

## Health and well-being education as basic element of the Sustainability Mindset

### L'educazione alla salute e al benessere come archetipo fondante dell'educazione alla sostenibilità

---

Vincenzo Amendolagine<sup>a,1</sup>

<sup>a</sup> *Università degli Studi di Bari Aldo Moro*, [vincenzo.amendolagine@uniba.it](mailto:vincenzo.amendolagine@uniba.it)

#### Abstract

---

For developing a sustainability mindset it is necessary go through an eco-sustainable individual and common concept of health, well-being and lifestyle. The aim of this article is to explain the links that exist between health, well-being, lifestyle and development of sustainability mindset. First, the constituent elements of well-being, mental health and mental disease will be analysed, then the health concept, pathology and determinants of health and the implications that they have in the source of the lifestyle. Finally, the strategies that can be used to change unhealthy lifestyles in the perspective of sustainability will be examined.

Keywords: health; well-being; lifestyles; sustainability.

#### Sintesi

---

Per sviluppare una mentalità orientata alla sostenibilità è necessaria un'azione formativa che passi attraverso una concezione ecosostenibile della salute, del benessere e dello stile di vita sia a livello individuale che collettivo. L'obiettivo di questo articolo è quello di esplicitare i raccordi che esistono fra salute, benessere, stile di vita e sviluppo della *sustainability mindset*. Sono dapprima analizzati gli elementi costitutivi del concetto di benessere, di salute mentale e di disturbo mentale, successivamente sono illustrati i costrutti di salute, patologia e determinanti di salute e le implicazioni che essi hanno nella genesi dello stile di vita. In ultimo, sono affrontate le strategie che possono essere utilizzate per cambiare gli stili vita meno salubri nell'ottica della sostenibilità.

Parole chiave: salute; benessere; stili di vita; sostenibilità.

---

<sup>1</sup> Vincenzo Amendolagine è docente a contratto presso l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

## 1. Il benessere

L'educazione alla salute deve divenire il paradigma euristico che sottende a qualsiasi programma educativo contemporaneo. La sostenibilità si declina secondo finalità di miglioramento del rapporto fra elementi antropici ed ecosistema e di implementazione ottimale della relazionalità, in ambito antropologico, con il proprio sé, inteso in senso olistico, come istanza che comprende la mente, il corpo e le condotte di vita. L'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (UN, 2015) individua gli obiettivi di sviluppo sostenibili, finalizzati a trasformare il futuro prossimo in una prospettiva di vita migliore per le nuove generazioni e per l'ecosistema. Fra i 17 obiettivi individuati, l'obiettivo tre è teso ad assicurare la salute e il benessere per tutti, individuando come azioni strategiche la prevenzione, il trattamento e la mortalità legati alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e la promozione del benessere e della salute mentale.

Relativamente al costrutto di benessere si possono fare alcune riflessioni. Il benessere nel corso della storia del pensiero occidentale è stato declinato in differenti morfologie semantiche, con alla base un archetipo costitutivo, ovvero che il benessere si struttura e si concretizza partendo dalla conoscenza di sé, delle proprie criticità e delle proprie potenzialità. In tal senso, la semantica primigenia di tale costrutto è stata quella di intenderlo come una condizione in cui ci sia una buona relazione con se stessi (mente-corpo) e, di conseguenza, con l'alterità nella contestualità di vita. Da questa prima significazione, nella costruzione semantica del benessere si sono contrapposte dapprima e successivamente sono giunte ad una sintesi organica due linee ideologiche ed esistenziali, ossia la prospettiva edonica e quella eudemonica. La prima ha concepito il benessere come sinonimo di piacere, la seconda come episteme della realizzazione di sé (Ryan & Deci, 2001). La sintesi organica fra le due polarità si è raggiunta nell'elencazione gerarchica degli indicatori soggettivi di benessere, che sono divenuti delle bussole in grado di dirigere e al contempo orientare la propria esistenza, oggettivando in categorie gnoseologiche la qualità della propria vita.

