare, - Minore coinvolgimento civico e sociale - Mobilità meno sostenibile	- Cluster 2: individui con buona stabilità economica ma basso senso di comunità. - ACM: scarsa correlazione con valori di solidarietà.	- Salute vista come investimento personale per il lungo termine. - Preferenza per modelli di benessere individualistici.
Individui vulnerabili a livello di salute e sostenibilità	- Individui con forte senso di comunità e sensibilità sociale, ma con difficoltà nell'accesso ai servizi. - Individui con scarsa attenzione alla sostenibilità e alla salute, con difficoltà di accesso ai servizi.	- Contesto urbano e accesso ai servizi - Vincoli economici - Stili di vita sedentari	- Partecipazione attiva alla vita sociale - Ostacoli economici e ambientali che impediscono pratiche sostenibili - Attenzione alla socialità, ma difficoltà nel mantenere stili di vita sani - Salute scadente e sedentarietà - Scarso interesse per pratiche sostenibili - Limitata partecipazione sociale - Dipendenza da mezzi di trasporto privati	- Cluster 2 in transizione: individui con sensibilità emergente ma ostacolati da vincoli strutturali. - ACM: discreta adesione ai valori di comunità ma bassa mobilità sostenibile. - Cluster 1: individui con basso livello di istruzione e scarso senso di responsabilità civica. - ACM: forte associazione con stili di vita sedentari e basso livello di socialità.	- Forti vincoli economici impediscono un'adozione più attiva di pratiche salutari e sostenibili. - Percezione della salute legata alle disuguaglianze strutturali. - Percezione della salute come secondaria. - Vincoli economici limitano l'adozione di scelte di benessere.

Tabella 1. Classificazione degli Stili di Vita: Integrazione di Mixed Methods tra Fattori Analitici e Insight Quali-Quantitativi

Conclusioni

Come anticipato nell'introduzione, l'obiettivo principale di questa ricerca è stato quello di analizzare gli stili di vita salutari e sostenibili, con particolare attenzione al loro intreccio con le dinamiche urbane e alla prospettiva dell'urban health.

La fase iniziale del lavoro si è concentrata su un'analisi critica della letteratura scientifica nazionale e internazionale sui temi della salute, degli stili di vita e della salute urbana. Tale revisione ha consentito di costruire un quadro teorico di riferimento e di individuare specifiche lacune conoscitive, orientando lo sviluppo successivo dell'indagine empirica.

Dallo sviluppo teorico e dalle analisi condotte emerge chiaramente come il concetto di stile di vita si configuri come una realtà complessa, multidimensionale e intrinsecamente dinamica. La sua piena comprensione richiede un approccio integrato e interdisciplinare, capace di considerare le molteplici interazioni tra individuo, struttura sociale e ambiente. Le teorie sociologiche classiche, da Veblen e Marx fino alle prospettive contemporanee di Bourdieu, Giddens e Cockerham, hanno fornito basi analitiche solide per interpretare gli stili di vita non solo come espressione di comportamenti individuali, ma anche come risultato di influenze strutturali e culturali.

In particolare, l'integrazione tra scelte personali e vincoli strutturali teorizzata da Cockerham, unitamente alla riflessività nella costruzione delle identità individuali evidenziata da Giddens, sottolinea come le decisioni relative agli stili di vita non siano mai interamente autonome, ma risultino profondamente condizionate dalle risorse disponibili, dalle disuguaglianze sociali e dai contesti socioculturali. Il concetto di habitus di Bourdieu arricchisce ulteriormente questa prospettiva, mostrando come le predisposizioni acquisite culturalmente e socialmente plasmino preferenze, pratiche quotidiane e, di conseguenza, i percorsi di salute e benessere.

Il modello proposto in questo lavoro, che integra le rappresentazioni sociali, le interazioni tra individuo e fattori strutturali e le implicazioni legate alle disuguaglianze, consente di ridefinire lo stile di vita sano come un equilibrio dinamico tra comportamenti personali, disponibilità di risorse e pressioni ambientali. Tale concezione riconosce l'importanza delle risorse individuali, quali il capitale economico, culturale e sociale, nonché delle capacità di adattamento e di riorganizzazione dell'individuo. Questo approccio evidenzia come il benessere si configuri come una costruzione continua e spesso conflittuale, in cui l'individuo agisce come agente attivo pur rimanendo inevitabilmente influenzato dalle condizioni esterne.

Infine, la necessità di affrontare le sfide connesse alla capacità di adottare stili di vita sani pone l'accento sull'importanza di interventi educativi e strutturali, finalizzati a migliorare l'equità nell'accesso alle risorse e alle opportunità. La promozione di comportamenti orientati al benessere non può prescindere da una visione sistemica, capace di cogliere la complessità delle interazioni tra fattori soggettivi e strutturali, e di mirare alla riduzione delle barriere che ostacolano la possibilità di scelte consapevoli, salutari e sostenibili per l'insieme della popolazione.

Si può affermare che l'adozione di stili di vita sani debba essere concepita come un fenomeno intrinsecamente multidimensionale e dinamico, capace di riflettere sia le rappresentazioni sociali dell'individuo sia le tensioni e le opportunità generate dal contesto socioambientale. Tale approccio olistico fornisce una base solida per la progettazione di interventi più efficaci nella promozione del benessere individuale e collettivo, riconoscendo il ruolo strategico delle politiche pubbliche nella

mitigazione delle disuguaglianze e nel rafforzamento delle capacità di resilienza e adattamento degli individui all'interno di un sistema sociale in continua evoluzione.

Successivamente, è stata condotta una revisione sistematica di dati secondari rilevanti, finalizzata ad analizzare in profondità le dinamiche inerenti alla salute e ai comportamenti correlati nei contesti urbani. L'analisi ha evidenziato la persistenza di significative disparità socioeconomiche, dimostrando come tali disuguaglianze risultino strettamente associate alla frammentazione della struttura sociale, caratterizzata da profonde divisioni di tipo economico, culturale e territoriale all'interno del Paese. I risultati ottenuti sottolineano l'urgenza di adottare un approccio olistico per affrontare le problematiche sociosanitarie, integrando l'analisi delle complesse interazioni tra variabili economiche, culturali e geografiche che influenzano i contesti urbani e le condizioni di salute delle popolazioni.

La seconda fase della ricerca si è focalizzata sull'analisi di un campione selezionato in tre città italiane — Napoli, Roma e Milano — con l'obiettivo di individuare modelli socioculturali capaci di contribuire allo sviluppo della letteratura esistente sulle pratiche legate agli stili di vita salutari e sostenibili nei contesti urbani. In particolare, lo studio ha approfondito l'influenza dei determinanti sociali e culturali sulle pratiche quotidiane dei residenti urbani, concentrandosi sulle dinamiche relative alla salute e alla sostenibilità.

L'analisi si è articolata su due livelli: il primo, concentrato sui fattori individuali, ha esaminato le pratiche quotidiane, i valori personali, le strategie di prevenzione e l'accesso alle informazioni; il secondo, orientato ai fattori contestuali, ha analizzato l'accessibilità alle infrastrutture e ai servizi urbani come elementi facilitanti o ostacolanti l'adozione di stili di vita virtuosi. Tale approccio ha permesso di esplorare in maniera integrata le interazioni tra dimensioni personali e ambientali, fornendo una comprensione olistica dei comportamenti preventivi e delle scelte salutari nei contesti metropolitani.

Le seguenti domande di ricerca hanno orientato l'intero impianto analitico:

Quali sono i principali determinanti socioculturali che modellano le scelte e i comportamenti virtuosi relativi agli stili di vita salutari e sostenibili nelle città metropolitane italiane?

In che misura i valori personali e le credenze culturali influenzano l'adozione di pratiche e comportamenti orientati alla salute e alla sostenibilità?

Il livello di conoscenza e consapevolezza delle pratiche salutari e sostenibili è correlato all'efficacia delle misure preventive e alla propensione verso azioni orientate alla sostenibilità?

Le due fasi dell'indagine hanno offerto un contributo alla comprensione delle dinamiche sociali e culturali che influenzano i modelli di comportamento urbano in relazione alla salute e alla sostenibilità. Il disegno di ricerca ha previsto la combinazione integrata di tecniche quantitative, attraverso la somministrazione di questionari strutturati, e qualitative, mediante l'impiego di interviste semistrustrate. Questa integrazione metodologica ha permesso di sviluppare una visione multidimensionale delle pratiche salutari e sostenibili nei contesti urbani italiani.

L'analisi quantitativa ha restituito un quadro sistematico e generalizzabile delle principali tendenze comportamentali e delle relazioni tra variabili chiave, consentendo l'identificazione di macro-pattern e di fattori di rischio o di protezione. In parallelo, l'analisi qualitativa ha approfondito la comprensione di tali dinamiche, facendo emergere le motivazioni sottostanti, le percezioni soggettive e le barriere — di natura sociale, economica e ambientale — che ostacolano l'adozione di stili di vita sani e sostenibili.

L'approccio integrato adottato evidenzia che il miglioramento delle pratiche di salute non può prescindere da un approccio olistico, capace di considerare simultaneamente sia i fattori strutturali

sia quelli culturali. Da un lato, è necessario intervenire sulle condizioni materiali che limitano o favoriscono la capacità di prendersi cura di sé; dall'altro, risulta fondamentale promuovere un cambiamento culturale che rafforzi una concezione della salute come processo collettivo, basato sull'intreccio tra responsabilità individuale e supporto sociale.

L'analisi quantitativa ha evidenziato come i principali determinanti socioculturali — in particolare il livello di istruzione e il reddito — influenzino in modo significativo i comportamenti legati alla salute e alla sostenibilità. Un livello di istruzione più elevato, nello specifico, si associa a una maggiore propensione ad adottare pratiche preventive, a ricercare fonti di informazione attendibili e a compiere scelte di salute più consapevoli, confermando quanto già emerso in precedenti studi sulla relazione tra capitale culturale e pratiche di salute.

Coerentemente con i risultati emersi dall'analisi quantitativa, le interviste semistrutturate hanno confermato che un livello di istruzione più elevato non solo promuove una maggiore consapevolezza dell'importanza della prevenzione, ma favorisce anche una più spiccata capacità di compiere scelte informate e responsabili in materia di salute.

Tali evidenze confermano il ruolo cruciale del capitale culturale — inteso, secondo Bourdieu (1986), come l'insieme di conoscenze, competenze e disposizioni interiorizzate — quale risorsa fondamentale nell'orientare comportamenti virtuosi e sostenibili.

Le interviste hanno restituito una rappresentazione ricca e articolata delle percezioni e delle esperienze individuali riguardo alla salute, agli stili di vita e alla sostenibilità. Infatti, emerge che i partecipanti concepiscono la salute non semplicemente come assenza di malattia, ma come uno stato di equilibrio dinamico e continuamente negoziato tra corpo, mente e ambiente sociale.

La salute viene intesa come libertà di vivere pienamente, soddisfacendo i propri bisogni fisici, psicologici e relazionali e raggiungendo un senso di benessere globale nella quotidianità.

Questa visione si allinea alle teorie contemporanee — comprese le definizioni proposte da WHO — che riconoscono il ruolo cruciale dei determinanti sociali della salute. Particolarmente rilevante è l'emersione di una forte consapevolezza circa l'importanza della salute mentale, percepita non più come accessoria, ma come componente imprescindibile del benessere complessivo. Emerge da tale prospettiva una trasformazione culturale rilevante, che pone il benessere psicologico al centro delle priorità sia a livello individuale sia collettivo.

Un tema trasversale riguarda la gestione del tempo disponibile, percepito come risorsa cruciale per adottare comportamenti salutari e sostenibili.

La salute è concepita dai partecipanti come un investimento a lungo termine, che presuppone scelte quotidiane consapevoli e un impegno costante nella cura di sé. Tuttavia, questa prospettiva risulta frequentemente ostacolata da pressioni esterne, quali i ritmi frenetici del lavoro, gli obblighi familiari e la scarsità di tempo libero, che compromettono la possibilità di mantenere pratiche salutari regolari. Pur a fronte di tali criticità, emerge una crescente consapevolezza dell'importanza della prevenzione e del ruolo proattivo dell'individuo quale agente di promozione del proprio benessere. Le pratiche quotidiane di autogestione della salute, quali il mantenimento di una dieta equilibrata, un adeguato riposo notturno e l'attività fisica regolare, sono riconosciute come strumenti fondamentali per rispondere in modo adattivo alle sfide poste dalla vita contemporanea.

Nonostante l'ampia diffusione del desiderio di adottare stili di vita più sani, le concrete possibilità di realizzazione risultano fortemente condizionate dalle variabili socioeconomiche.

L'analisi quantitativa ha evidenziato una correlazione diretta tra reddito e pratica dell'attività fisica, una tendenza corroborata anche dall'analisi qualitativa: i partecipanti hanno sottolineato come vincoli

economici e logistici possano limitare l'accesso a risorse fondamentali per il benessere, quali palestre, parchi pubblici e infrastrutture sportive.

Tali evidenze confermano che l'adozione di comportamenti salutari non derivi unicamente da scelte individuali, ma risulti fortemente condizionata dalla disponibilità di risorse materiali e dalla configurazione delle opportunità generate dal contesto urbano e sociale.

L'integrazione tra l'analisi delle corrispondenze multiple (ACM) e l'analisi dei cluster ha prodotto evidenze significative articolate su due livelli analitici distinti ma complementari. Da un lato, l'ACM ha permesso di delineare l'eterogeneità delle configurazioni culturali presenti nella popolazione, mettendo in luce come rappresentazioni sociali, sistemi valoriali e pratiche quotidiane funzionino come principi orientativi nei comportamenti individuali e collettivi. Dall'altro, l'analisi dei cluster ha consentito di ricostruire la dimensione condivisa e l'organicità strutturale emergenti dallo "spazio culturale", inteso come matrice dinamica di produzione sociale e campo strutturante delle relazioni tra identità, appartenenze e azioni.

Questo spazio simbolico si configura come il luogo in cui le dinamiche sociali si intrecciano, dando forma a configurazioni culturali che orientano le scelte comportamentali in materia di salute, benessere e sostenibilità. L'analisi dei quattro fattori principali e dei cluster ad essi associati conferma come gli stili di vita appaiano fortemente influenzati dall'intersezione di variabili culturali, economiche e strutturali. In primo luogo, emerge una chiara polarizzazione tra pratiche orientate alla sostenibilità ambientale e valori come solidarietà, responsabilità civica e senso di comunità, elementi chiave per la promozione di comportamenti virtuosi.

In secondo luogo, la mobilità sostenibile si conferma un indicatore strategico non solo di impegno ecologico, ma anche di disuguaglianze infrastrutturali che contribuiscono ad ampliare il divario sociale tra gruppi distinti per reddito e capitale culturale. Inoltre, il benessere personale e sociale si rivela strettamente connesso all'adozione di stili di vita dinamici e alla percezione positiva della salute, mentre la difficoltà di accesso ai servizi essenziali e condizioni socioeconomiche sfavorevoli rappresentano ostacoli persistenti alla piena realizzazione di pratiche salutari e sostenibili.

Dal punto di vista sociologico, i tre cluster delineano configurazioni sociali distinte, ciascuna espressione di specifici assetti culturali, economici e relazionali.

Il Cluster 1 si caratterizza per una bassa adozione di pratiche sostenibili e salutari, riflettendo una popolazione marginalizzata, fortemente condizionata da limitazioni strutturali e da un basso livello di coesione sociale. Questo gruppo si configura come particolarmente vulnerabile, in quanto esposto a maggiori rischi sociosanitari e dotato di un capitale sociale e culturale limitato. L'emergere di tale profilo sottolinea l'urgenza di interventi mirati, volti a contrastare le disuguaglianze socioeconomiche e a rafforzare la partecipazione comunitaria come leva di inclusione e resilienza.

Il Cluster 2 rappresenta una popolazione in fase di transizione, che, pur condividendo alcune fragilità con il Cluster 1, manifesta segnali di apertura verso pratiche più consapevoli e responsabili. Questo gruppo mostra un potenziale evolutivo significativo, legato alla presenza di risorse culturali e sociali parzialmente sviluppate. La sua posizione intermedia evidenzia la necessità di interventi strategici volti a consolidare tali aperture, attraverso il rafforzamento delle reti sociali, il miglioramento dell'accesso ai servizi e l'incentivazione della consapevolezza ambientale e della responsabilità civica.

