



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata
FISSPA**

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Elaborato finale

L'aderenza alla dieta mediterranea da parte degli studenti universitari.
Un'applicazione della teoria del comportamento pianificato estesa con il
comportamento passato

Adherence to the Mediterranean Diet in university students.
An application of the Theory of Planned Behaviour extended to past behavior

Relatore:
Prof.ssa Luigina Canova

Laureando:
Alessandro Barca
Matricola: 2016079

Anno Accademico: 2022/2023

INDICE

INDICE	3
Introduzione	4
CAPITOLO 1 LA TEORIA DEL COMPORTAMENTO PIANIFICATO	7
1.1 I modelli dell'azione ragionata	7
1.2 La Teoria del Comportamento Pianificato	8
1.3 Il ruolo del comportamento passato nella TPB	10
1.4 Applicazione della TPB allo studio dei comportamenti alimentari.....	11
CAPITOLO 2 LA RICERCA	14
2.1 Gli obiettivi.....	14
2.2 La procedura	14
2.3 Le misure	15
2.4 I partecipanti	18
CAPITOLO 3 I RISULTATI	19
3.1 Attendibilità e statistiche descrittive delle misure della TPB estesa	19
3.2 Statistiche descrittive del comportamento passato	21
3.3 Statistiche descrittive del comportamento al T2.....	24
3.4 Correlazioni tra i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato	26
3.5 Correlazioni tra i costrutti della TPB estesa, genere e l'indice di massa corporea.....	28
3.6 Verifica della TPB estesa con il comportamento passato.....	29
CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA	36

Introduzione

Il modello tradizionale della dieta mediterranea è un regime alimentare adottato dalle persone che abitano nei paesi situati lungo il bacino del Mar Mediterraneo ed è alla base delle abitudini alimentari seguite da queste popolazioni nel corso del XX secolo, originariamente influenzate da modelli agricoli e rurali tipici di queste aree (Bach-Faig et al., 2011). Viste le implicazioni storiche e antropologiche che la caratterizzano, l'UNESCO l'ha inclusa nella lista dei patrimoni culturali immateriali dell'umanità di molti paesi, come Italia, Marocco, Spagna e Grecia, a cui si sono aggiunti più recentemente Cipro, Croazia e Portogallo (Unesco, 2010; 2013).

Il *Seven Countries Study*, uno studio epidemiologico condotto negli anni '50 del secolo scorso su varie popolazioni del mondo, aveva lo scopo di confrontare le tradizioni alimentari, gli stili di vita e l'incidenza di malattie cardiovascolari molto lontane tra loro (Menotti e Puddu, 2014). Da tale studio, sono emerse per la prima volta le abitudini e le scelte alimentari che caratterizzano l'area mediterranea (Keys et al., 1986). Dal punto di vista nutrizionale, infatti, il modello alimentare della dieta mediterranea è caratterizzato da un alto consumo di alimenti di origine vegetale (ad esempio, frutta, verdura, legumi e cereali) e da un moderato consumo di latte e latticini, pesce, pollame, uova e vino. Il consumo di carni rosse e lavorate, nonché di grassi saturi (come il burro) è limitato, e si predilige invece il consumo di grassi monoinsaturi, come l'olio d'oliva (Bach-Faig et al., 2011; Zaragoza-Martí et al., 2018).

Questo modello è divenuto popolare a partire dagli anni '90, grazie all'utilizzo della rappresentazione piramidale (figura 1) che evidenzia graficamente i gruppi di alimenti da consumare giornalmente, settimanalmente o meno frequentemente (Willett et al., 1995).