Gli indicatori soggettivi del benessere sono rappresentati dallo sviluppo del polo affettivo della vita, dalla soddisfazione per la propria quotidianità, dal raggiungimento degli obiettivi prefissati e dalla realizzazione di sé, intesa come sintonia fra aspirazione e concretizzazione (Lucas & Diener, 2008; Veneziani, 2015). Considerando questi indicatori di benessere come finalità, qualsiasi intervento formativo nei diversi ambiti della progettazione educativa deve dirigersi in questa direzione, dando, così, una prospettiva di senso ampio al suo intervento, orientato a reperire e a coltivare il benessere in una prospettiva di Long Life Learning, che ha come capisaldi concettuali, pedagogici e procedurali il sostenere lo sviluppo affettivo individuale, l'incrementare la lettura positiva di sé, del proprio vissuto esistenziale, dell'alterità e del proprio ecosistema e il favorire l'autorealizzazione, intesa come sintonia fra essere-dover essere-volesse essere.

Dal costrutto di benessere si possono inferire i paradigmi euristici della salute mentale. In ambito psicologico-psichiatrico la semantica di salute mentale e di benessere psichico si colloca sul versante di una fisiologia del sé, per cui il soggetto sperimenta una contestualità personale e sociale nella quale ritrova la soddisfazione dei propri bisogni, ha una qualità della vita positivamente orientata e vive con serenità la propria quotidianità (Fulcheri & Carrozino, 2017). In contrapposizione, il costrutto di disturbo mentale si sostanzia in una disfunzionalità psicopatologica e, in accordo con le concettualizzazioni delineate nel DSM-5 (APA, 2014), può essere inteso come una condizione nella quale si sperimenta la propria

disfunzionalità, che è fatta di una disregolazione della cognitività<sup>2</sup>, dell'emotività e delle condotte personali.

Alla costruzione della salute mentale concorrono fattori eziologici sia interiori, legati alla soggettività, e sia fattori esterni, derivanti dall'oggettività. Riguardo ai fattori esterni, l'Agenda 2030 pone fra i suoi obiettivi il superamento della povertà, in funzione delle ripercussioni che essa ha sulla salute, nello specifico sulla salute mentale, e sul benessere soggettivo percepito. La povertà è l'epifenomeno di una non equilibrata distribuzione delle risorse nei differenti contesti antropici (Adamkovič & Martončík, 2017) e, in accordo con la definizione dell'UN (1995), può essere intesa come uno stato nel quale ci sono: entrate economiche non sintoniche con i bisogni di vita, che inficiano la qualità di essa con una non soddisfazione dei bisogni primari; una condizione di salute scadente; la non partecipazione ai processi di scolarizzazione; il vivere in abitazioni non idonee; l'esclusione dal contesto sociale della propria territorialità geografica. La povertà ha i suoi riverberi sulla cognitività individuale: difatti, questa condizione esistenziale produce uno stress cognitivo cronico (Haushofer & Fehr, 2014) che riverbera negativamente sulle funzioni esecutive del soggetto, specificatamente sull'attenzione (Mani, Mullainathan, Shafir, & Zhao, 2013), sulla memoria di lavoro, sia nell'età evolutiva (Pavlakis, Noble, Pavlakis, Ali, & Frank, 2015; Rowe et al., 2016) che nell'adulità (Evans & Fuller-Rowell, 2013), e sulla capacità di autoregolazione (Hofmann, Vohs, & Baumeister, 2012). Ancora, la povertà cronica determina un abbassamento del tono dell'umore, elicitando i disturbi affettivi (Najman et al., 2010). In aggiunta, incrementa i disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, per cui il soggetto accede più frequentemente a condotte impulsive (Vohs, 2013).

## **2. Salute, patologia e determinanti di salute**

Attualmente il costrutto di salute oscilla fra due significazioni semantiche, che costituiscono le sue polarità concettuali e pragmatiche, ossia la concezione biomedica e la concezione biopsicosociale (Braibanti, Strappa, & Zunino, 2009). Nella sintesi a cui si è giunti, attraverso un'epistemologia di ricerca-azione, si è delineato un paradigma che esplicita la salute e la malattia come modalità dell'essere alle quali concorrono fattori biologici (genoma e fisiopatologia individuale), psicologici e sociali (Engel, 1977). In questa semantica la salute raggiunge una dimensionalità sistemica, che la ancora da un lato ad un'antropologia globale, il cui costituente è l'uomo, con la sua cognitività, socialità e condotte agite, e dall'altro lato all'ambiente di vita (Zani & Cicognani, 2000).