Il Cluster 3 costituisce un archetipo integrato di sostenibilità, benessere personale e impegno collettivo. Gli individui appartenenti a questo cluster si distinguono per livelli elevati di istruzione, reddito e partecipazione comunitaria, elementi che si combinano in un profilo socioculturale particolarmente virtuoso. Questo gruppo rappresenta un target privilegiato per la promozione di

pratiche innovative e per la costruzione di un modello di sviluppo urbano sostenibile e inclusivo, capace di integrare esigenze individuali e responsabilità collettive.

Dall'analisi delle interviste emerge con forza come il tema della sostenibilità si configuri come un concetto trasversale e multidimensionale, profondamente intrecciato con la salute, il benessere e le pratiche quotidiane di vita.

Gli intervistati manifestano un crescente impegno verso comportamenti sostenibili, evidenziato da pratiche come la raccolta differenziata, la riduzione del consumo di plastica, l'adozione di soluzioni per il risparmio energetico e una maggiore attenzione all'origine dei prodotti consumati.

Tuttavia, a questo impegno dichiarato si affiancano ostacoli rilevanti di ordine strutturale ed economica, che limitano concretamente l'accessibilità a beni e servizi ecologicamente sostenibili. Il cosiddetto paradosso della "sostenibilità insostenibile" si manifesta chiaramente: le pratiche ecologiche tendono a configurarsi come prerogativa delle fasce socioeconomiche più avvantaggiate, limitando l'universalità dell'accesso a comportamenti virtuosi. Tale evidenza evidenzia in modo incisivo la necessità di interventi politici e strutturali volti a democratizzare l'accesso alla sostenibilità, integrandola come componente intrinseca della quotidianità e superando la sua attuale configurazione di privilegio per pochi.

Parallelamente, risulta evidente come le dinamiche relazionali rappresentino un elemento chiave nella promozione e diffusione di pratiche sostenibili: le reti sociali esercitano una funzione di rinforzo, attraverso processi imitativi e di influenza reciproca, favorendo l'adozione collettiva di stili di vita orientati alla responsabilità ambientale. Il cambiamento verso modelli di consumo più sostenibili, pertanto, si configura non come un semplice processo individuale, ma come un processo sociale collettivo, in cui le relazioni interpersonali costituiscono uno dei principali motori di diffusione e consolidamento.

Un tema ricorrente emerso dall'analisi qualitativa riguarda il ruolo cruciale degli spazi verdi urbani nella promozione del benessere fisico e mentale degli individui. Le differenze osservate tra le città di Roma, Milano e Napoli mettono in evidenza l'importanza delle infrastrutture urbane e della qualità della pianificazione territoriale nel favorire o limitare l'integrazione di attività fisica e momenti di relax nella routine quotidiana. La disponibilità di parchi ben curati, accessibili e sicuri si configura come un fattore determinante per il miglioramento della qualità della vita urbana, mentre la percezione di insicurezza, o la scarsità di tali spazi, rappresenta una barriera significativa al loro utilizzo regolare. Le città dotate di una rete infrastrutturale efficiente e di politiche orientate alla mobilità sostenibile favoriscono in modo significativo sia il benessere personale degli abitanti sia la sostenibilità ambientale complessiva, incoraggiando modalità di spostamento alternative e comportamenti ecocompatibili. Tuttavia, i dati raccolti evidenziano come la mancanza di tempo libero, combinata con le difficoltà logistiche legate alla vita urbana contemporanea, rappresenti ancora un ostacolo rilevante all'adozione diffusa di stili di vita salutari e sostenibili.

Questo scenario sottolinea la necessità di un ripensamento profondo della pianificazione urbana, finalizzato a garantire accessibilità, sicurezza e fruibilità degli spazi pubblici, promuovendo così modelli di vita più inclusivi, salutari e rispettosi dell'ambiente.

L'analisi qualitativa conferma il ruolo strategico delle aree verdi nella costruzione quotidiana del benessere percepito, mettendo in luce rilevanti differenze tra i contesti urbani esaminati.

In particolare, Roma e Milano si caratterizzano per una presenza capillare di parchi accessibili e ben mantenuti, che favoriscono una fruizione regolare e diversificata, migliorando tanto il benessere fisico quanto quello mentale degli abitanti. Al contrario, Napoli si distingue per criticità infrastrutturali

evidenti — come la scarsità di aree verdi adeguate e la percezione diffusa di degrado urbano — che ostacolano l'uso quotidiano di tali spazi e accentuano le disuguaglianze territoriali in materia di salute. Queste dinamiche dimostrano come la qualità degli spazi pubblici sia strettamente intrecciata alle priorità politiche e sociali delle amministrazioni locali. Gli spazi verdi, pertanto, non sono meri luoghi di fruizione individuale, ma si configurano come veri e propri indicatori di giustizia ambientale, espressione concreta della capacità di una città di garantire equità nell'accesso al benessere collettivo. L'analisi delle risposte mette in luce due criticità strutturali che ostacolano l'adozione diffusa di stili di vita sostenibili: da un lato, l'insufficienza delle infrastrutture e dei servizi ambientali; dall'altro, l'elevato costo associato ai beni e ai comportamenti eco-compatibili, che li rende inaccessibili a una parte significativa della popolazione.

Questo scenario rivela come le scelte di sostenibilità non possano essere interpretate come espressioni di mera volontà individuale, ma risultino profondamente condizionate da barriere economiche, sociali e politiche.

La sostenibilità si configura dunque come una sfida collettiva e sistemica, che richiede interventi pubblici incisivi volti a superare le disuguaglianze nell'accesso a risorse fondamentali e a integrare la sostenibilità come valore quotidiano diffuso.

In tale prospettiva, si impone una domanda critica: può una società che associa la sostenibilità a un costo elevato realizzare una vera transizione ecologica inclusiva?

I dati suggeriscono che, in assenza di un deciso ripensamento delle priorità economiche e politiche, la sostenibilità rischia di restare appannaggio di élite privilegiate, perpetuando dinamiche di esclusione e riproducendo le disuguaglianze sociali.

Parallelamente all'analisi delle barriere infrastrutturali, emerge con forza dai dati qualitativi una crescente consapevolezza del valore della prevenzione come elemento trasversale in tutte le fasi della vita. Tale consapevolezza si traduce nella volontà di mantenere uno stato di salute soddisfacente e nella ricerca di strategie di miglioramento del benessere, in particolare nei momenti di vulnerabilità psicofisica.

I risultati evidenziano l'affermazione di una concezione olistica della salute, intesa non più come mera assenza di patologie, ma come una condizione dinamica di equilibrio tra corpo, mente e ambiente sociale. Particolarmente significativa è l'attenzione crescente alla salute mentale, oggi percepita come componente imprescindibile del benessere complessivo.

Questo cambiamento culturale segnala il superamento dell'approccio riduzionista biomedico, a favore di una visione sistemica del benessere, in cui dimensioni fisiche, emotive e sociali appaiono strettamente interconnesse. Tale visione integrata della salute evidenzia la complessità con cui gli individui contemporanei vivono e rappresentano il concetto di benessere, superando definitivamente un approccio riduzionista di tipo esclusivamente biomedico e abbracciando una prospettiva sistemica e interconnessa.

Un tema di particolare rilievo emerso dall'analisi qualitativa riguarda il peso attribuito alla responsabilità individuale nella gestione della salute. I partecipanti tendono a concepire la salute come un investimento a lungo termine, fondato sulla consapevolezza, sulla costanza e sulla capacità di organizzare strategicamente la propria quotidianità. Tuttavia, l'esercizio di tale responsabilità si scontra frequentemente con i ritmi frenetici della vita urbana contemporanea e con le pressioni derivanti dagli impegni lavorativi e familiari, che riducono concretamente le possibilità di adottare comportamenti salutari in modo stabile e continuativo.

Questa tensione tra aspirazioni individuali e vincoli esterni conferma che le opportunità di cura di sé non possono essere interpretate esclusivamente come esito di scelte personali, ma sono profondamente plasmate dalle condizioni sociali e strutturali.

Di conseguenza, emerge con chiarezza la necessità di politiche pubbliche e di interventi strutturali volti a creare ambienti urbani che favoriscano un migliore equilibrio tra vita personale e lavorativa. L'obiettivo dovrebbe essere quello di ridurre gli ostacoli materiali e simbolici all'adozione di pratiche salutari, riconoscendo che la promozione della salute non può essere lasciata interamente sulle spalle dei singoli individui, ma deve configurarsi come una responsabilità collettiva che investe l'intero assetto sociale ed economico.

L'analisi qualitativa ha messo in luce il ruolo centrale della consapevolezza corporea svolga un ruolo fondamentale nel supportare e rafforzare la consapevolezza emotiva. La percezione del proprio stato fisico si configura come un indicatore immediato del benessere complessivo, in grado di attivare meccanismi di autoregolazione e strategie di autoefficacia: i partecipanti che riportano un senso di squilibrio fisico tendono infatti a mettere in atto comportamenti correttivi finalizzati al ripristino di uno stato di benessere percepito come ottimale.

Tale dinamica sottolinea il legame profondo tra corpo ed emozioni, suggerendo che la salute fisica ed emotiva devono essere interpretate come componenti integrate di un unico processo dinamico di armonizzazione interiore.

Parallelamente, si conferma il valore strategico delle relazioni interpersonali efficaci nella promozione di una condizione di benessere. Le interviste confermano che legami sociali solidi e reti comunitarie coese rappresentano risorse fondamentali per sostenere la resilienza individuale e collettiva. La partecipazione attiva alla comunità viene percepita come elemento chiave per il benessere non solo fisico ed emotivo, ma anche sociale, rafforzando al contempo il senso di appartenenza e di identità collettiva. Tali evidenze trovano riscontro empirico nella caratterizzazione del Cluster 3, composto da individui dinamici, fortemente orientati alla sostenibilità e animati da un profondo impegno valoriale e civico.

Un tema trasversale emerso con particolare evidenza dalle interviste riguarda la gestione strategica del tempo, inteso come risorsa fondamentale che incide direttamente sulle scelte di consumo e sulla possibilità di adottare comportamenti sostenibili. La disponibilità di tempo libero si configura come condizione abilitante per la pratica quotidiana di abitudini virtuose, quali la preparazione di pasti sani, l'utilizzo di mezzi di trasporto ecologici e la partecipazione ad attività pro-ambientali. Al contrario, la carenza di tempo favorisce l'automatizzazione dei comportamenti, riducendo la riflessione critica e orientando verso pratiche meno sostenibili, quali il consumo di alimenti industriali, l'utilizzo prevalente di mezzi privati e il ricorso a modelli di consumo scarsamente responsabili.

In questo senso, la pressione temporale emerge come una barriera strutturale che incide profondamente sia sulla sostenibilità individuale sia sul benessere complessivo. I dati raccolti confermano che la scarsità di tempo e i ritmi frenetici imposti dalla vita urbana contemporanea rappresentano ostacoli significativi alla diffusione di comportamenti consapevoli e sostenibili.

È pertanto imprescindibile che le strategie di promozione di stili di vita salutari e responsabili riconoscano la gestione del tempo come variabile strutturale da governare, attraverso interventi che favoriscano un miglior equilibrio tra vita personale, sociale e lavorativa, e che rendano praticabili nella quotidianità scelte orientate al benessere e alla sostenibilità.

La letteratura scientifica, corroborata dai dati raccolti, suggerisce che l'adozione di stili di vita sostenibili non solo è compatibile con il benessere personale, ma rappresenta un potente motore di miglioramento della qualità della vita.

In primo luogo, fattori come la consapevolezza ambientale, l'identità ecologica, l'autoefficacia percepita e l'influenza delle norme sociali pro-ambientali emergono come leve fondamentali per sostenere percorsi virtuosi di cambiamento comportamentale.

In secondo luogo, tali dimensioni, se adeguatamente stimolate, rafforzano la motivazione intrinseca degli individui a intraprendere pratiche di consumo più responsabili e a ridurre l'impatto ambientale delle proprie abitudini quotidiane.

Significativamente, molti partecipanti hanno espresso il desiderio di allineare le proprie aspirazioni personali con valori orientati alla sostenibilità, percependo tale orientamento non soltanto come un contributo alla tutela dell'ambiente, ma anche come un elemento qualificante del proprio benessere globale. Pertanto, risulta centrale adottare strategie integrate che agiscano simultaneamente sul piano della consapevolezza individuale e del rafforzamento dei supporti sociali e comunitari.

Creare ambienti sociali favorevoli alla sostenibilità è essenziale per facilitare la transizione verso modelli di vita capaci di integrare benessere personale, responsabilità ecologica e coesione sociale, configurando la sostenibilità come pratica quotidiana e condivisa.

I risultati quantitativi evidenziano che l'adozione di pratiche alimentari sane e sostenibili, come il consumo di prodotti a chilometro zero, varia significativamente tra le diverse fasce d'età, influenzando positivamente la percezione soggettiva del proprio stato di salute.

Gli individui che seguono regimi alimentari equilibrati tendono a valutare il proprio benessere generale in maniera più favorevole, confermando il nesso tra alimentazione consapevole e salute percepita.

L'analisi dei comportamenti alimentari sottolinea inoltre il ruolo cruciale del contesto familiare: vivere con i genitori o all'interno di famiglie strutturate favorisce l'adozione di scelte alimentari più sostenibili, grazie al supporto sociale e alla condivisione quotidiana di pratiche consolidate.

In particolare, la convivenza con partner e/o figli sembra incentivare comportamenti virtuosi, sostenuti dalla necessità di pianificare pasti equilibrati e dalla maggiore attenzione alla qualità degli alimenti. Al contrario, vivere da soli o in coabitazioni non familiari è associato a una minore adesione a pratiche alimentari salutari, probabilmente a causa di una motivazione ridotta, di limitazioni temporali o della mancanza di conoscenze nutrizionali adeguate.

La presenza di priorità divergenti tra coinquilini, inoltre, può ostacolare la costruzione di routine alimentari sostenibili.

Questi risultati evidenziano la necessità di considerare il contesto sociale e abitativo nei programmi di promozione della salute e della sostenibilità, sviluppando interventi mirati e differenziati in base alle specifiche caratteristiche e sfide delle diverse configurazioni familiari.

La promozione di stili di vita salutari e sostenibili richiede un profondo ripensamento della configurazione urbana contemporanea. Migliorare la vivibilità delle città implica non soltanto l'ottimizzazione funzionale degli spazi, ma anche il riconoscimento dell'identità urbana come un'entità dinamica, capace di adattarsi ai mutamenti sociali, culturali ed economici. L'identità di un luogo deve essere intesa non come una struttura rigida o esclusiva, ma come un sistema in costante evoluzione, aperto alla pluralità e alla diversità.

In quest'ottica, si rende necessaria una revisione critica degli standard urbanistici tradizionali, i quali, sebbene abbiano contribuito a garantire ordine e qualità nello sviluppo urbano, risultano oggi

insufficienti nel rispondere ai bisogni di una società caratterizzata da crescente mobilità, frammentazione sociale e pluralità di esigenze.

È fondamentale superare l'approccio normativo fondato su regole statiche per adottare strategie urbanistiche più flessibili, centrate sul benessere delle persone e orientate alla promozione di una vita urbana sana, inclusiva e sostenibile.

Un principio cardine in questo processo di trasformazione è rappresentato dalla prossimità ai servizi essenziali: scuole, negozi, trasporti pubblici, strutture sanitarie. Garantire l'accessibilità quotidiana a questi servizi non solo facilita la soddisfazione dei bisogni primari, ma stimola forme di mobilità dolce e sostenibile, favorendo spostamenti a piedi o in bicicletta e riducendo la dipendenza dall'automobile privata, con conseguenti benefici ambientali, sociali e sanitari.

Parallelamente, la presenza diffusa di palestre, aree verdi e spazi per il tempo libero in prossimità dei luoghi di residenza risulta determinante per incoraggiare l'attività fisica regolare, la socializzazione e il rafforzamento del senso di comunità. Tali infrastrutture non sono soltanto strumenti di promozione del benessere fisico e mentale, ma anche dispositivi di coesione sociale e inclusione, capaci di ridurre le disuguaglianze territoriali e di migliorare la qualità complessiva della vita urbana. Ripensare le città secondo questi principi significa progettare ambienti urbani che favoriscano connessioni sociali, promuovano il benessere integrato delle persone e incentivino comportamenti sostenibili. In tal modo, le città non solo diventano più funzionali ed efficienti, ma si configurano come spazi vitali, resilienti e capaci di accogliere la complessità e le sfide della contemporaneità.