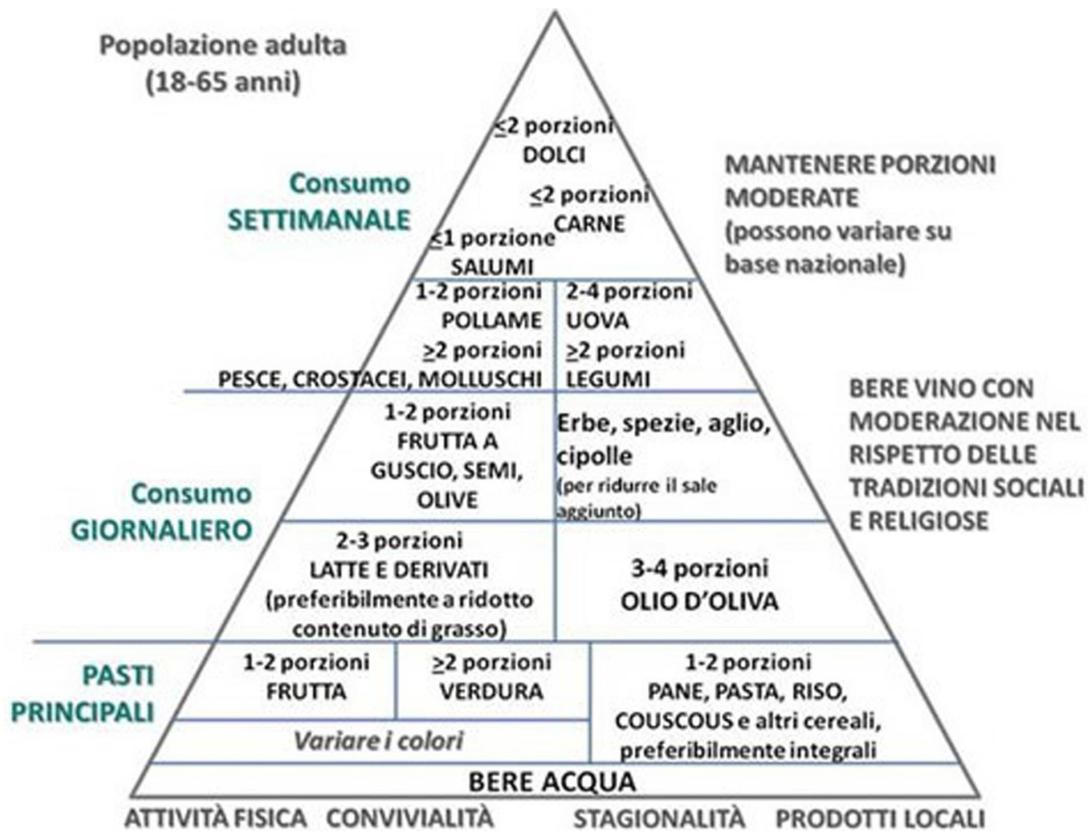


Figura 1 La piramide alimentare della dieta mediterranea

La rappresentazione grafica piramidale si può descrivere come segue: alla base, si trovano gli alimenti che dovrebbero sostenere la dieta e fornire il maggior apporto energetico, come gli alimenti di origine vegetale, in quanto principale fonte di nutrienti, di fibre e di sostanze indispensabili per il benessere generale, per la sazietà e per il mantenimento di un regime alimentare equilibrato, e sono da consumare quindi giornalmente e con alta frequenza. Ai livelli più alti della piramide, invece, si trovano gli alimenti da consumare in quantità moderate (settimanalmente e/o occasionalmente), come quelli di origine animale e/o ricchi di zuccheri e grassi. Una composizione equilibrata dei pasti principali dovrebbe includere quindi: frutta, verdura e cereali, integrati con altri alimenti di origine vegetale, latticini e fonti proteiche.

L'adesione alla dieta mediterranea è associata a numerosi benefici salutari, socio-culturali, economici e ambientali (Abdullah et al., 2015; Martini, 2019; Phull et al., 2015; Trajkovska et al., 2021), che la rendono uno dei modelli alimentari più sani e sostenibili (Serra-Majem et al., 2020). Per questi motivi, la dieta mediterranea può essere considerata una vera e propria filosofia di vita che include anche aspetti culturali, come la convivialità e la cucina,

l'importanza di svolgere attività fisica regolare e la preferenza per cibi che esprimono la tradizione e la cultura del luogo dove sono prodotti (Bach-Faig et al., 2011).