Nel corso degli ultimi anni il concetto di salute si è arricchito di due componenti, ossia la parte privata e la parte pubblica; infatti, essa è intesa come un bene individuale e sociale (Braibanti et al., 2009), in quanto al suo concorrere partecipano fattori ascrivibili alla dimensione individuale e fattori sociali e collettivi (politiche sanitarie dei singoli stati, ecosostenibilità ambientale, etc.). La componente privata si esplicita nello stile di vita personale, che può essere inteso come quell'insieme di condotte che caratterizza l'individuo nella sua quotidianità e che ha un peso rilevante sul senso di benessere, incidendo sulla percezione della qualità della vita. Esso è la risultante di decisioni che

---

<sup>2</sup> La cognitività indica l'insieme dei processi che avvengono nella mente, il cui risultato è la produzione di pensieri. La cognitività individuale comprende l'ideazione, la coscienza, la vigilanza, l'attenzione, la volontà, la memoria e l'intelligenza.

L'individuo assume riguardo all'alimentazione, al movimento e all'eventuale mantenimento di abitudini nocive. Il costrutto di salute, quindi, è un contenitore al riempimento del quale concorrono più fattori, che sono denominati determinanti di salute e che possono essere categorizzati nelle seguenti dimensioni: stili di vita individuali, fattori socioeconomici (scolarizzazione, condizioni lavorative, disoccupazione, tenore di vita, disparità di genere e di generazione, povertà, criminalità, condizioni abitative, etc.), accessibilità ai percorsi di cura (presenza nel proprio ambiente di vita di ambulatori e strutture sanitarie declinate alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie) e fattori ambientali (clima, ecosostenibilità, inquinamento ambientale, etc.) (Dahlgren & Whitehead, 1991). In quest'ottica, la salute appare come un paradigma ecologico-sistemico che porta con sé due archetipi, quali il suo essere ancorata alla modalità di vita di ciascun soggetto e il suo situarsi nella realtà ambientale. "L'approccio ecologico vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema (come la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani & Cicognani, 2000, p. 184).

Relativamente agli stili di vita, quelli che inficiano la salute e il benessere sono rappresentati prevalentemente dall'inattività fisica, dalle abitudini errate in campo alimentare e dalle dipendenze da sostanze (tabagismo e alcolismo). In ambito sanitario, appaiono oggi molto diffuse le Malattie Croniche Non Trasmissibili, quali le patologie cardiovascolari, il diabete, il sovrappeso, l'obesità, le patologie muscolo-scheletriche, i tumori e i disturbi psicosociali. La maggior parte di queste patologie, con i dovuti distinguo eziologici, in quanto per l'elicitazione di alcune di esse subentra una predisposizione familiare, è legata a stili di vita scorretti.

L'attività fisica ha riverberi positivi su tutte le fasce d'età: nell'età evolutiva favorisce un sano sviluppo psicofisico ed incrementa lo sviluppo cognitivo; nell'età adulta previene le Malattie Croniche Non Trasmissibili e accresce il senso di benessere, che costituisce un ottimo baluardo preventivo per le psicopatologie; nella senescenza rallenta la progressione delle malattie croniche eventualmente presenti, incrementa l'autosufficienza e migliora la qualità della vita (De Mei, Cadeddu, Luzi, & Spinelli, 2018). Il fumo da sigaretta rappresenta una delle maggiori cause di morte al mondo: infatti, è alla base circa di cinque milioni di decessi l'anno imputabili ai tumori, alle malattie cardiovascolari e alle gravi malattie polmonari (Gorini, Chellini, & Galeone, 2007). Il consumo eccessivo di alcol è correlato ad un incremento del rischio di ammalarsi di patologie gastroenteriche, tumorali, cardiovascolari e polmonari (Scafato, Gaudin, & Galuzzo, 2011). L'alimentazione razionale rappresenta un ottimo presidio per la prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili e laddove essa è improntata su regimi alimentari scorretti e sbilanciati (consumo eccessivo di grassi e di zuccheri semplici) diviene essa stessa fonte di patologia (WHO, 2006).