Le analisi condotte nel corso di questa ricerca hanno evidenziato l'emergere di un capitale socioculturale specifico, definibile come *Health Sustainable Capital* (HSC). Questo concetto innovativo integra competenze personali e collettive, riconducibili alle cosiddette life skills, e rappresenta una risorsa fondamentale per affrontare in maniera proattiva le sfide poste dai contesti urbani contemporanei.

L'Health Sustainable Capital (HSC) si configura come un insieme multidimensionale di capacità, conoscenze e valori che consentono agli individui di adottare pratiche quotidiane orientate simultaneamente al benessere personale, alla coesione comunitaria e alla sostenibilità ambientale. In questa prospettiva, il profilo socioculturale denominato "Eco-Health Lifestyle", emerso dall'analisi dei dati, rappresenta una manifestazione concreta di questo capitale: gli individui appartenenti a questo gruppo combinano un forte impegno verso la sostenibilità ambientale con un approccio proattivo alla cura della salute personale, integrando stili di vita salutari (come un'alimentazione equilibrata, l'attività fisica regolare e la cura della salute mentale) con pratiche ecologicamente responsabili (quali l'adozione della mobilità sostenibile, la riduzione dei consumi e l'attenzione agli sprechi). Tale integrazione non si limita a comportamenti isolati, ma riflette una visione olistica del benessere, in cui salute individuale, responsabilità collettiva e sostenibilità ambientale si intrecciano in modo inscindibile. L'HSC si configura dunque come una risorsa generativa, capace non solo di migliorare la qualità della vita dei singoli, ma anche di rafforzare la resilienza delle comunità, favorendo la diffusione di modelli di vita più equi, inclusivi e sostenibili.

I risultati emersi dall'integrazione tra analisi quantitative (cluster analysis) e analisi qualitative (interviste) confermano che l'HSC rappresenta una leva cruciale per affrontare le complessità della modernità urbana, costruendo connessioni virtuose tra capitale culturale, capitale sociale e capitale ambientale.

La multidimensionalità dell'HSC si articola in tre dimensioni principali:

- *Competenze individuali*: comprendono la capacità di prendere decisioni informate e consapevoli che integrano il benessere personale, collettivo e ambientale nelle scelte

quotidiane, come la selezione di regimi alimentari salutari, la pratica di attività fisica regolare e la partecipazione a programmi di prevenzione sanitaria. Centrale in questa dimensione è il concetto di autoefficacia, ovvero la convinzione di poter influenzare positivamente il proprio ambiente e di raggiungere obiettivi significativi: tale convinzione rafforza comportamenti proattivi e sostenibili, promuovendo un senso di empowerment individuale fondamentale per percorsi di benessere duraturi.

- *Capacità relazionali*: si riferiscono alla capacità di costruire legami sociali solidi, cooperativi e basati sul sostegno reciproco. Queste relazioni favoriscono la resilienza sia individuale che comunitaria e rappresentano un elemento fondamentale nella promozione di stili di vita sostenibili. In questo quadro, il capitale sociale assume un ruolo cardine, fungendo da moltiplicatore delle competenze individuali e promuovendo dinamiche collettive orientate alla sostenibilità e al benessere condiviso.
- *Valori sostenibili*: costituiscono il nucleo normativo e simbolico dell'HSC. Gli orientamenti pro-ambientali (come il riciclo, la riduzione degli sprechi, l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili) e gli orientamenti pro-salute (come la promozione di un'alimentazione sana, l'attività fisica regolare e l'attenzione alla prevenzione sanitaria) rappresentano i principi guida che orientano le scelte quotidiane. Una visione olistica della sostenibilità integra queste dimensioni ecologiche, sociali ed economiche, riconoscendo che il benessere individuale e collettivo costituisce il fondamento imprescindibile per un progresso realmente inclusivo e duraturo.

In questa prospettiva, l'HSC emerge come una risorsa strategica per la costruzione di città più inclusive, resilienti e sostenibili, in grado non solo di promuovere la salute dei singoli individui, ma anche di rafforzare la capacità collettiva di affrontare le sfide della contemporaneità in modo innovativo e responsabile.

Quanto emerso in questa tesi evidenzia che salute, benessere e sostenibilità non dipendono unicamente da fattori misurabili in termini oggettivi, ma si configurano anche come il risultato di esperienze soggettive immediate, che gli individui utilizzano come indicatori interni del proprio stato di equilibrio. Gli intervistati tendono a generalizzare il concetto di benessere mediante schemi rappresentativi che associano determinate abitudini — come dormire adeguatamente, seguire un'alimentazione sana e concedersi pause rigenerative — a condizioni percepite di equilibrio psicofisico. Questa costruzione simbolica porta a una semplificazione delle dinamiche complesse del benessere, fondata su associazioni prototipiche tra pratiche quotidiane e stati di salute ideali ("sano" vs "non sano"). L'adozione consapevole di abitudini salutari emerge come manifestazione di un processo di autoregolazione dinamica: l'individuo è in grado di riconoscere tempestivamente gli effetti negativi derivanti da comportamenti poco salutari e di attivare strategie correttive mirate.

Questo processo si basa su un monitoraggio interno, in cui segnali corporei ed emotivi fungono da feedback costanti per preservare o ripristinare condizioni ottimali di benessere.

I risultati conseguiti mettono in luce non soltanto le barriere strutturali che limitano la piena realizzazione del benessere, ma anche le opportunità offerte dalla crescente diffusione di una cultura della salute, concepita come un processo continuo, multidimensionale e interrelato con il contesto sociale e ambientale.

L'analisi qualitativa conferma come il benessere individuale non possa essere interpretato in maniera isolata, bensì debba essere compreso come esito dell'interazione dinamica tra fattori personali, sociali e ambientali, richiedendo pertanto interventi integrati e multilivello che sappiano sostenere gli

individui nella gestione delle responsabilità individuali, senza trascurare il peso delle influenze sistemiche esterne.

In questa prospettiva, le esperienze emerse dalle interviste rappresentano indicazioni operative preziose per la progettazione di politiche pubbliche più efficaci, orientate alla costruzione di condizioni di vita che favoriscano un benessere autenticamente inclusivo, sostenibile e resiliente, capace di rispondere in modo flessibile alle trasformazioni sociali e ambientali contemporanee.

Tra i principali limiti di questa ricerca si annovera la relativa esiguità del campione di interviste qualitative raccolte, nonché la restrizione del range anagrafico dei partecipanti.

Sebbene tali dati abbiano permesso di ottenere risultati significativi e spunti interpretativi di valore, un futuro sviluppo della ricerca dovrebbe necessariamente prevedere l'estensione della fascia d'età considerata, al fine di intercettare una maggiore eterogeneità di esperienze, percezioni e pratiche relative alla salute e alla sostenibilità. Parallelamente, sarebbe auspicabile avviare percorsi di indagine longitudinale che consentano di approfondire le implicazioni a lungo termine dei cambiamenti comportamentali osservati, con particolare attenzione all'evoluzione degli stili di vita in relazione alle trasformazioni sociali, culturali ed economiche in atto.

Nonostante i limiti individuati, uno dei principali punti di forza di questo lavoro risiede nella disponibilità di una vasta base di dati quantitativi, costituita da oltre 1900 questionari raccolti.

Per l'analisi qui presentata, sono stati selezionati e analizzati 926 questionari, riferiti alle tre principali aree metropolitane italiane — Napoli, Roma e Milano —, con l'obiettivo di approfondire le pratiche di salute e sostenibilità in contesti urbani complessi e differenziati.

In prospettiva futura, si intende ampliare il raggio di osservazione includendo ulteriori dati provenienti da città di medie e piccole dimensioni, nonché da aree periurbane e rurali.

Questo ampliamento consentirebbe di arricchire l'analisi comparativa e di esplorare come le diverse configurazioni geografiche, socioeconomiche e infrastrutturali plasmino i comportamenti legati alla salute, alla sostenibilità e al benessere, offrendo una visione più articolata, sfaccettata e territorialmente sensibile delle dinamiche analizzate.

I risultati di questa ricerca indicano chiaramente che la promozione di stili di vita salutari e sostenibili richiede un approccio sistemico, in grado di intervenire simultaneamente sui livelli individuale, comunitario e strutturale. Superare la frammentazione delle azioni e concepire il benessere come prodotto dell'interazione tra salute, ambiente e contesto sociale rappresenta oggi una sfida imprescindibile per le politiche pubbliche. Un primo asse di intervento riguarda la riduzione delle disuguaglianze strutturali. I dati evidenziano come il capitale culturale, il reddito e l'accessibilità ai servizi sanitari e urbani costituiscano determinanti cruciali per la capacità degli individui di adottare pratiche virtuose. In quest'ottica, politiche di equità nell'accesso a infrastrutture sanitarie, spazi verdi, sistemi di mobilità sostenibile e fonti alimentari a basso impatto ambientale risultano fondamentali per favorire ambienti di vita più salubri ed inclusivi.

Un secondo asse strategico riguarda il rafforzamento delle capacità agenzie degli individui e delle comunità. Come dimostrato dall'emergere del concetto di HSC, la combinazione di competenze individuali, reti sociali e valori orientati alla sostenibilità rappresenta una risorsa fondamentale per favorire la transizione verso nuovi modelli di benessere. Per questo, è necessario promuovere

programmi educativi continuativi, capaci di integrare educazione alla salute, cittadinanza ecologica e empowerment sociale⁶⁷.

Per massimizzare l'impatto trasformativo, le strategie d'intervento dovrebbero articolarsi lungo tre direttrici principali:

- Riorganizzazione strutturale: investimenti mirati nella rigenerazione urbana, nella mobilità sostenibile, nella creazione di spazi pubblici accessibili e sicuri, per supportare scelte quotidiane orientate alla salute e alla sostenibilità.
- Educazione e comunicazione personalizzata: campagne e programmi formativi calibrati sui diversi sistemi valoriali e culturali dei cittadini, facendo leva sia su motivazioni etiche e solidali, sia su benefici individuali legati al miglioramento della qualità della vita.
- Promozione della partecipazione comunitaria: sostegno alla costruzione di reti sociali inclusive, capaci di innescare processi virtuosi di cambiamento attraverso la cooperazione e il coinvolgimento attivo della cittadinanza.

Infine, per guidare efficacemente la transizione verso modelli urbani più sani e sostenibili, si rende necessario un approccio intersettoriale che integri politiche sanitarie, ambientali, educative ed economiche in una visione comune e condivisa dello sviluppo urbano. La resilienza — intesa come capacità collettiva di adattarsi ai cambiamenti, affrontare le crisi e cogliere le opportunità di innovazione — deve divenire il principio ispiratore delle nuove politiche urbane, orientando la costruzione di città più eque, vitali e sostenibili.

⁶⁷ All'interno di questo scenario complesso, assume un ruolo di particolare rilievo la figura dell'Health City Sport Manager. La figura dell'Health City Sport Manager, nella sua funzione di mediatore tra esigenze locali e strategie di sviluppo, sarà centrale nel guidare questo processo, traducendo la conoscenza scientifica in azione pratica e costruendo ponti tra salute pubblica, coesione sociale e rigenerazione urbana. Posizionato al crocevia tra politiche urbane, promozione della salute e sostenibilità ambientale, questo profilo professionale si configura come facilitatore e progettista di interventi integrati. Attraverso il coordinamento di iniziative multidisciplinari, la creazione di reti di attori locali e l'implementazione di pratiche evidence-based, l'Health City Sport Manager può tradurre in azione concreta i principi dell'urban health, promuovendo ambienti urbani che sostengano attivamente la salute fisica, mentale e sociale dei cittadini.

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.
- Adaškevičienė E., Strazdienė N. (2013) *Vaikų sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo ugdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla. ISBN 978-9988-18-718-9.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15.
- Agodi, M. C. (1996). Qualità e quantità: un falso dilemma e tanti equivoci. C. Cipolla, A. De Lillo.
- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis* (2nd ed.). Wiley-Interscience.
- Aguinis, H., & Glavas, A. (2012). What We Know and Don't Know About Corporate Social Responsibility: A Review and Research Agenda. *Journal of Management*, 38(4), 932-968. <https://doi.org/10.1177/0149206311436079>
- Agyeman, J., & Evans, B. (2003). *Just Sustainability: Building More Equitable Communities*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 590(1), 35-53.
- Agyeman, J., & Evans, B. (2003). *Toward just sustainability in urban communities: Building equity rights with sustainable solutions*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 590(1), 35-53.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Akpınar, A. (2016). How is quality of urban green spaces associated with physical activity and health?. *Urban forestry & urban greening*, 16, 76-83.

- Alcock, I., White, M. P., Wheeler, B. W., Fleming, L. E., & Depledge, M. H. (2014). Longitudinal effects on mental health of moving to greener and less green urban areas. *Environmental science & technology*, 48(2), 1247-1255.
- Alfonsi, A., & Declich, A. (2002). Città e transizione epidemiologica: una fenomenologia contraddittoria. *Salute e Società*, (2002/3).
- Alsaffar, A. A. (2016). Sustainable diets: The interaction between food industry, nutrition, health and the environment. *Food science and technology international*, 22(2), 102-111.
- Amaturo E. (2012) *Metodologia della ricerca sociale*, Utet, Torino.
- Amaturo E., Punziano G. (2016). *I mixed methods nella ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Amaturo, E., & Aragona, B. (2016). La "rivoluzione" dei nuovi dati: quale metodo per il futuro, quale futuro per il metodo?. *CONTEMPORANEA. SFIDE SOCIOLOGICHE E RICERCA SOCIALE*, 25-50.
- Amaturo, E., & Punziano, G. (2018). La survey nelle strategie di indagine mixed methods. *Sociologia e ricerca sociale*, (2018/116).
- American Heart Association. (2019). Cholesterol Management Guide.
- Amin, A. (2008). Collective culture and urban public space. *City*, 12(1), 5-24.
- Anand P., Hunter G., Smith R. (2005) *Capabilities and Wellbeing: Evidence Based on the Sen-Nussbaum Approach to Welfare*. In: Social Indicators Research, 79.
- Anand, S., Peter, F., & Sen, A. (2004). *Public health, ethics, and equity*. OUP Oxford.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (2012). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Springer Science & Business Media.
- Aneshensel, C. S., Phelan, J. C., & Bierman, A. (2013). The sociology of mental health: Surveying the field. *Handbook of the sociology of mental health*, 1-19.
- Annez, P. C., & Buckley, R. M. (2009). Urbanization and growth: Setting the context. *Urbanization and growth*, 1, 1-45.
- Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G., & Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health related quality of life. *BMC public health*, 12, 1-8.
- Anthony, G. (2006). Fondamenti di sociologia. *Il Mulino, Bologna*.
- Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijssenbeek H. Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*. 1971 Dec 1;6(4):186-93. <https://doi.org/10.1007/BF00578367>
- Antonovsky A. (1996) *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promot Int*. 11: 11–18.
- Antonovsky, A. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- Antonovsky, A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979
- Arambepola, C., Allender, S., Ekanayake, R., & Fernando, D. (2008). Urban living and obesity: is it independent of its population and lifestyle characteristics?. *Tropical medicine & international health*, 13(4), 448-457.
- Ardigò R. (1997) *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano, Franco Angeli
- Armillei, F., Filippucci, F., Fletcher, T. (2021), Did Covid-19 Hit Harder in Peripheral Areas? The Case of Italian Municipalities, in «Econ Hum Biol.», 42, pp. 1010-1018.
- Armocida, G. (1993). *Storia della medicina*. Editoriale Jaca Book.
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). The new public health. In *The future for health promotion: proceedings of the launch conference of the Centre for Health Promotion Studies*. (p. 113).
- Babbie, E. (2013). *The Practice of Social Research*. Wadsworth Cengage Learning.
- Backhaus, J., Breukers, S., Mont, O., Paukovic, M., & Mourik, R. (2012). Sustainable lifestyles: Today's facts & tomorrow's trends. SPREAD Sustainable lifestyles baseline report.

- Bácsné-Bába, É., Ráthonyi, G., Pfau, C., Müller, A., Szabados, G. N., & Harangi-Rákos, M. (2021). Sustainability-sport-physical activity. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1455
- Bagnasco, A. (1999). Tre Italie: la problematica territoriale dello sviluppo italiano. Il Mulino.
- Bahr, P. R. (2007). Race and nutrition: an investigation of Black-White differences in health-related nutritional behaviours. *Sociology of health & illness*, 29(6), 831-856.
- Baker, D. P., Leon, J., Smith Greenaway, E. G., Collins, J., & Movit, M. (2011). The education effect on population health: a reassessment. *Population and development review*, 37(2), 307-332.
- Balasubramanian, M. (2018). Climate change, famine, and low-income communities challenge Sustainable Development Goals. *The lancet planetary health*, 2(10), e421-e422.
- Balia, S., & Jones, A. M. (2008). Mortality, lifestyle and socio-economic status. *Journal of health economics*, 27(1), 1-26.
- Balletto, G., Ladu, M., Milesi, A. and Borruso, G. (2020) A methodological approach on disused public properties in the 15- minute city perspective', *Sustainability (Switzerland)*, 13(2), pp. 1–19. Doi: 10.3390/13020593.
- Bamberg, S., & Möser, G. (2007). Twenty years after Hines, Hungerford, and Tomera: A new meta-analysis of psycho-social determinants of pro-environmental behaviour. *Journal of environmental psychology*, 27(1), 14-25.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010) *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 284-291.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.
- Banister, D. (2008). The sustainable mobility paradigm. *Transport Policy*, 15(2), 73–80.
- Barbagli, M. (2007). Fedeltà e tradimenti: uomini e donne fra passione e ragione. Il Mulino.
- Barbagli, M., & Saraceno, C. (1997). Lo stato delle famiglie in Italia. Il Mulino.
- Barbera, F. (2020). Crisi della cittadinanza e disuguaglianze territoriali. *il Mulino*, 69(1), 93-100.
- Bartley, M., & Plewis, I. (2002). *Accumulated Labour Market Disadvantage and Limiting Long-Term Illness*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(8), 614-618.
- Baum, F. (1990). The new public health: force for change or reaction?. *Health Promotion International*, 5(2), 145-150.
- Baum, F., & Ziersch, A. (2003). *Social Capital and Health: A Study of Adults in Urban Australia*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(2), 204-211.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *The Lancet*, 380(9838), 258-271. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press.
- Bauman, Z. (2005). *Fiducia e paura nella città*. Milano. Mondadori.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Beck, U. (2008). *Conditio humana: il rischio nell'età globale*. Laterza.
- Bedford, T., Jones, P., & Walker, H. (2004). Every little bit helps: Overcoming the challenges to researching, promoting and implementing sustainable lifestyles. Westminster: Centre for Sustainable Development, University of Westminster.
- Behrman, J. R. (1996). The impact of health and nutrition on education. *The World Bank Research Observer*, 11(1), 23-37.
- Belloc, N. B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive medicine*, 2(1), 67-81.
- Benzécri, J. P. (1973). *L'Analyse des Données. Tome 2: L'Analyse des Correspondances*. Dunod.
- Benzécri, J. P. (1992). *Correspondence Analysis Handbook*. Marcel Dekker.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1(6), 137-173.

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Berry, B. J. (2008). Urbanization. *Urban ecology: an international perspective on the interaction between humans and nature*, 25-48.
- Berry, E. M. (2019). Sustainable food systems and the Mediterranean diet. *Nutrients*, 11(9), 2229.
- Bethlehem, J. (2010). "Selection Bias in Web Surveys". *International Statistical Review*, 78(2), 161-188.
- Betz, H. G. (1992). Postmodernism and the new middle class. *Theory, Culture & Society*, 9(2), 93-114.
- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). How do socio-economic status, perceived economic barriers and nutritional benefits affect quality of dietary intake among US adults?. *European journal of clinical nutrition*, 62(3), 303-313.
- Biancheri, R. (2011). Benessere tra differenze e disuguaglianze di genere in salute. *Salute e società*: X, 3, 2011 [italiano], 95-113.
- Biancheri, R. (2014). Genere e salute tra prevenzione e cura. *Salute e società*, 1.
- Biancheri, R., & Taddei, S. (2018). *Narrare la malattia per costruire la salute. Una prospettiva multidisciplinare*. Pisa University Press.
- Bichi, R. (2002). L'intervista biografica. Una proposta metodologica. LUOGO DI EDIZIONE? CASA EDITRICE?
- Biddle, S., Wang, C. J., Kavussanu, M., & Spray, C. (2003). Correlates of achievement goal orientations in physical activity: A systematic review of research. *European Journal of sport science*, 3(5), 1-20.
- Bifulco, L. (2017). Cittadinanza attiva e welfare locale. Franco Angeli. LUOGO EDIZIONE?
- Biolcati-Rinaldi e Vezzoni. (Biolcati-Rinaldi F., Vezzoni C. (2012), L'analisi secondaria nella ricerca sociale. Come rispondere a nuove domande con dati già raccolti, Il Mulino, Bologna.
- Black, J., & Conroy, M. (1977). Accessibility measures and the social evaluation of urban structure. *Environment and Planning A*, 9(9), 1013-1031.
- Blair, S. N., & Morris, J. N. (2009). Healthy hearts—and the universal benefits of being physically active: physical activity and health. *Annals of epidemiology*, 19(4), 253-256.
- Blair, S. N., Cheng, Y., & Holder, J. S. (2001). Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits?. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S379-S399.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Routledge.
- Bolasco S. (1999), Analisi multidimensionale dei dati, Roma, Carocci.
- Bonini, R., & Ciciotti, E. (2015). L'istruzione e la formazione nella società della conoscenza. Il Mulino.
- Borlini, B., & Memo, F. (2009). Ripensare l'accessibilità urbana. *Cittalia Fondazione Anci ricerche*.
- Borlini, B., Melzi, C., & Memo, F. (2011). Mobilità, accessibilità ed equità sociale. *Sociologia urbana e rurale*, (2011/94).
- Bouchard, C., Blair, S. N., & Haskell, W. L. (2012). *Physical activity and health*. Human Kinetics.
- Bourdieu, P. (1976). Le sens pratique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(1), 43-86.
- Bourdieu, P. (1977, June). Sur le pouvoir symbolique. In *Annales. Histoire, sciences sociales* (Vol. 32, No. 3, pp. 405-411). Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1978). Sport and social class. *Social Science Information*, 17(6), 819-840.
- Bourdieu, P. (2002). "Les conditions sociales de la circulation internationale des idées". *Actes de la recherche en sciences sociales*, 145(5), 3-8.
- Bourdieu, P. (2018). The forms of capital. In *The sociology of economic life* (pp. 78-92). Routledge.
- Bourdieu, P. (2021). *Il senso pratico*. Armando Editore.
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research*, 4, 2333393617742282.
- Brain D. (1997), From Public Housing to Private Communities: the discipline of design and the materialization of the public/private distinction in the built environment. In Weintraub, J., &

- Kumar, K. (Eds.). (1997). *Public and private in thought and practice: Perspectives on a grand dichotomy*. University of Chicago Press.
- Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 5-8.
- Brenner N. (2016), Stato, spazio, urbanizzazione, Guerini Scientifica, Milano.
- Brenner, N. (2013). Implosions/Explosions: Towards a Study of Planetary Urbanization. Jovis Verlag.
- Brunekreef, B., & Holgate, S. T. (2002). Air pollution and health. *The Lancet*, 360(9341), 1233-1242.
- Bull T., Mittelmark MB., Kanyeka NE. (2013). *Assets for well-being for women living in deep poverty: Through a salutogenic looking-glass*. *Crit Publ Health*. 23: 160–173.
- Burgess, E. W. (1925/2015). *The growth of the city: An introduction to a research project*. In R. T. LeGates & F. Stout (Eds.), *The city reader* (pp. 212-220). Routledge.
- Burlingame, B., & Dernini, S. (2011). Sustainable diets: the Mediterranean diet as an example. *Public health nutrition*, 14(12A), 2285-2287.
- Burt, C. (1950). *The factorial analysis of qualitative data*. *British Journal of Statistical Psychology*, 3, 166-185.
- Burton-Jeangros C., Cullati S., Sacker A., Blane D. (2015), A life course perspective on health trajectories and transitions, Springer, Berlino.
- Büscher, M., & Urry, J. (2009). Mobile methods and the empirical. *European journal of social theory*, 12(1), 99-116.
- Buzzi, C. (2007). Famiglie e reti amicali: dinamiche relazionali nelle società contemporanee. Il Mulino.
- Cagney, K. A., York Cornwell, E., Goldman, A. W., & Cai, L. (2020). Urban mobility and activity space. *Annual Review of Sociology*, 46(1), 623-648.
- Cagney, K. A., York Cornwell, E., Goldman, A. W., & Cai, L. (2020). Urban mobility and activity space. *Annual Review of Sociology*, 46(1), 623-648.
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The sociological quarterly*, 9(3), 283-299.
- Camagni, R., Gibelli, M. C., & Rigamonti, P. (2002). Urban mobility and urban form: the social and environmental costs of different patterns of urban expansion. *Ecological economics*, 40(2), 199-216.
- Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L., 1976, *The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations and Satisfaction*, New York, Russel Sage Foundation
- Campbell, A., & Converse, P. E. (Eds.). (1972). *The human meaning of social change*. Russell Sage Foundation.
- Camporeale, R., Caggiani, L., & Ottomanelli, M. (2022). Equità e accessibilità nella pianificazione della mobilità sostenibile. *Territorio*, (2021/99).
- Capolongo S., Battistella A., Buffoli M., Oppio A. (2011). *Sistema multicriteriale di valutazione degli aspetti igienico- sanitari di piani di governo del territorio e piani attuativi* [Healthy design for sustainable communities]. Jan-Feb;23(1):43-53. Italian. PMID: 21736006.
- Caraher, M., & Coveney, J. (2004). Public health nutrition and food policy. *Public health nutrition*, 7(5), 591-598.
- Carteni, A., De Luca, S., & Massiani, J. (2016). A behavioral model of sustainable mobility: The role of green auto-mobility in reducing pollution. *Sustainability*, 8(3), 276.
- Cashman, K. D. (2007). Diet, nutrition, and bone health. *The Journal of nutrition*, 137(11), 2507S-2512S.
- Cass, N., Shove, E., & Urry, J. (2005). Social exclusion, mobility and access. *The sociological review*, 53(3), 539-555.
- Cass, N., Shove, E., & Urry, J. (2005). Social exclusion, mobility and access. *The sociological review*, 53(3), 539-555.
- Cassia, F., & Ugolini, M. M. (2015). Corporate social responsibility and the impact of environmental concerns on consumer behavior in Italy. *Journal of Consumer Behaviour*, 14(2), 119-132.
- Castells M. (2002) *The Rise of Network Society*. Oxford: Blackwell. Tr.it. *La nascita della società in rete*. Milano: EGEA.

- Casula, M., Terlizzi, A., & Toth, F. (2020). I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 15(3), 307-336.
- Cattaneo, R., Cori, L., Bianchi, F., & Andreassi, S. (2014). Epidemiologia ambientale e prevenzione delle malattie nei contesti urbani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 38(3-4), 146-155.
- Cattell, R.B. (1966): The Scree Test for the Number of Factors. *Multivariate Behavioral Research*
- Cellamare, C. (2020). *Città fai-da-te: tra antagonismo e cittadinanza. Storie di autorganizzazione urbana*. Donzelli Editore.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Preventive Health Screenings: What You Need to Know.
- Certeau, M. D., Abruzzese, A., Maffesoli, M., & Di Cori, P. (2001). L'invenzione del quotidiano. (No Title).
- Chafetz, J. S. (Ed.). (2006). *Handbook of the Sociology of Gender*. Springer Science & Business Media.
- Cheng, J. J., & Berry, P. (2013). Health co-benefits and risks of public health adaptation strategies to climate change: a review of current literature. *International journal of public health*, 58, 305-311.
- Chou, W. Y. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2009). Social media use in the United States: Implications for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 11(4), e48.
- Cipolla C. (2004) *Manuale di sociologia della salute*. Milano, Franco Angeli.
- Cipollini, R. (2007). La rete teorica. *Sociologia e ricerca sociale. Fascicolo 83, 2007*, 1000-1024.
- Ciranni, R. (2011). La Tubercolosi. Storia della diagnosi di laboratorio dall'antichità agli esordi del terzo millennio. *RIVISTA DI STORIA DELLA MEDICINA*, 42(1-2), 135-148.
- Clark, V. L. P., & Creswell, J. W. (2008). *The mixed methods reader*. Sage.
- Clarke, D. B. (2004). *Consumer society and the post-modern city*. Routledge.
- Clarke, S. (2008) Culture and Identity, in (eds. Bennett T. and Frow, J.) *The Sage Handbook of Cultural Analysis*, London, Sage Publication.
- Clemente, C., Favretto, A. R., Genova, A., Marzulli, M., & Servetti, D. (2020). Il territorio e la salute di comunità. In *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte* (pp. 93-98). Franco Angeli.
- Coalter, F. (2005). *The social benefits of sport* (Vol. 17). Edinburgh: SportScotland.
- Cockerham, W. (2017). *Medical sociology*. Routledge.
- Cockerham, W. C. (1981). Medical sociology. *International Review of Modern Sociology*, 231-250.
- Cockerham, W. C. (1997). The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 117-130.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Codeluppi V. (2012) *Ipermondo: dieci chiavi per capire il presente*. Gius. Laterza & Figli Spa
- Cognetti, F., & Cottino, P. (2004). Cittadinanza attiva, pratiche sociali e la costruzione della città pubblica. *TERRITORIO*, (2004/29-30).
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Cohen-Cline, H., Turkheimer, E., & Duncan, G. E. (2015). Access to green space, physical activity and mental health: a twin study. *J Epidemiol Community Health*, 69(6), 523-529.
- Colleoni, M. (2009). Mobilità urbana, accessibilità e equità sociale. Uno studio comparato in quattro aree metropolitane europee. In *La città: bisogni, desideri, diritti. Dimensioni spazio-temporali dell'esclusione urbana* (pp. 230-242). Franco Angeli.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person, and sexual politics*. Stanford University Press.

- Connolly, C., Ali, S. H., & Keil, R. (2020). On the relationships between COVID-19 and extended urbanization. *Dialogues in human geography*, 10(2), 213-216.
- Coopman D., Osborn D., Ullah F., Ackland E., Long G. (2016). *Seeing the whole - implementing the SDGs in an integrated and coherent way*. Stakeholder forum, bioregional, Newcastle university.
- Corbetta, P. (2003). *Social research: Theory, methods and techniques*. Sage.
- Corburn, J. (2013). Healthy city planning: From neighbourhood to national health equity.
- Corposanto, C., & De Francesco, V. S. (2016). Le relazioni alimentari: sociologia e cibo: storia, cultura, significati. (*No Title*).
- Corsi, M., Monaco, M., & Visconti, L. M. (2018). Urban solidarity in Rome: Consumer-driven actions for social innovation. *Journal of Business Research*, 90, 97-104.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98.
- Cosmacini, G. (2014). *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Costa G., Cardano m., Demaria m. (1998, a cura di). *Storie di salute di una grande città, Torino*. Programma ReSò e Programma Statistico Nazionale 1998-2000.
- Costa G., Cislighi C., Caranci N., a cura di (2009). Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. *Salute e Società*, a. VIII, n. 1. Milano: Franco Angeli
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A. e Spadea T., Individual and Contextual Determinants of Inequalities in Health: the Italian Case, in «*Int. J. Health. Serv.*», 33, 2003, pp. 635-667
- Costa, G., Bellini, S., & Ghigo, S. (2008). Lo scenario epidemiologico dopo trent'anni. *Tendenze nuove*, 8(6), 729-0.
- Couch, C., Petschel-Held, G., & Leontidou, L. (2007). *Urban Sprawl in Europe: Landscapes, Land-Use Change & Policy*. Blackwell Publishing.
- Couper, M. P. (2000). Web Surveys: A Review of Issues and Approaches. *Public Opinion Quarterly*, 64(4), 464-494.
- Courtenay, W. (2009). Theorising masculinity and men's health. *Men's health: Body, identity and social context*, 9-32.
- Courtenay, W. (2009). Theorising masculinity and men's health. *Men's health: Body, identity and social context*, 9-32.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Creswell, J. W. (1999). Mixed-method research: Introduction and application. In *Handbook of educational policy* (pp. 455-472). Academic press.
- Creswell, J. W. (2011). Controversies in mixed methods research. *The SAGE*.
- Creswell, J. W. (2021). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE publications.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research: Developments, debates, and dilemmas. *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry*, 2, 315-326.
- Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences*. National Institutes of Health.
- Crimmins, E. M., Shim, H., Zhang, Y. S., & Kim, J. K. (2019). Differences between men and women in mortality and the health dimensions of the morbidity process. *Clinical chemistry*, 65(1), 135-145.