### **3. Il cambiamento negli stili di vita**

Gli stili di vita adottati sono quelli che possono fare la differenza nell'ambito del paradigma salutistico e determinare l'ottimale funzionamento di ogni soggetto. In questo senso, si può affermare, ricorrendo ad un'episteme funzionalista, che un individuo è in uno stato di salute nella misura in cui è in grado di compiere, fisicamente, mentalmente e socialmente, nel suo

ambiente di vita i compiti di sviluppo connessi alla fase del ciclo di vita (Braibanti et al., 2009).

Malgrado l'opinione pubblica sia edotta sui molteplici effetti negativi di stili di vita non corretti, il cambiamento delle proprie modalità comportamentali quotidiane non è affatto agevole, incontrando delle forti resistenze, che devono essere vinte attraverso strumenti psicologici e psicagogici di intervento, che hanno nella psicologia della salute e nella medicina comportamentale le basi epistemiche. La psicologia della salute, ricorrendo a strumentalità psicologiche, si pone l'obiettivo di promuovere e mantenere la salute (Matarazzo, 1980) e la medicina comportamentale "è il campo di studio interdisciplinare che si occupa dello sviluppo e dell'integrazione delle scienze e delle tecniche biomediche e comportamentali rilevanti per la salute e la malattia, nonché dell'applicazione di queste conoscenze e queste tecniche alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione" (Sanavio & Cornoldi, 2017, pp. 253-254).

Il cambiamento di stile di vita individuale richiama quelli che sono gli archetipi concettuali dell'ideologia salutistica che ogni persona matura riguardo alla propria salute. Alla costruzione di tali credenze epistemologiche concorrono fattori cognitivi, peculiarità personali e paradigmi comportamentali. In questa elaborazione viene a configurarsi ulteriormente il paradigma sistemico-ecologico della salute. In altri termini, la percezione della salute e, quindi, l'ideologia sulla salute che ogni individuo matura e che determina il suo stile di vita quotidiano deriva dagli apprendimenti compiuti nel corso della sua formazione, dai condizionamenti ricevuti dall'ambiente sociale e dall'organizzazione della contestualità quotidiana (abitudini di vita quotidiane, realtà lavorativa, condizioni economiche, ambiente fisico-geografico) (Marks, 1996).

Nell'ambito del concetto di salute che dirige il proprio stile di vita un ruolo fondamentale lo rivestono le credenze personali (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Drachman, 1977). Ogni persona ha delle credenze relative alla propria salute e alle eventuali malattie che si possono contrarre attraverso il proprio stile di vita. Tali idee hanno due principi fondanti che sono rappresentati dalla percezione della propria vulnerabilità psicofisica riguardo ad una determinata malattia (antecedenti familiari, suscettibilità genetica) e dalla sensazione di pericolosità e gravità di questa patologia (quanto essa sia incurabile e divenire eventualmente causa di mortalità). In questo modello esplicativo della gestione della propria salute e del proprio stile di vita rientrano, quindi, le convinzioni personali relative alla propria fisiologia, all'eventuale patologia e all'ideologia della quotidianità. La persona cambia stile di vita, abbandonando abitudini non salubri, nella misura in cui ritiene di essere a rischio di contrarre una malattia con le sue condotte e soprattutto che la patologia sia grave e essere sinonimo di morte. Affinché il singolo possa adottare le variazioni e, quindi, possa concretizzare una ristrutturazione del suo stile di vita, i benefici derivanti dal cambiamento devono essere maggiori rispetto ai sacrifici richiesti.

Altro modello che spiega il concetto di salute individuale e l'adozione di uno stile di vita salutare è rappresentato dalla teoria della motivazione a proteggersi (Rippetoe & Rogers, 1987). In questa concezione tre sono i fattori che concorrono a determinare le ristrutturazioni salutari: la percezione di gravità di un'eventuale patologia, la stima probabilistica della propria vulnerabilità soggettiva, la credenza nell'efficacia delle misure preventive adottate, che si sostanziano nella ristrutturazione dello stile di vita.