- Crisciani, C. (2012). Medicina e filosofia nel Medioevo: aspetti e fasi di un rapporto discusso. i castelli di yale online, 9-35.
- Crompton, R., & Lyonette, C. (2006). Work-life 'balance' in Europe. *Acta sociologica*, 49(4), 379-393.
- Crow, G. (2002). Social conceptions of time. S. Heath (Ed.). Palgrave Macmillan UK.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper & Row.
- Cummins R.A. (1996), *The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos*, Social Indicators Research, 38
- cura di Mariapaola Salmi, A. (2018). Alimentazione: differenze di genere e ruolo della donna. *Journal of Sex-and Gender-Specific Medicine*, 4(3), 130-132.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). "Education and Health: Evaluating Theories and Evidence." NBER Working Paper Series.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and health: evaluating theories and evidence.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., & Vogl, T. (2008). Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms.
- Dachaga, W., & de Vries, W. T. (2022). Integrating urban land tenure security in health determinants: the design of indicators for measuring land tenure security and health relationships in developing country contexts. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 3080.
- Dansero, E., & Zanon, B. (2003). Le nuove forme di governance territoriale tra scala locale e scala globale: il caso delle politiche territoriali nelle grandi aree urbane. *Economia e Società Regionale*.
- Davico, L., & Mela, A. (2002). Le società urbane. Carocci.
- Davidson, W. B., & Cotter, P. R. (1991). The relationship between sense of community and subjective well-being: A first look. *Journal of Community Psychology*, 19(3), 246-253.
- Davies, M. (2012). The role of urban design in promoting physical activity. *Journal of Urban Health*, 89(3), 487-498. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9665-7>
- Davis, K. (1955). The origin and growth of urbanization in the world. *American journal of sociology*, 60(5), 429-437.
- D'cruz, M., & Banerjee, D. (2020). 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic—An advocacy review. *Psychiatry research*, 292, 113369.
- De Lillo, A. (2007). Il mondo della ricerca sociale: fondamenti teorici e metodi empirici. Carocci.
- De Muro, P., Mazziotta, M., & Pareto, A. (2011). Composite indices of development and poverty: An application to MDGs. *Social indicators research*, 104, 1-18.
- De Rosa, A., & Galdiero, C. (2020). Resilienza urbana a Napoli: Un'analisi della sostenibilità sociale. *Economia & Sostenibilità*, 9(1), 45-62.
- De Vries, J. (2013). *European Urbanization, 1500-1800*. Routledge.
- Dempsey, N., Bramley, G., Power, S., & Brown, C. (2011). The social dimension of sustainable development: Defining urban social sustainability. *Sustainable development*, 19(5), 289-300.
- Dernini, S., & Berry, E. M. (2015). Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Frontiers in nutrition*, 2, 15.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale Development: Theory and Applications*. SAGE Publications.
- Di Franco G. (2006), *Corrispondenze multiple e altre tecniche multivariate per variabili categoriali*, Milano, Angeli.
- Dieker, A. C., IJzelenberg, W., Proper, K. I., Burdorf, A., Ket, J. C., van der Beek, A. J., & Hulsege, G. (2019). The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health—a systematic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(2), 114-125.

- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.
- Donati, P. (2013). La famiglia. Il genoma che fa vivere la società. Il Mulino.
- Donini, L. M., Dernini, S., Lairon, D., Serra-Majem, L., Amiot, M. J., Del Balzo, V., ... & Berry, E. M. (2016). A consensus proposal for nutritional indicators to assess the sustainability of a healthy diet: the Mediterranean diet as a case study. *Frontiers in nutrition*, 3, 37.
- Donkin, A. J., Dowler, E. A., Stevenson, S. J., & Turner, S. A. (1999). Mapping access to food at a local level. *British Food Journal*, 101(7), 554-564.
- D'Onofrio, R., & Trusiani, E. (2017). *Città, salute e benessere: Nuovi percorsi per l'urbanistica*. FrancoAngeli.
- Donolo, C. (2003). Senso civico e vita urbana. Franco Angeli.
- Dunlap, R. E., Van Liere, K. D., Mertig, A. G., & Jones, R. E. (2000). New trends in measuring environmental attitudes: measuring endorsement of the new ecological paradigm: a revised NEP scale. *Journal of social issues*, 56(3), 425-442.
- Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Durkheim, É. (1894). Les règles de la méthode sociologique. *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, 37, 465-498.
- Durkheim, É. (1897). *Le Suicide: étude de sociologie*. Paris: Alcan.
- Dwivedi, S. L., Van Bueren, E. T. L., Ceccarelli, S., Grando, S., Upadhyaya, H. D., & Ortiz, R. (2017). Diversifying food systems in the pursuit of sustainable food production and healthy diets. *Trends in plant science*, 22(10), 842-856.
- Eide, E. R., & Showalter, M. H. (2011). Estimating the relation between health and education: What do we know and what do we need to know?. *Economics of Education Review*, 30(5), 778-791.
- Elder, G. H. Jr. (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
- Elias, N. (1939). The civilizing process.
- Elliott, J. R., & Frickel, S. (2013). The historical nature of cities: A study of urbanization and hazardous waste accumulation. *American Sociological Review*, 78(4), 521-543.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Eriksson M. The sense of coherence in the salutogenic model of health. In *The handbook of salutogenesis* 2017 (pp. 91-96). Springer, Cham. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Evans GW, Wells NM, Chan HY, Saltzman H. (2000). *Housing quality and mental health*. In: J. Consult. Clin. Psychol. 68(3):526-30
- Evans, G. (2009). Accessibility, urban design and the whole journey environment. *Built environment*, 35(3), 366-385.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-555.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science & Medicine*, 31(12), 1347-1363.
- Facchini, C., & Ruspini, E. (2001). *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita* (pp. 11-304). FrancoAngeli.
- Faggiano M.P. (2007) *Stile di vita e partecipazione sociale giovanile. Il circolo virtuoso teoria-ricerca-teoria*. Franco Angeli
- Fahlman, M. M., McCaughtry, N., Martin, J., & Shen, B. (2010). Racial and socioeconomic disparities in nutrition behaviors: targeted interventions needed. *Journal of nutrition education and behavior*, 42(1), 10-16.
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches: subjects and methods in change. *The European Journal of Public Health*, 7(4), 357-363.
- Featherstone, M. (1987). Lifestyle and consumer culture. *Theory, Culture & Society*, 4(1), 55-70.
- Featherstone, M. (1995). Undoing culture: Globalization, postmodernism and identity.

- Feinstein, J. S. (1993). The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 279-322.
- Ferrer, R. A., & Klein, W. M. (2015). *Risk Perceptions and Health Behavior*. Current Opinion in Psychology, 5, 85-89.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). SAGE Publications.
- Finley, J. W., Dimick, D., Marshall, E., Nelson, G. C., Mein, J. R., & Gustafson, D. I. (2017). Nutritional sustainability: Aligning priorities in nutrition and public health with agricultural production. *Advances in nutrition*, 8(5), 780-788.
- Finocchiaro E. (1999) *Città in trasformazione: le logiche dello sviluppo della metropoli contemporanea*, Franco Angeli, Milano
- Flanagan, W. G. (2010). *Urban sociology: images and structure*. Rowman & Littlefield.
- Florida R. (2010), *The great reset*, Harper Collins, New York
- Fornero, G. (2005). *Bioetica cattolica e bioetica laica*. Bruno Mondadori.
- Foucault, M. (1983). Usage des plaisirs et techniques de soi. *le Débat*, (5), 46-72.
- Fragapane S. (2007) *Percezioni del futuro e consumi. Una ricerca sugli stili di vita sostenibili dei giovani a Catania e a Milano*, Franco Angeli, Milano
- Frank, L. D., Andresen, M. A., & Schmid, T. L. (2004). Obesity relationships with community design, physical activity, and time spent in cars. *American journal of preventive medicine*, 27(2), 87-96.
- Frank, L. D., Sallis, J. F., Conway, T. L., Chapman, J. E., Saelens, B. E., & Bachman, W. (2006). Many pathways from land use to health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality. *Journal of the American planning Association*, 72(1), 75-87.
- Freshwater, D. (2007). Reading mixed methods research: Contexts for criticism. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 134-146.
- Friel, S. (2014). Inequities in the freedom to lead a flourishing and healthy life: issues for healthy public policy. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(4), 161.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (1999). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 90, S11-S14.
- Frosch, D. L., May, S. G., Sagara, J., Tietbohl, C., & Kaplan, R. M. (2007). Sharing decision-making in the medical encounter: What does it mean? *Social Science & Medicine*, 64(4), 782-793.
- Frumkin, H. (2003). Healthy places: exploring the evidence. *American journal of public health*, 93(9), 1451-1456.
- Fuchs, V. R. (1986). The health economy. In *The health economy* (pp. 401-401).
- Fuqin, W. (2012). Socioeconomic Status, Lifestyle and Health Inequality. *Society: Chinese Journal of Sociology/Shehui*, 32(2).
- Furlong, A., & Cartmel, F. (2006). *Young people and social change*. McGraw-Hill Education (UK).
- Galea S, Vlahov D. (2005) *Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions*. Annu Rev Public Health 26:341-65 communities. Ann Ig 2011;23(1):43-53.
- Galea, S., Freudenberg, N., & Vlahov, D. (2005). Cities and population health. *Social science & medicine*, 60(5), 1017-1033.
- Gallino L., (1987) *L'attore sociale. Biologia, cultura e intelligenza artificiale*, Torino, Einaudi.
- Gallino L. (2008) *Manuale di Sociologia*, Utet, Torino, 1994
- Gallino, L. (2008) *Manuale di Sociologia*, Torino, UTET
- Gallino, L. (2014). *Lavoro e globalizzazione: le nuove disuguaglianze*. Laterza.
- Garnett, T. (2013). Food sustainability: problems, perspectives and solutions. *Proceedings of the nutrition society*, 72(1), 29-39.
- Gatersleben, B., Steg, L., & Vlek, C. (2002). Measurement and Determinants of Environmentally Significant Consumer Behavior. *Environment and Behavior*, 34(3), 335-362. <https://doi.org/10.1177/0013916502034003004>
- Geertz C. (1973). *The interpretation of culture*. New York: Basic Books.

- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Allyn & Bacon.
- Germani, G. (Ed.). (1973). *Modernization, urbanization, and the urban crisis*. Transaction Publishers.
- Germov, J., & Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27(2), 97-108.
- Ghisellini, P., Cialani, C., & Ulgiati, S. (2016). A review on circular economy: The expected transition to a balanced interplay of environmental and economic systems. *Journal of Cleaner Production*, 114, 11-32.
- Giachino, C., Bollani, L., Truant, E., & Bonadonna, A. (2022). Urban area and nature-based solution: Is this an attractive solution for Generation Z?. *Land Use Policy*, 112, 105828.
- Giampaoli, S., Lenzi, F. R., Parente, G., Frajese, V. G., & Tessitore, A. (2021). Habits, lifestyles and Sociality. A cluster analysis of Italian University Students. *Igiene e Sanità Pubblica*, 5(79), 591-604.
- Gianfrate, V., & Longo, D. (2017). Urban micro-design: tecnologie integrate, adattabilità e qualità degli spazi pubblici.
- Giarelli G. (2004) *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*. Società italiana di Sociologia della Salute. In: Salute e società, Fascicolo 3.
- Giarelli G., Vignera R. (2004) *Sociologia e Sociologia della salute: andata e ritorno*, Milano, Franco Angeli.
- Giarelli, G. (2018). *Sofferenza e condizione umana: per una sociologia del negativo nella società globalizzata*. Rubbettino.
- Gibney, M. J., Margetts, B. M., Kearney, J. M., & Arab, L. (Eds.). (2013). *Public health nutrition*. John Wiley & Sons.
- Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1984). A social critique of the judgement of taste. *Traducido del francés por R. Nice*. Londres, Routledge.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press.
- Giddens, A. (2004). The constitution of society: Outline of the theory of structuration: Elements of the theory of structuration. In *Practicing history* (pp. 121-142). Routledge.
- Giglioni, G. (2014). I sei non-naturali nella medicina del Rinascimento. *Giornale della Accademia della Medicina di Torino*, a. CLXXVII.
- Giles-Corti, B., & Donovan, R. J. (2005). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1255-1267. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.001>
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 18(3), 345-353.
- Glymour, M. M., Avendano, M., & Kawachi, I. (2014). Socioeconomic status and health. *Social epidemiology*, 2, 17-63.
- Gobo, G., & Mauceri, S. (2013). Constructing survey data: An interactional approach.
- Gochman D. S., (1982). *Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives of Future Research*. In: *Health Education Quarterly*, 9, p. 167–174.
- Gochman D. S., (1997) *Health Behaviour Research: Definitions and Diversity*. In D. S. Gochman (ed.) *Handbook of Health Behaviour Research Vol. I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press.
- Goffman, E. (1951). Symbols of class status. *The British journal of sociology*, 2(4), 294-304.
- Goffman, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, 22(2), 123-142.
- Goffman, E. (2002). The presentation of self in everyday life. 1959. Garden City, NY, 259.
- Goldstein, M. S. (1979). The sociology of mental health and illness. *Annual Review of Sociology*, 5, 381-409.

- Gollin, D., Jedwab, R., & Vollrath, D. (2016). Urbanization with and without industrialization. *Journal of Economic Growth*, 21, 35-70.
- Gong, P., Liang, S., Carlton, E. J., Jiang, Q., Wu, J., Wang, L., & Remais, J. V. (2012). Urbanisation and health in China. *The lancet*, 379(9818), 843-852.
- Goodin, R. E. (2010). Temporal justice. *Journal of Social Policy*, 39(1), 1-16.
- Goodin, R. E., Rice, J. M., Bittman, M., & Saunders, P. (2005). The time-pressure illusion: Discretionary time vs. free time. *Social indicators research*, 73, 43-70.
- Gori, E. (2015). *Welfare aziendale e conciliazione vita-lavoro*. Franco Angeli.
- Gottdiener, M., Hohle, R., & King, C. (2019). *The new urban sociology*. Routledge.
- Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. McGraw-Hill Education.
- Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Białek-Dratwa, A., Sobczyk, K., Grot, M., Kowalski, O., & Staśkiewicz, W. (2022). Nutrition and mental health: A review of current knowledge about the impact of diet on mental health. *Frontiers in Nutrition*, 9, 943998.
- Grandcolas, U., Rettie, R., & Marusenko, K. (2003). Web survey bias: sample or mode effect?. *Journal of marketing management*, 19(5-6), 541-561.
- Greenacre, M. (1984). *Theory and Applications of Correspondence Analysis*. Academic Press.
- Greenacre, M. (2010). *Correspondence Analysis in Practice*. CRC Press.
- Greenberg, M. (2000). Branding cities: A social history of the urban lifestyle magazine. *Urban affairs review*, 36(2), 228-263.
- Grieco, M. (2015). Social sustainability and urban mobility: shifting to a socially responsible pro-poor perspective. *Social Responsibility Journal*, 11(1), 82-97.
- Grønhøj, A., & Thøgersen, J. (2009). Like father, like son? Intergenerational transmission of values, attitudes, and behaviours in the environmental domain. *Journal of Environmental Psychology*.
- Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health." *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., & Lang, I. (Eds.). (2013). *Oxford handbook of public health practice*. OUP Oxford.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
- Guttman, L. (1941). "The Quantification of a Class of Attributes: A Theory and Method of Scale Construction." In P. Horst et al., *The Prediction of Personal Adjustment*. Social Science Research Council.
- Hahn, R. A., & Truman, B. I. (2015). Education improves public health and promotes health equity. *International journal of health services*, 45(4), 657-678.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports medicine*, 36, 1019-1030.
- Hammersley, M. (2008). Troubles with triangulation. *Advances in mixed methods research*, 22-36.
- Hancock, T., & Duhal, L. J. (1986). *Healthy cities: Promoting health in the urban context*. The Authors.
- Hannerz, U. (1992). Esplorare la città, il Mulino.
- Hansen, W. G. (1959). How accessibility shapes land use. *Journal of the American Institute of planners*, 25(2), 73-76.
- Hansen, E. C., Walters, J. A., Howes, F. S., & Nelson, M. R. (2010). *General Practitioners' Views on Cardiovascular Risk Factors and Prevention: A Mixed Methods Study*. *BMC Family Practice*, 11(1), 69.
- Hanson, J. (2004). The inclusive city: delivering a more accessible urban environment through inclusive design.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207-228.
- Harvey, D. (1989). *The Condition of Postmodernity: An Enquiry into the Origins of Cultural Change*. Oxford: Blackwell.
- Harvey, D. (2006). *Space as a keyword* (pp. 70-93). na.

- Harvey, D. (2008). The Right to the City. New Left Review.
- Haslam, S.A., Jette, J., Postmes, T., Haslam, C. (2009) Social Identity, Health and Well-Being: An Emerging Agenda for Applied Psychology, in «Applied Psychology: An International Review», 58, 1, pp. 1-23, doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00379
- Haughton, G., & Hunter, C. (1994). Sustainable Cities. Regional Policy and Development (traducción del original). Jessica Kingsley Publishers. Regional Studies Association. London. Series, 7, 29.
- Hayashi, C. (1956). "Theory and Examples of Quantification." *Annals of the Institute of Statistical Mathematics*, 8(1), 35-47.
- Heiman, A., Just, D., McWilliams, B., & Zilberman, D. (2004). Religion, religiosity, lifestyles and food consumption. *ARE Update*, 8, 9-11.
- Hewko, J., Smoyer-Tomic, K. E., & Hodgson, M. J. (2002). Measuring neighbourhood spatial accessibility to urban amenities: does aggregation error matter?. *Environment and Planning A*, 34(7), 1185-1206.
- Heyman, B., Henriksen, M., & Maughan, K. (1998). Probabilities and health risks: A qualitative approach. *Social science & medicine*, 47(9), 1295-1306.
- Hillsdon, M., Panter, J., Foster, C., & Jones, A. (2006). The relationship between access and quality of urban green space with population physical activity. *Public health*, 120(12), 1127-1132.
- Hitlin, S., & Piliavin, J. A. (2004). Values: Reviving a Dormant Concept. *Annual Review of Sociology*, 30(1), 359-393.
- Holt, D. B. (1997). Poststructuralist lifestyle analysis: Conceptualizing the social patterning of consumption in postmodernity. *Journal of Consumer research*, 23(4), 326-350.
- Horton, R. (2020), Offline: COVID-19 Is not a Pandemic, in «The Lancet», 396, 10255, p. 874.
- House, J. S., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1990). Age, socioeconomic status, and health. *The Milbank Quarterly*, 383-411.
- Humphreys, L. (2010). Mobile social networks and urban public space. *New Media & Society*, 12(5), 763-778.
- Hunter, D. J., Popay, J., Tannahill, C., Whitehead, M., & Elson, T. (2009). Learning lessons from the past: shaping a different future. *Marmot Review Working Committee*, 3, 1-11.
- Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A., & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Social science & medicine*, 124, 246-256.
- Hussain, M., & Imitiyaz, I. (2018). Urbanization concepts, dimensions and factors. *International Journal of Recent Scientific Research*, 9(1), 23513-23523.
- Inglehart, R. (1997). Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies. Princeton University Press.
- Inglehart, R., & Norris, P. (2003). *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change Around the World*. Cambridge University Press.
- James, P. T., Leach, R., Kalamara, E., & Shayeghi, M. (2001). The worldwide obesity epidemic. *Obesity research*, 9(S11), 228S-233S.
- James, W. P. T. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International journal of obesity*, 32(7), S120-S126.
- Jarcho, S. (1970). Galen's six non-naturals: a bibliographic note and translation. *Bulletin of the History of Medicine*, 44(4), 372-377.
- Jayawickreme E., Forgeard M. J. C., Seligman M. E. P. (2012). The engine of well-being. *Review of General Psychology*, 16(4), 327-342.
- Jayne, M. (2005). *Cities and consumption*. Routledge.
- Jedlowski, P. (2009). *Il mondo in questione. Introduzione alla storia del pensiero sociologico (nuova edizione)* (pp. 1-342). Carocci Editore.
- Jelleyman, T., & Spencer, N. (2008). Residential mobility in childhood and health outcomes: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), 584-592.

- Jensen, O. B. (2006). 'Facework', flow and the city: Simmel, Goffman, and mobility in the contemporary city. *Mobilities*, 1(2), 143-165.
- Johansson, L., Thelle, D. S., Solvoll, K., Bjørneboe, G. E. A., & Drevon, C. A. (1999). Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. *British Journal of Nutrition*, 81(3), 211-220.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Johnston, J., Szabo, M., & Rodney, A. (2011). Good food, good people: Understanding the cultural repertoire of ethical eating. *Journal of consumer culture*, 11(3), 293-318.
- Jones, L., & Wells, K. (2007). *Strategies for Academic and Clinician Engagement in Community-Participatory Partnered Research*. *Health Affairs*, 26(2), 325-334.
- Kabisch, N., Strohbach, M., Haase, D., & Kronenberg, J. (2016). Urban green space availability in European cities. *Ecological indicators*, 70, 586-596.
- Kahl, J. (1959). Some social concomitants of industrialization and urbanization. *Human Organization*, 18(2), 53-74.
- Kaiser, F. G., & Wilson, M. (2004). Goal-directed Conservation Behavior: The Specificity of a Generalized Goal. *Environment and Behavior*, 36(5), 586-602. <https://doi.org/10.1177/0013916503260898>
- Kaiser, H. F. (1959). Computer program for varimax rotation in factor analysis. *Educational and psychological measurement*, 19(3), 413-420.
- Kantamneni, N. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on marginalized populations in the United States: A research agenda. *Journal of vocational behavior*, 119, 103439.
- Karp, D. A., Stone, G. P., Yoels, W. C., & Dempsey, N. P. (2015). *Being urban: A sociology of city life*. Bloomsbury Publishing USA.
- Karp, D. A., Stone, G. P., Yoels, W. C., & Dempsey, N. P. (2015). *Being urban: A sociology of city life*. Bloomsbury Publishing USA.
- Kaufman J., Kaufman S. & Poole C. (2007) *Causal inference from randomized trials in social epidemiology*. In: *Social Science & Medicine*, 57, 2397–2409.
- Kaufmann, V. (2014). Mobility as a tool for sociology. *Sociologica*, 8(1), 0-0.
- Kaufmann, V., Bergman, M. M., & Joye, D. (2004). Motility: Mobility as capital. *International journal of urban and regional research*, 28(4), 745-756.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174-190). Oxford University Press.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78, 458-467.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). *Social Ties and Mental Health in Japan*. *Social Science & Medicine*, 52(5), 845-857.
- Keding, G. B., Schneider, K., & Jordan, I. (2013). Production and processing of foods as core aspects of nutrition-sensitive agriculture and sustainable diets. *Food security*, 5, 825-846.
- Ketelsen, M., Janssen, M., & Hamm, U. (2020). Consumers' response to environmentally-friendly food packaging-A systematic review. *Journal of Cleaner Production*, 254, 120123.
- Khan K., Thompson A., Blair S. (2012). Sport and exercise as contributors to the health of nations. *The Lancet* 2012; 380:59-64
- Kim, D., & Kaplan, R. (2004). Physical and mental health effects of community participation among the elderly. *The Gerontologist*, 44(4), 527-534.

- Kiss M. (ed.) (2020), Demographic Outlook for the European Union 2020, European Parliamentary Research Service, Brussels, European Union, <https://www.europarl.europa.eu>
- Kollmuss, A., & Agyeman, J. (2002). Mind the gap: why do people act environmentally and what are the barriers to pro-environmental behavior?. *Environmental education research*, 8(3), 239-260.
- Kondo, M. C., Fluehr, J. M., McKeon, T., & Branas, C. C. (2018). Urban green space and its impact on human health. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 445.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). *The Role of Culture in Health Communication*. Annual Review of Public Health, 25, 439-455.
- Krieger J., Higgins DL. (2002) *Housing and health: time again for public health action*. In: J. Public Health 92: 758–68.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. New York: Oxford University Press.
- Kroneberg, C. (2007). Wertrationalität und das Modell der Frame-Selektion. *None*.
- Kuhn, T. S. (1997). The structure of scientific revolutions (Vol. 962). Chicago: University of Chicago press.
- La Rosa, D., Takatori, C., Shimizu, H., & Privitera, R. (2018). A planning framework to evaluate demands and preferences by different social groups for accessibility to urban greenspaces. *Sustainable cities and society*, 36, 346-362.
- Labonte, R. (1986). Social inequality and healthy public policy. *Health Promotion International*, 1(3), 341-351.
- Lamb, K. E., Mavoa, S., Coffee, N. T., Parker, K., Richardson, E. A., & Thornton, L. E. (2019). Public open space exposure measures in Australian health research: A critical review of the literature. *Geographical Research*, 57(1), 67-83.
- Landers, D. M., & Arent, S. M. (2007). Physical activity and mental health. *Handbook of sport psychology*, 467-491.
- Lang, T., & Barling, D. (2012). Food security and food sustainability: reformulating the debate. *The geographical journal*, 178(4), 313-326.
- Lanzani A. (2020), "Fragilità territoriali", in Cersosimo D. e Donzelli C. (a cura di), *Manifesto per riabitare l'Italia*, Donzelli, Roma, pp. 121-127.
- Larson, H. J., et al. (2014). The State of Vaccine Confidence 2014. *The Lancet*, 384(9957), 227-234.
- Last, J. M. (2001). RE: "A dictionary of epidemiology, edited by John M. Last, Robert A. Spasoff, and Susan G. Harris". *American Journal of Epidemiology*, 154(4), 389-389.
- Lauria, L., Spinelli, A., Buoncristiano, M., Nardone, P., & Pierannunzio, D. (2015). *OKkio alla SALUTE: Risultati 2014*. Istituto Superiore di Sanità.
- Lazarou, C., Panagiotakos, D. B., & Matalas, A. L. (2009). Lifestyle factors are determinants of children's blood pressure levels: the CYKIDS study. *Journal of human hypertension*, 23(7), 456-463.
- Le Galès, P. (2002). *European Cities: Social Conflicts and Governance*. Oxford University Press.
- Le Roux, B., & Rouanet, H. (2004). *Geometric Data Analysis: From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis*. Springer.
- Lebart L., Morineau A., Piron M. (1997), *Statistique Exploratoire Multidimensionnelle*, Parigi, Dunod
- Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (2000): *Statistique Exploratoire Multidimensionnelle*. Dunod.
- Lebart, L., Morineau, A., & Warwick, K. (1984). *Multivariate Descriptive Statistical Analysis*. Wiley.
- Lefebvre, H. (1968). *Le droit à la ville*. Paris: Anthropos.
- Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and personality psychology compass*, 11(8), e12328.
- Lenzi F.R., Vaccaro K. (2019). *Il valore della multidimensionalità nell'approccio dell'urban health*, in "Sicurezza e Scienze Sociali", pp. 192-206, DOI:10.3280/SISS2019-001016

- Lenzi, A., Capolongo, S., Ricciardi, G., Signorelli, C., Napier, D., Rebecchi, A., & Spinato, C. (2020). New competences to manage urban health: Health City Manager core curriculum. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(Suppl 3), 21.
- Lenzi, F. R., & Iazzetta, F. Covid-19: urban health as a determinant of health. *The impacts of global crises on healthcare systems: new challenges for sociological*, 15.
- Leontidou, L. (1993). Postmodernism and the city: Mediterranean versions. *Urban Studies*, 30(6), 949-965.
- Lestan, K. A., Eržen, I., & Golobič, M. (2014). The role of open space in urban neighbourhoods for health-related lifestyle. *International journal of environmental research and public health*, 11(6), 6547-6570.
- Lévi-Strauss, C. (1976). L'origine des manières de table. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 32(2).
- Lewandowsky, S., Ecker, U. K., & Cook, J. (2017). Beyond misinformation: Understanding and coping with the "post-truth" era. *Journal of applied research in memory and cognition*, 6(4), 353-369.
- Lewis, T., & Potter, E. (2013). Ethical consumption: A critical introduction. Routledge.
- Likert, R. (1932). "A Technique for the Measurement of Attitudes." *Archives of Psychology*, 140, 1-55.
- Lindh, H., Olsson, A., & Williams, H. (2016). Consumer perceptions of food packaging: contributing to or counteracting environmentally sustainable development?. *Packaging Technology and Science*, 29(1), 3-23.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440-442.
- Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child wellbeing: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425-449.
- Lo Sasso M. (2015). *Rigenerazione urbana. Prospettive di innovazione/Urban Regeneration. Innovative Perspectives*. In: TECHNE n.10, Rigenerazione urbana/Urban Regeneration, pp. 4-5, Firenze University Press.
- Lombardi, C., Pastorello, A., & Gelardi, M. (2020). La prevenzione sanitaria in Italia: risorse e prospettive. Il Mulino.
- Lombardi, L. (2005). Società, culture e differenze di genere: percorsi migratori e stati di salute (Vol. 27). FrancoAngeli.
- Lombardi, L. (2005). Società, culture e differenze di genere: percorsi migratori e stati di salute (Vol. 27). FrancoAngeli.
- Lombi, L.(2015). *La web survey*. In: «Laboratorio sociologico. Franco Angeli», Milano
- Lowry, C. A., Johnson, P. L., Hay-Schmidt, A., Mikkelsen, J. D., Shekhar, A., & Ressler, K. J. (2005). Modulation of anxiety circuits by serotonergic systems. *Neuropsychopharmacology*, 30(3), 337-356.
- Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van Der Wel, K. A., & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 422-427.
- Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van Der Wel, K. A., & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 422-427.
- Luthans, F., Luthans, B. C., & Luthans, K. W. (2021). *Organizational behavior: An evidence-based approach fourteenth edition*. IAP.
- M. Whitehead, The concepts and principles of equity and health, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.
- Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., De Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of epidemiology & community health*, 60(7), 587-592.

- Machemehl C., Sirost O. (2011). Lo sport nello spazio urbano. *Loisir et Societe/Società e tempo libero*, 34 (1), 21-29
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). *Neighborhoods and Health Inequalities: The Role of Contextual Factors*. *Annual Review of Public Health*, 24(1), 89-109.
- Maciocco, G. (2009). I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. *Salute e società. Fascicolo 1, 2009*, 1000-1012.
- Maciocia L., Sannella A. (2018) Crescere sostenibili e in salute: Strumenti per la promozione e lo sviluppo. FrancoAngeli.
- Mackenbach, J. P. (2012). "The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox." *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E., & Diderichsen, F. (2003). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. *Reducing inequalities in health*, 25-46.
- Malagon-Maldonado, G. (2014). Qualitative research in health design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 120-134.
- Malavasi, P. (2013). *Expo education Milano 2015 la città fertile*. Vita e Pensiero.
- Malik, A. A., McFadden, S. M., Elharake, J., & Omer, S. B. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine*, 26, 100495.
- Mandell, R. (1984). Sport: a cultural history.
- Mantovan C., Ostanel E. (2015), Quartieri contesi. Convivenza, conflitti e governance nelle zone stazione di Padova e Mestre, FrancoAngeli, Milano
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Holt Paperbacks.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. (2013) Health inequalities in the EU. Final report of a consortium, European Commission Directorate-General for Health and Consumers, doi:10.2772/34426
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. (2010) Fair society, healthy lives, in «The Marmot Review», 14, pp. 1-27.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Marradi A., (2002). *Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali*, Franco Angeli, Milano
- Marradi, A., & Fideli, R. (1996). L'intervista. In *Enciclopedia delle scienze sociali* (pp. 71-82). Istituto della Enciclopedia Italiana.
- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and rehabilitation*, 35(24), 2030-2037.
- Martinotti G. (1998) Introduzione in Nuvolati G., *La qualità della vita delle città. Metodi e risultati delle ricerche comparative*, FrancoAngeli, Milano.
- Martinotti G. (1999) *La dimensione metropolitana: sviluppo e governo della nuova città*, Il Mulino, Bologna.
- Marx, K. (1964). *Das Kapital, Kritik der politischen Ökonomie (1867-1883)*, tr. it. *Il Capitale. Critica dell'economia politica*.
- Maturo, A. (2024). Il primo libro di sociologia della salute. *Piccola Biblioteca Einaudi. Mappe-Scienze Sociali*, 1-204.
- Mauceri, S. (2019). Qualità nella quantità. La survey research nell'era dei Mixed Methods (pp. 7-173). Franco Angeli.
- Mayer, K. U. (2009). New directions in life course research. *Annual review of sociology*, 35(1), 413-433.
- Mazziotta, M., & Pareto, A. (2018). Measuring well-being over time: The adjusted Mazziotta–Pareto index versus other non-compensatory indices. *Social Indicators Research*, 136, 967-976.