Un'ulteriore teoria che spiega il rapporto che l'individuo ha con la propria salute e, quindi, il calibrare il suo stile di vita su parametri salutari è rappresentata dalla teoria dell'azione ragionata (Fishbein & Ajzen, 1975). In questo modello interpretativo nella percezione della propria salute e di quanto le proprie abitudini di vita siano salutari o nocive subentra una

valutazione cognitiva che l'individuo fa delle informazioni che riceve dai differenti canali informativi, che costituiscono le fonti del suo sapere e dei suoi apprendimenti. Il soggetto cambia le idee sulla salute e le sostituisce con altre se ritiene che quanto gli è stato detto o ha letto sia credibile e probabile e egli abbia la propensione al cambiamento.

Cambiare le proprie idee riguardo alla salute, al proprio stile di vita e adottare condotte di modificazione delle proprie abitudini non è affatto agevole come dimostra il modello Trans-Teorico del Cambiamento (Prochaska & DiClemente, 1982). Nel processo di cambiamento esistono differenti stadi che si susseguono logicamente e temporalmente. Essi sono lo stadio della precontemplazione, lo stadio della contemplazione, lo stadio della preparazione, lo stadio dell'azione e lo stadio del mantenimento. Nello stadio della precontemplazione il soggetto può riconoscere, seppure teoricamente e come eventualità remota, che alcune sue abitudini nel campo della salute non siano le più idonee, ma non è interessato a considerare un eventuale cambiamento di esse. Nello stadio della contemplazione l'individuo diviene cosciente della relazione che esiste fra le sue abitudini di vita e il mantenimento della salute, in quanto episodicamente sperimenta la relazionalità che esiste fra le due variabili attraverso una patologia non grave, elicitata propria dall'associazione fra i due parametri (abitudini e salute). Nello stadio della preparazione la persona pensa realisticamente ad un processo di revisione delle sue abitudini nocive, diviene più cosciente di esse e percepisce con maggiore lucidità la relazione che lega stile di vita, salute e patologia. In questo stadio le informazioni salutari che arrivano al soggetto dalle differenti fonti mass-mediatiche hanno un'eco cognitiva e emotiva di notevole riverbero, lasciando una traccia mnestica cognitivamente più produttiva. Tutto questo elicitava la preparazione di un piano di cambiamento che il soggetto predispone attraverso due vincoli, che sono la razionalità e l'empiricità, ovvero la strategia da adottare deve essere ragionevole e praticabile nella contestualità quotidiana. Il soggetto mentalmente immagina le fasi del suo eventuale cambiamento e quali possano essere le condotte che prioritariamente devono essere cambiate, stabilendo in questo una gerarchia delle sue abitudini di vita più dannose finalizzata alla modificazione di esse. L'arco temporale durante il quale si estende la fase della preparazione è variabile e dipende dalla personalità del soggetto, dalla sua propensione all'innovazione e dal momento che sta attraversando nel suo ciclo di vita. Infatti, laddove ritiene che il periodo sia uno dei più critici per una serie ragioni (problemi lavorativi, affettivi, etc.) rinvia l'eventuale attuazione del piano. Nello stadio dell'azione la persona transita da una fase strategica ad una fase esecutiva, per cui cambia alcune sue abitudini di vita quotidiane e si impegna per un certo periodo a verificare la bontà delle sue scelte, anche se avverte la mancanza di alcune routine comportamentali che erano peculiari del suo stile di vita precedente. In questo stadio, a livello emozionale, la persona vive una serie di sensazioni emotive contrastanti, si va dall'entusiasmo fino allo scoraggiamento, quando percepisce il cambiamento particolarmente gravoso e doloroso. Lo stadio più delicato è il successivo, quello del mantenimento, nel quale l'individuo deve fare divenire il nuovo stile un'abitudine di vita e consolidarlo con condotte sempre più virtuose. In questa fase l'avere dei partner di riferimento, come, per esempio, altri soggetti che hanno deciso di cambiare le stesse abitudini di vita o un'assistenza medica e psicologica capillare e continua aiuta il soggetto a consolidare il suo processo di cambiamento e lo sostiene nella pratica quotidiana di esso.