- McDonough, P., Williams, D. R., House, J. S., & Duncan, G. J. (1999). Gender and the socioeconomic gradient in mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 17-31.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, USA.
- McIntosh, W. A. (1996). *Sociologies of food and nutrition*. Springer Science & Business Media.
- McIntosh, W. A. (1996). *Sociologies of food and nutrition*. Springer Science & Business Media.
- McLean, E., Cogswell, M., Egli, I., Wojdyla, D., & De Benoist, B. (2009). Worldwide prevalence of anaemia, WHO vitamin and mineral nutrition information system, 1993–2005. *Public health nutrition*, 12(4), 444-454.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.
- McNeill JR. (2003). *Something New Under the Sun: An Environmental History of the Twentieth Century*. New York: Northridge ME, Sclar E, Biswas P., *Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities*. In: *Journal of Urban Health* 80(4):556–68.
- Medea G., Nati G, Lenzi A., Cricelli C. (2017). *Nuovi scenari epidemiologici e assistenziali: dall'Urban Health all'Urban Diabetes*, Media, 17:101-105.
- Mele, V. (2016). Politik, Ökonomie und Lebensstil in dem globalen Kapitalismus. Eine Überlegung auf der Grundlage von Georg Simmel. *Simmel Studies*, 20(2), 233-258.
- Mellor, J. R. (2013). *Urban Sociology and Urbanized Society*. Routledge.
- Melucci, A. (1996). *Challenging Codes: Collective Action in the Information Age*. Cambridge University Press.
- Merrifield, A. (1996). Public space: integration and exclusion in urban life. *City*, 1(5-6), 57-72.
- Messner, M. A. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Beacon Press.
- Meulman, J. J., Van der Kooij, A. J., & Heiser, W. J. (2004). Principal Components Analysis with Nonlinear Optimal Scaling Transformations for Ordinal and Nominal Data. In *Handbook of Quantitative Methodology for the Social Sciences*, Lawrence Erlbaum Associates.
- Mills, C. W. (2018). *L'immaginazione sociologica*. Il saggiatore.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, Social Status, and Health*. New York: Routledge.
- Mitchell, J. A., Mattocks, C., Ness, A. R., Leary, S. D., Pate, R. R., Dowda, M., ... & Riddoch, C. (2009). Sedentary behavior and obesity in a large cohort of children. *Obesity*, 17(8), 1596-1602.
- Mitchell, R., & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The lancet*, 372(9650), 1655-1660.
- Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA. (1993) *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. PMID: 28590610
- Monardo, B. (2003). Mobilità urbana, servizi di trasporto e nuove istanze sociali. In *Città e nuovo welfare* (pp. 156-194). Officina edizioni.
- Montanari, M. (2014). *Lettera sul cibo*. Roma: Laterza.
- Montanari, M., & Flandrin, J. L. (2016). *Histoire de l'alimentation*. Fayard.
- Monteiro, C. A., Moura, E. C., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the world health organization*, 82(12), 940-946.
- Moore, E. S., Wilkie, W. L., & Desrochers, D. M. (2017). All in the family? Parental roles in the epidemic of childhood obesity. *Journal of Consumer Research*, 43(5), 824-859.
- Moore, M. E., Stunkard, A., & Srole, L. (1962). Obesity, social class, and mental illness. *Jama*, 181(11), 962-966.
- Morancho, A. B. (2003). A hedonic valuation of urban green areas. *Landscape and urban planning*, 66(1), 35-41.
- Moreno, L. A., De Henauw, S., Gonzalez-Gross, M., Kersting, M., Molnar, D., Gottrand, F., ... & Marcos, A. (2008). Design and implementation of the healthy lifestyle in Europe by nutrition in adolescence cross-sectional study. *International journal of obesity*, 32(5), S4-S11.

- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative health research*, 8(3), 362-376.
- Mulder, M., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Bouma, J., & van den Heuvel, W. J. (1998). The stability of lifestyle behaviour. *International journal of epidemiology*, 27(2), 199-207.
- Murcott, A. (2002). Nutrition and inequalities: A note on sociological approaches. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 203-207.
- Murcott, A. (2002). Nutrition and inequalities: A note on sociological approaches. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 203-207.
- Murcott, A. (2002). Nutrition and inequalities: A note on sociological approaches. *The European Journal of Public Health*, 12(3), 203-207.
- Musterd, S., Van Gent, W. P., Das, M., & Latten, J. (2016). Adaptive behaviour in urban space: Residential mobility in response to social distance. *Urban Studies*, 53(2), 227-246.
- Nardo, M. (2005). Tools for Composite Indicators Building. European Commission Joint Research Centre.
- Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffman, A., & Giovannini, E. (2005). Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide.
- National Cholesterol Education Program (NCEP). (2002). Third Report of the NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults.
- National Institutes of Health (NIH). (2018). Routine Blood Tests: Guidelines for Healthy Adults. National Institute on Aging.
- Nelson, M. C., Gordon-Larsen, P., Song, Y., & Popkin, B. M. (2006). Built and social environments: associations with adolescent overweight and activity. *American journal of preventive medicine*, 31(2), 109-117
- Neresini, F. (2001) Salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico, in *Sociologia della salute*, Bucchi, M. e Neresini F. (a cura di), Roma, Carocci, pp. 23-76.
- Newson, R. S., Lion, R., Crawford, R. J., Curtis, V., Elmadfa, I., Feunekes, G. I., ... & Uauy, R. (2013). Behaviour change for better health: nutrition, hygiene and sustainability.
- Nolte, E., & McKee, M. (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited* (p. 139). The Nuffield Trust.
- Nordin, S. M., Boyle, M., & Kemmer, T. M. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition security in developing nations: Sustainable food, water, and health. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(4), 581-595.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nussbaum M. (2013). *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del Pil*. Il Mulino.
- Nussbaum, Martha C. & Amartya K. (1993) *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nuvolati G. (2002) *La qualità della vita urbana: risorse, functionings e capabilities*. In: *Politeia*, 64.
- Nuvolati G., Zajczyk F. (1997) *L'origine del concetto di qualità della vita e l'articolazione dei filoni di studio nella prospettiva europea*, in Altieri L., Luison L., *Qualità della vita e strumenti sociologici. Tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*, FrancoAngeli, Milano.
- O'Connor, J., & Wynne, D. (2017). Left loafing: City cultures and postmodern lifestyles. In *From the Margins to the Centre* (pp. 49-90). Routledge.
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). *Why, and How, Mixed Methods Research Is Undertaken in Health Services Research in England: A Mixed Methods Study*. *BMC Health Services Research*, 7, 85.
- Odum, E. P. (1989). Ecology and our endangered life-support systems. (*No Title*).
- OECD (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. OECD Publishing.
- Oliker, S. (2011). Sociology and studies of gender, caregiving, and inequality. *Sociology Compass*, 5(11), 968-983.

- Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. *Research in the Schools*, 13(1), 48-63.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *How's life?: measuring well-being* (pp. 1-282). Paris: OECD.
- Oriente Caputo, G., & Viesti, G. (2022). Il PNRR e le disuguaglianze italiane: potenzialità e criticità. *Autonomie locali e servizi sociali*, 45(2), 199-220.
- Ory, M. G. (1985). The burden of care: A familial perspective. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 10(1), 14-18.
- Owen, L., & Corfe, B. (2017). The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 425-426.
- Palomo, L., Félix-Redondo, F. J., Lozano-Mera, L., Pérez-Castán, J. F., Fernández-Berges, D., & Buitrago, F. (2014). Cardiovascular risk factors, lifestyle, and social determinants: a cross-sectional population study. *British Journal of General Practice*, 64(627), e627-e633.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports medicine*, 29, 167-180.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370. DOI: 10.1146/annurev.soc.012809.102529
- Paquet, C., Orschulok, T. P., Coffee, N. T., Howard, N. J., Hugo, G., Taylor, A. W., ... & Daniel, M. (2013). Are accessibility and characteristics of public open spaces associated with a better cardiometabolic health?. *Landscape and urban planning*, 118, 70-78.
- Park, J., Conca, K., & Finger, M. (2008). *The crisis of global environmental governance: Towards a new political economy of sustainability*. Routledge.
- Park, R. E. (1915). The city: Suggestions for the investigation of human behavior in the city environment. *American journal of sociology*, 20(5), 577-612.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Parzonko, A. J., Balińska, A., & Sieczko, A. (2021). Pro-environmental behaviors of Generation Z in the context of the concept of homo socio-oeconomicus. *Energies*, 14(6), 1597.
- Patel R.B., Burke T. F. (2009) *Urbanization—an emerging humanitarian disaster*. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 741-743.
- Pavan M.(1998) *Indicatori di sostenibilità urbana*, Equilibri (ISSN 1594-7580) Fascicolo 2, agosto doi: 10.1406/1922
- Peace, S., Rowles, G. D., & Bernard, M. (2013). Social interactions in public spaces and places: A conceptual overview. *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*, 25-49.
- Pearce, J., Witten, K., & Bartie, P. (2006). Neighbourhoods and health: a GIS approach to measuring community resource accessibility. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 389-395.
- Pearce, J., Witten, K., Hiscock, R., & Blakely, T. (2007). Are socially disadvantaged neighbourhoods deprived of health-related community resources?. *International journal of epidemiology*, 36(2), 348-355.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 241-256.
- Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M., & Meersman, S. C. (2005). Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of health and Social Behavior*, 46(2), 205-219.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Pescosolido, B. A., & Levy, J. A. (2002). *Social Networks and Health Outcomes*. *Social Networks and Health*, 10(2), 1-15.
- Petrillo A. (2006) *Villaggi, città, megalopoli*. Roma, Carocci Editore.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications*. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S28-S40.

- Pichierri, A. (2018). Relazioni sociali e stili di vita nelle città. Il Mulino.
- Pieretti, G. (2012). Presentazione. Per una mobilità sostenibile. In *Muoversi in città. Accessibilità e mobilità nella metropoli contemporanea* (pp. 7-14). FrancoAngeli.
- Pileri, P., & Maggi, M. (2010). Il riciclo dei rifiuti nelle città italiane: la buona pratica di Milano. *Territorio*, (54), 135-142.
- Pi-Sunyer, F. X. (2002). The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obesity research*, 10(S12), 97S-104S.
- Pitrone M. (2009), Sondaggi e interviste. Lo studio dell'opinione pubblica nella ricerca sociale, FrancoAngeli, Milano.
- Plano Clark, V. L. (2017). Mixed methods research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 305-306.
- Plutchik, R., Kellerman, H., & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defenses and emotions. In *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 227-257). Boston, MA: Springer US.
- Poortinga, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*, 62(2), 292-302.
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *bmj*, 311(6996), 42-45.
- Popkin, B. M. (1999). Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World development*, 27(11), 1905-1916.
- Popkin, B. M. (1999). Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World development*, 27(11), 1905-1916.
- Potischman, N. (2003). Biologic and methodologic issues for nutritional biomarkers. *The Journal of nutrition*, 133(3), 875S-880S.
- Poulain, J. P. (1997). Mutations et modes alimentaires. *Le mangeur et*.
- Poulain, J. P. (2013). *Sociologies de l'alimentation*. Presses universitaires de France.
- Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what?. *Annual review of public health*, 32(1), 349-365.
- Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, practice and policy*, 16(1), 67-73.
- Pradyumna, A. (2018). Planetary health and food systems: insights from global SDGs. *The Lancet Planetary Health*, 2(10), e417-e418.
- Prasad, A., Kano, M., Rosenberg, P., Kim, J., & You, D. (2014). Cities for Health and Health for All. *Cities for Health*, 1-8.
- Preston, S. H. (1975). The changing relation between mortality and level of economic development. *Population studies*, 29(2), 231-248.
- Pucci, P. (2014), "Mobilità. Tre chiavi interpretative e alcuni paradossi", in AA. VV., *Atti della XVII Conferenza Nazionale SIU. L'urbanistica italiana nel mondo*, Milano: Planum
- Pultrone G. (2019), "The ecological challenge as an opportunity and Input for innovative strategies of integrated planning", in Della Spina L., Calabrò F., Bevilacqua C., *New Metropolitan Perspectives. Local Knowledge and Innovation Dynamics towards Territory Attractiveness through the Implementation of Horizon/E2020/Agenda2030*, Springer, Cham - Che, pp. 691-698.
- Punziano, G. (2019). Salute, mobilità, istruzione: strategie per le aree interne. *Scienze Regionali*, 18(1), 65-92.
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.

- Pyky, R., Neuvonen, M., Kangas, K., Ojala, A., Lanki, T., Borodulin, K., & Tyrväinen, L. (2019). Individual and environmental factors associated with green exercise in urban and suburban areas. *Health & place*, 55, 20-28.
- Quigley, J. M., & Weinberg, D. H. (1977). Intra-urban residential mobility: a review and synthesis. *International Regional Science Review*, 2(1), 41-66.
- Rahman, K. A., & Zhang, D. (2018). Analyzing the level of accessibility of public urban green spaces to different socially vulnerable groups of people. *Sustainability*, 10(11), 3917.
- Rahman, T., Hosen, I., Islam, M. T., & Shekhar, H. U. (2012). Oxidative stress and human health. *Advances in bioscience and biotechnology*, 3(7), 997-1019.
- Ratner D.B. (2004). "Sustainability" as a Dialogue of Values: Challenges to the Sociology of Development in *Journal Sociological Inquiry*, Vol.74 - N.1.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*, 16(2), 207-214.
- Rawat, R., Garg, S. K., Chopra, H., Bajpai, S. K., Bano, T., Jain, S., & Kumar, A. (2012). Prevalence of malnutrition among school children with reference to overweight and obesity and its associated factors. *Indian Journal of Community Health*, 24(2), 97-101.
- Ray, C., Suominen, S., & Roos, E. (2009). The role of parents' sense of coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10–11 in Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 1005-1009.
- Read, J. N. G., & Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual review of sociology*, 36(1), 371-386.
- Rey-López, J. P., Vicente-Rodríguez, G., Biosca, M., & Moreno, L. A. (2008). Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*, 18(3), 242-251.
- Ricciardi, A. C., López-Cancio, E., Pérez de la Ossa, N., Sobrino, T., Hernández-Pérez, M., Gomis, M., ... & Arenillas, J. F. (2014). Prestroke physical activity is associated with good functional outcome and arterial recanalization after stroke due to a large vessel occlusion. *Cerebrovascular Diseases*, 37(4), 304-311.
- Richmond, R. L., Wodak, A., Kehoe, L., & Heather, N. (1998). How healthy are the police? A survey of life-style factors. *Addiction*, 93(11), 1729-1737.
- Ricolfi, L. (1995). La ricerca empirica nelle scienze sociali: una tassonomia. *Rassegna italiana di sociologia*, 36(3), 389-418.
- Rimal, R. N., & Real, K. (2003). Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change: Use of the risk perception attitude (RPA) framework to understand health behaviors. *Human communication research*, 29(3), 370-399.
- Rinaldi A. e Zelli R. (2014) *Misurare il benessere. La sfida degli indicatori alternativi al Pil*, Roma, Donzelli Editore
- Ritchie, J., Spencer, L., & O'Connor, W. (2003). *Carers and Services: Mixed Methods Approach to Health and Social Care Policy Research*. Policy Studies Institute.
- Rode, P., Floater, G., Thomopoulos, N., Docherty, J., Schwinger, P., Mahendra, A., & Fang, W. (2017). *Accessibility in cities: transport and urban form* (pp. 239-273). Springer International Publishing.
- Rohner, R. P. (1977). Advantages of the comparative method of anthropology. *Behavior Science Research*, 12(2), 117-144.
- Rokeach, M. (1968). A Theory of Organization and Change Within Value-Attitude Systems1. *Journal of social issues*, 24(1).
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. Free Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Røpke, I. (2009). The role of consumption in global warming-an ecological economic perspective. *Anthology on Global warming*.
- Rosenberg M. (1968), *The Logic of Survey Analysis*, Basic Books, New York.