#### 4. Conclusioni

Per sviluppare una mentalità orientata alla sostenibilità sono molto importanti i concetti di benessere, di salute e di stile di vita che ogni persona ha, che fanno parte della sua mappa cognitiva e che dirigono le sue condotte. Accompagnare gli individui verso uno stile di vita ecosostenibile, ovvero in grado di stabilire un equilibrio ecologico fra il proprio sé e la realtà di vita, deve diventare un obiettivo prioritario e strategico nella prassi quotidiana educativa.

Le campagne formative relative ai paradigmi di vita più salutari, che prevedono al contempo una gestione più razionale delle risorse ambientali, è la finalità che deve sottendere ogni intervento informativo-formativo nel campo dell'educazione alla salute. Affinché i messaggi possano essere recepiti è necessario supportare gli individui nel cambiamento, incentivando la compliance a pratiche di vita salutari ed ecosostenibili, attraverso l'invio di comunicazioni che siano scientificamente adeguate, comprensibili, sobrie e pertinenti (Grice, 1993). L'atto comunicativo deve elicitare la nascita sia di risonanze cognitive che emotive, cioè deve condurre sia verso nuove consapevolezze cognitive e sia verso emozioni positive per favorire il cambiamento. La promozione della salute, del benessere e di una progettualità di vita ecosostenibile passa attraverso l'acquisizione di abilità personali e competenze procedurali, che rendono gli individui capaci di fare scelte responsabili per sé e per le future generazioni. Questa finalità può essere perseguita con programmi mirati di educazione alla salute e al benessere che devono avere come luoghi privilegiati d'intervento la scuola, i contesti lavorativi e la comunità sociale allargata. Gli interventi formativi devono mutare le condotte individuali, attraverso la modifica della mappa concettuale, che comporta la revisione delle credenze, degli stereotipi e delle idee che le persone hanno relativamente alla salute. Al contempo è necessario implementare l'empowerment di ciascun individuo, in modo tale che possa essere in grado di fare, attraverso il potere personale acquisito, delle scelte di vita razionali ed emotivamente pregnanti, indirizzate a paradigmi salutistici che soddisfino i propri bisogni attuali e non compromettano quelli delle generazioni future. In ultimo, è necessario agire sui contesti più globali che riguardano i determinanti di salute che concorrono a creare uno stato di benessere generale. In conclusione, qualsiasi intervento formativo che si prefigga la promozione di stili di vita salutari e compatibili con la sostenibilità ambientale deve avere come costrutti centrali del paradigma procedurale: il raggiungimento di uno stato di benessere, inteso come valore universale per tutta l'umanità; una comunanza semantica, globale e concordata, di salute, benessere, patologia e stile di vita; l'indicazione di comportamenti salutari che abbiano valenza scientifica, ossia siano validati da evidenze empiriche forti, consolidate e controllate.

#### Riferimenti bibliografici

- Adamkovič, M., Martončík, M. (2017). *A Review of Consequences of Poverty on Economic Decision-Making: A Hypothesized Model of a Cognitive Mechanism*. *Front. Psychol.*, 8:1784. <http://dx.doi.org:10.3389/fpsyg.2017.01784> (ver. 15.07.2021).
- APA. American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM - 5* (trad. it.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J., Haefner, D., & Drachman, R. (1977). The health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal*