- Ross, A. C., Caballero, B., Cousins, R. J., & Tucker, K. L. (2020). *Modern nutrition in health and disease*. Jones & Bartlett Learning.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1995). The links between education and health. *American sociological review*, 719-745.
- Ross, C. E., Masters, R. K., & Hummer, R. A. (2012). Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*, 49, 1157-1183.
- Ryan R. M., & Deci E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166
- Rydin Y. (2012) *Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century*. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60435-8
- Sallis, J. F., Cerin, E., Conway, T. L., et al. (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: A cross-sectional study. *The Lancet*, 387(10034), 2207-2217.
- Sallis, J. F., Floyd, M. F., Rodríguez, D. A., & Saelens, B. E. (2016). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125(5), 729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
- Saltelli, A. (2007). Composite indicators between analysis and advocacy. *Social indicators research*, 81, 65-77
- Saltelli, A. (2008). *Global Sensitivity Analysis: the Primer*. John Wiley & Sons.
- Sannella A. (2019) *Sviluppo sostenibile e innovazione sociale per la promozione della salute*. In: Salute e società.
- Santana, P. (2017). *Atlas of population health in European Union regions*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Santos, L. (2022). The impact of nutrition and lifestyle modification on health. *European journal of internal medicine*, 97, 18-25.
- Sarti S. (2006) *La classe sociale, in buona salute*, In: "Polis, Ricerche e studi su società e politica, 3/2006, pp. 317-346. doi: 10.1424/23541
- Sarti, S. (2018). Le disuguaglianze sociali nella salute. Una riflessione sul ruolo della classe sociale. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 59(4), 665-692.
- Sassen, S. (2001). *The Global City: New York, London, Tokyo*. Princeton: Princeton University Press.
- Saukani, N., & Ismail, N. A. (2019). Identifying the components of social capital by categorical principal component analysis (CATPCA). *Social Indicators Research*, 141, 631-655.
- Scamuzzi S., 1996, *Misurare le società. Indicatori sociali di modernizzazione, benessere, disuguaglianza*, Torino, Il Segnalibro Editore
- Schipperijn, J., Bentsen, P., Troelsen, J., Toftager, M., & Stigsdotter, U. K. (2013). Associations between physical activity and characteristics of urban green space. *Urban forestry & urban greening*, 12(1), 109-116.
- Schwanen, T., & Mokhtarian, P. L. (2005). What affects commute mode choice: neighborhood physical structure or preferences toward neighborhoods?. *Journal of transport geography*, 13(1), 83-99.
- Schwartz, S. H. (1992). *Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries*. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Schwartz, S. H. (1992). *Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries*. In Zanna, M. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 25). Academic Press.
- Schwarzer, R. (2014, June). Health behavior change: Theoretical constructs, dynamic mechanisms, and clinical interventions. In *Psychology Serving Humanity: Proceedings of the 30th International Congress of Psychology* (pp. 140-154). Psychology Press.
- Secchi, B. (2011). La nuova questione urbana: ambiente, mobilità e disuguaglianze sociali. *Crios*, 1(1), 83-92.
- Secchi, B. (2013), *La città dei ricchi e la città dei poveri*. Bari: Laterza

- Seippel, Ø. (2019). Sports and gender in times of social change: An analysis of the gender gap in physical activity and sports participation. *International Review for the Sociology of Sport*, 54(1), 71-90.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Anchor Books.
- Sennett, R. (1996). *Flesh and stone: The body and the city in western civilization*. WW Norton & Company.
- Sennett, R. (2018). *Building and Dwelling: Ethics for the City*. Farrar, Straus and Giroux.
- Sepe, M. (2021). Covid-19 pandemic and public spaces: improving quality and flexibility for healthier places. *Urban Design International*, 26(2), 159-173.
- Settersten Jr, R. A., & Ray, B. (2010). What's going on with young people today? The long and twisting path to adulthood. *The future of children*, 19-41.
- Settersten, R. A., & Mayer, K. U. (1997). The Measurement of Age, Age Structuring, and the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261.
- Sharma, S., & Henriques, I. (2005). Stakeholder Influences on Sustainability Practices in the Canadian Forest Products Industry. *Strategic Management Journal*, 26(2), 159-180. <https://doi.org/10.1002/smj.439>
- Sheldon, E. B., & Moore, W. E. (1968). *Indicators of social change: Concepts and measurements*. Russell Sage Foundation.
- Sheller, M. (2014). The new mobilities paradigm for a live sociology. *Current sociology*, 62(6), 789-811.
- Sheller, M. (2018). Theorising mobility justice. *Tempo Social*, 30(2), 17-34.
- Sheller, M., & Urry, J. (2006). Introduction: Mobile cities, urban mobilities. In *Mobile technologies of the city* (pp. 9-26). Routledge.
- Shilling, C. (2012). *The Body and Social Theory*. SAGE.
- Simmel, G. (2021). *Le metropoli e la vita dello spirito*. Armando editore.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-441.
- Smith, A., Jones, B., & Roberts, C. (2015). Blood Tests: Preventive Health Measures for Adults. *Journal of Preventive Medicine*, 62(4), 243-249.
- Smith, G. D., & Brunner, E. (1997). Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. *Proceedings of the nutrition society*, 56(1A), 75-90.
- Smith, K. E., & Anderson, R. (2018). *Health Inequalities in Glasgow: Perspectives of Health Professionals and Communities*. *Journal of Public Health*, 30(4), 578-584.
- Smith, W. G. (2008). Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. Online submission.
- Smoyer-Tomic, K. E., Hewko, J. N., & Hodgson, M. J. (2004). Spatial accessibility and equity of playgrounds in Edmonton, Canada. *Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 48(3), 287-302.
- Sofaer, S. (2002). *Qualitative Methods in Health Research*. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 329-336.
- Soja, E. W. (2013). *Seeking spatial justice* (Vol. 16). U of Minnesota Press.
- Somogyi, R. A. P. (2006) *Sociologia ed etica del benessere*. Armando Editore.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Spaargaren, G. (2013). Food practices in transition. A. M. Loeber, & P. Oosterveer (Eds.). Routledge.
- Spini, D., & Manzi, C. (2009). Valori, benessere e salute. *Psicologia della salute*.
- Spitler, H. D. (2001). Medical sociology and public health: Problems and prospects for collaboration in the new millennium. *Sociological Spectrum*, 21(3), 247-263.
- St, L., & Wold, S. (1989). Analysis of variance (ANOVA). *Chemometrics and intelligent laboratory systems*, 6(4), 259-272.

- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Steg, L. (2005). Car use: lust and must. Instrumental, symbolic and affective motives for car use. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 39(2-3), 147-162.
- Steg, L., & Vlek, C. (2009). Encouraging Pro-environmental Behaviour: An Integrative Review and Research Agenda. *Journal of Environmental Psychology*, 29(3), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2008.10.004>
- Steg, L., Perlaviciute, G., & Van der Werff, E. (2015). Understanding the human dimensions of a sustainable energy transition. *Frontiers in Psychology*, 6, 805.
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A., Hutchinson, J., Cade, J. E., ... & Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830-1841.
- Stevenson, D. (2003). *Cities and urban cultures*. McGraw-Hill Education (UK).
- Stokols, D., Novaco, R. W., Stokols, J., & Campbell, J. (1978). Traffic congestion, environmental stress, and driver health. *Journal of Applied Psychology*, 63(5), 452.
- Strauss, J., & Thomas, D. (1998). Health, nutrition, and economic development. *Journal of economic literature*, 36(2), 766-817.
- Strauss, J., & Thomas, D. (1998). Health, nutrition, and economic development. *Journal of economic literature*, 36(2), 766-817.
- Struna, N. L. (2000). Social history and sport. *Handbook of sports studies*, 187-203.
- Stults-Kolehmainen, M. A., & Sinha, R. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine*, 44, 81-121.
- Sturm, R., & Cohen, D. (2014). Proximity to urban parks and mental health. *The journal of mental health policy and economics*, 17(1), 19.
- Sue, V. M., & Ritter, L. A. (2012). *Conducting Online Surveys* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Swan, E., Bouwman, L., Hiddink, G. J., Aarts, N., & Koelen, M. (2018). Individual, social-environmental, and physical-environmental factors that underlie sense of coherence in Dutch adults. *Global health promotion*, 25(1), 33-42.
- Talen, E. (1998). Visualizing fairness: Equity maps for planners. *Journal of the American planning Association*, 64(1), 22-38.
- Talen, E., & Anselin, L. (1998). Assessing spatial equity: an evaluation of measures of accessibility to public playgrounds. *Environment and planning A*, 30(4), 595-613.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Taylor, A. H. (2003). Physical activity, anxiety, and stress. *Physical activity and psychological well-being*, 22-52.
- Taylor, L., & Hochuli, D. F. (2017). Defining greenspace: Multiple uses across multiple disciplines. *Landscape and urban planning*, 158, 25-38.
- Tenenhaus, M., & Young, F. W. (1985). "An Analysis and Synthesis of Multiple Correspondence Analysis, Optimal Scaling, Dual Scaling, Homogeneity Analysis, and Other Methods for Quantifying Categorical Variables." *Psychometrika*, 50(1), 91-119.
- Thøgersen, J. (2006). Norms for environmentally responsible behaviour: An extended taxonomy. *Journal of Environmental Psychology*.
- Thomas, A. (2012). Urbanization before cities: lessons for social theory from the evolution of cities. *Journal of World-Systems Research*, 211-235.
- Tivadar, B., & Luthar, B. (2005). Food, ethics and aesthetics. *Appetite*, 44(2), 215-233.
- Trivers, R. L. (1971). The Evolution of Reciprocal Altruism. *The Quarterly Review of Biology*, 46(1), 35-57.
- Turner, B. S. (1995). Medical power and social knowledge.
- Twine, R. (2018). Materially constituting a sustainable food transition: The case of vegan eating practice. *Sociology*, 52(1), 166-181.

- Tzoulas, K., Korpela, K., Venn, S., Yli-Pelkonen, V., Kaźmierczak, A., Niemelä, J., & James, P. (2007). Promoting ecosystem and human health in urban areas using Green Infrastructure: A literature review. *Landscape and Urban Planning*, 81(3), 167-178.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *science*, 224(4647), 420-421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230.
- Urry, J. (2002). Mobility and proximity. *Sociology*, 36(2), 255-274.
- Urry, J. (2002). Mobility and proximity. *Sociology*, 36(2), 255-274.
- Urry, J. (2004). The 'system' of automobility. *Theory, culture & society*, 21(4-5), 25-39.
- Valle, G. (2008). La vita individuale: l'estetica sociologica di Georg Simmel.
- Vallerani, S. (2022). Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e Pnrr tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative. *Autonomie locali e servizi sociali*, 45(2), 255-272.
- Veblen, T. (1899). The theory of the leisure class. New York, NY: Macmillan.
- Veenhoven, R. (2001). Qualità della vita e felicità. *G de Girolamo y col*, 67-95.
- Vehovar, V., & Manfreda, K. L. (2008). Overview: Online Surveys. In N. Fielding, R. M. Lee, & G. Blank (Eds.), *The SAGE Handbook of Online Research Methods* (pp. 177-194). SAGE Publications.
- Vella, V., & Narajan, D. (2006). Building indices of social capital and its outcomes. *Electronic Journal of Sociology*.
- Ver Ploeg, M., Breneman, V., Dutko, P., Williams, R., & Snyder, S. (2012). Access to Affordable and Nutritious Food: Updated Estimates of Distance to Supermarkets Using 2010 Data. USDA Economic Research Service.
- Vicarelli G. (2013). *Cura e salute Prospettive sociologiche*. In: Studi Superiori (915), Carocci, Roma
- Vilhjalmsson, R., & Thorlindsson, T. (1998). Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Social science & medicine*, 47(5), 665-675.
- Vlahov D. and Galea S. (2002) *Urbanizzazione, urbanità e salute*. In: *J Salute urbana* 79, S1-S12, 2002. https://doi.org/10.1093/jurban/79.suppl_1.S1
- Wachs, M., & Kumagai, T. G. (1973). Physical accessibility as a social indicator. *Socio-Economic Planning Sciences*, 7(5), 437-456.
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552.
- Wankel, L. M., & Berger, B. G. (1990). The psychological and social benefits of sport and physical activity. *Journal of leisure research*, 22(2), 167-182.
- Ward, P., Coveney, J., & Henderson, J. (2010). A sociology of food and eating: Why now?. *Journal of Sociology*, 46(4), 347-351.
- Ware Jr, J. E., Brook, R. H., Davies, A. R., & Lohr, K. N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of public health*, 71(6), 620-625.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, N. (2012). Postmodernism and lifestyles. In *The Routledge companion to postmodernism* (pp. 62-72). Routledge.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Mohr Siebeck, 19.
- Weber, M. (1961). *Economia e società*, trad. it. *Comunità*, Milano.
- Weber, M. (2003). *Economia e società. La città* (Vol. 35). Donzelli editore.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151.
- White, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression

- relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- White, P. J., & Brown, P. (2010). Plant nutrition for sustainable development and global health. *Annals of botany*, 105(7), 1073-1080.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of advanced nursing*, 47(3), 311-320.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Income Inequality and Social Dysfunction*. British Medical Journal, 312(7037), 1727-1735.
- Wilkinson, R. G. (1999). Income Inequality, Social Cohesion, and Health: Clarifying the Theory – A Reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29(3), 525–543.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin Books.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2005) *Social Determinants of Health: the Solid Facts*, Copenhagen, World Health Organization.
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M., & Wyatt, S. B. (2015). Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Current obesity reports*, 4, 363-370.
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. *American journal of sociology*, 44(1), 1-24.
- Witten, K., Exeter, D., & Field, A. (2003). The quality of urban environments: mapping variation in access to community resources. *Urban studies*, 40(1), 161-177.
- Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 923-9.
- World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- World Health Organization. (1999). Healthy living: what is a healthy lifestyle? (No. EUR/ICP/LVNG 01 07 02). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation (Vol. 916). World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). WHO European action plan for food and nutrition policy 2007–2012. In WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012.
- World Health Organization. (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO.
- World Health Organization. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases.
- World Health Organization. (2018). *Taking action on childhood obesity* (No.WHO/NMH/PND/ECHO/18.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO European regional obesity report 2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. Noncommunicable Disease, & Mental Health Cluster. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. World Health Organization.
- Wrathall, J. (2014). Linking obesity and malnutrition: Two forms of nutritional stress in developing countries. *International Journal of Sociology*, 44(2), 63-86.
- Yates, F. (1934). Contingency Tables Involving Small Numbers and the χ^2 Test. Supplement to the *Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235. <https://doi.org/10.2307/2983604>

- Yigitcanlar T., & Lönnqvist A. *Benchmarking knowledge-based urban development performance: Results from the international comparison of Helsinki*. *Cities*, 31, 357-369. 2013.
- Zanjani, S., Tol, A., Mohebbi, B., Sadeghi, R., Jalyani, K. N., & Moradi, A. (2015). Determinants of healthy lifestyle and its related factors among elderly people. *Journal of education and health promotion*, 4(1), 103.
- Zhou, X., & Parves Rana, M. (2012). Social benefits of urban green space: A conceptual framework of valuation and accessibility measurements. *Management of Environmental Quality: An International Journal*, 23(2), 173-189.
- Zukin, S. (1998). Urban lifestyles: Diversity and standardisation in spaces of consumption. *Urban studies*, 35(5-6), 825-839.