- of Health and Social Behavior*, 18(4), 348–366. <http://dx.doi.org/10.2307/2955344> (ver. 15.07.2021).
- Braibanti, P., Strappa, V., & Zumino, A. (2009). *Psicologia sociale e promozione della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Arbetsrapport 2007*(14), Institute for Futures Studies.
- De Mei, B., Cadeddu, C., Luzi, P., & Spinelli, A. (2018). (Eds). *Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 18/9).
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <http://dx.doi.org/10.126/science.847460> (ver. 15.07.2021).
- Evans, G. W., & Fuller-Rowell, T. E. (2013). Childhood poverty, chronic stress, and young adult working memory: the protective role of self-regulatory capacity. *Developmental Science*, 16, 688–696. <http://dx.doi.org/10.1111/desc.120> (ver. 15.07.2021).
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading-Mass: Addison-Wesley.
- Fulcheri, M., & Carrozzino, D. (2017). La clinica psicologica. In C. Bressi & G. Invernizzi (Eds.), *Manuale di psichiatria e psicologia clinica* (pp. 753-778). Milano: McGraw - Hill Education.
- Gorini, G., Chellini, E., & Galeone, D. (2007) What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Annals of Oncology*, 18(10), 1620–1622. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdm279> (ver. 15.07.2021).
- Grice, H. P. (1993). *Logica e conversazione. Saggi su intenzione, significato e comunicazione*. Bologna: il Mulino.
- Haushofer, J., & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344, 862–867. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1232491> (ver. 15.07.2021).
- Hofmann, W., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2012). What people desire, feel conflicted about, and try to resist in everyday life. *Psychological Science*, 23, 582–588. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797612437426> (ver. 15.07.2021).
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2008). Subjective well-being. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barret (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 471-484). New York, NY: The Guilford Press.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341, 976–980. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1238041> (ver. 15.07.2021).
- Marks, D. F. (1996). Health psychology in context. *Journal of Health Psychology*, 1(1), 7–21. <http://dx.doi.org/10.177/1359105396001001> (ver. 15.07.2021).

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817. <http://dx.doi.org/10.1037/0003066X.35.9.807> (ver. 15.07.2021).
- Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O’Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: A longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100, 1719–1723. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.180943> (ver. 15.07.2021).
- Pavlikis, A. E., Noble, K., Pavlikis, S. G., Ali, N., & Frank, Y. (2015). Brain imaging and electrophysiology biomarkers: is there a role in poverty and education outcome research? *Pediatric Neurology*, 52, 383–388. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2014.11.005.pdf> (ver. 15.07.2021).
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C., (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practise*, 19(3), 276–288. <http://dx.doi.org/10.1037/h088437> (ver. 15.07.2021).
- Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health treat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 596–604. <http://dx.doi.org/10.1037/00223514.52.3.596> (ver. 15.07.2021).
- Rowe, C., Gunier, R., Bradman, A., Harley, K. G., Kogut, K. & Parra, K. (2016). Residential proximity to organophosphate and carbamate pesticide use during pregnancy, poverty during childhood, and cognitive functioning in 10-year-old children. *Environ. Res.*, 150, 128–137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2016.05.048> (ver. 15.07.2021).
- 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. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141> (ver. 15.07.2021).
- Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2017). *Psicologia Clinica*. Bologna: il Mulino.
- Scafato, E., Gandin, C., & Galluzzo, L. (Eds). (2011). *Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell’Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull’impatto dell’uso e abuso di alcol ai fini dell’implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 11/4).
- UN. United Nations (1995). *The Copenhagen Declaration and Programme of Action. World Summit for Social Development*, 6-12 March 1995. New York, NY: United Nations.
- UN. United Nations - Assemblea Generale (2015). *Trasformare il mondo: l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*. A/RES/70/1 - 21 Ottobre 2015. <https://unric.org/it/agenda-2030/> (ver. 15.07.2021).
- Veneziani, C. A. (2015). *Consapevolezza, accettazione e comprensione di sé. Associazioni con il benessere individuale e l’apertura prosociale*. Tesi di Dottorato, XXVII Ciclo, Università degli Studi di Padova.

[http://paduaresearch.cab.unipd.it/7685/1/Veneziani\\_Chiera\\_Annunciata\\_Tesi.pdf](http://paduaresearch.cab.unipd.it/7685/1/Veneziani_Chiera_Annunciata_Tesi.pdf)  
(ver. 15.07.2021).

Vohs, K. D. (2013). The Poor's poor mental power. *Science*, 341, 969–970.  
<http://dx.doi.org/10.1126/science.1244172> (ver. 15.07.2021).

WHO. World Health Organization (2006). *European Charter on counteracting obesity*.  
[www.euro.who.int/document/e89567](http://www.euro.who.int/document/e89567) (ver. 15.07.2021).

Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: il Mulino.