L'adesione alla dieta mediterranea comporta inoltre un minor tasso di mortalità per malattie cardiovascolari e neoplastiche (Widmer et al., 2015) e, oltre agli effetti sulla salute, ulteriori vantaggi includono il basso impatto ambientale, la biodiversità dei prodotti consumati, l'alto valore socio-culturale degli alimenti e il sostegno all'economia locale (Dernini et al., 2017). Seguire un regime alimentare basato sulla dieta mediterranea, infatti, implica l'acquisto e il consumo di prodotti locali e stagionali, e in questo modo si rispetterebbero i criteri di sostenibilità (Bonofiglio, 2022).

Tuttavia, nonostante questi benefici, negli ultimi anni, in Italia si è assistito a un progressivo abbandono di questa dieta a favore di abitudini alimentari meno sane (Ministero della Salute, 2020), e questo ha reso necessario comprendere quali fattori psicologici sono alla base della scelta di aderirvi e la progettazione di interventi volti a favorirne la diffusione. In Italia, la dieta mediterranea risulta in questo momento storico poco diffusa, soprattutto nelle fasce di età più giovani (La Fauci et al., 2020), principalmente a causa della crescente disponibilità di alimenti ricchi di calorie, zuccheri e grassi saturi (Caso et al., 2020), che hanno determinato significativi cambiamenti nei modelli alimentari quotidiani. Com'è noto, il consumo abituale di cibi non salutari può comportare aumento di peso e conseguenti fenomeni di obesità (Laitinen et al., 2002), che a loro volta incidono sullo sviluppo di malattie croniche, come problemi cardiovascolari e diabete (Serlachius et al., 2007). Poche ricerche si focalizzano sulla promozione e sull'adozione di un regime sano nella sua interezza, come quello della dieta mediterranea.

Nel primo capitolo del presente elaborato, si tratteranno i modelli teorici di riferimento per la ricerca presentata, che ha l'obiettivo di individuare i predittori psico-sociali relativi all'aderenza alla dieta mediterranea, applicando la Teoria del comportamento pianificato estesa con il comportamento passato. Nel secondo capitolo, sarà presentata la ricerca svolta su un gruppo di studenti universitari italiani. Nel terzo capitolo, si presenteranno i risultati della ricerca, si trarranno le conclusioni e si discuteranno i risultati sulla linea delle precedenti ricerche che considerano lo stesso modello teorico di riferimento.

CAPITOLO 1

LA TEORIA DEL COMPORTAMENTO PIANIFICATO

1.1 I modelli dell'azione ragionata

La Teoria dell'azione ragionata (*Theory of Reasoned Action*, TRA; Ajzen e Fishbein, 1980) e la Teoria del comportamento pianificato (*Theory of Planned Behavior*, TPB; Ajzen, 1991) rientrano nell'approccio ragionato alla spiegazione e alla previsione del comportamento sociale, secondo cui gli atteggiamenti influenzano il comportamento tramite la formazione di intenzioni; gli atteggiamenti prevedono quindi i comportamenti attraverso un processo ragionato e consapevole. Questi modelli teorici sono stati proposti con l'obiettivo di spiegare il legame esistente tra l'atteggiamento e il comportamento, una questione a cui molti studiosi di Psicologia sociale hanno cercato di dare risposta nel corso degli ultimi cinquant'anni.

Le prime riflessioni teoriche ed empiriche al riguardo sono riconducibili a LaPiere, sociologo statunitense che nel 1934, a seguito di uno studio che aveva l'obiettivo di indagare il pregiudizio degli statunitensi verso gli immigrati di origine cinese, aveva concluso che atteggiamenti e comportamenti non erano in relazione tra loro (LaPiere, 1934).

Ajzen e Fishbein (1977) sostengono che le basse correlazioni tra i due costrutti (atteggiamento e comportamento) sono dovute al modo in cui i due costrutti sono stati rilevati, e questo limite si può superare impiegando il principio di compatibilità. Ajzen e Fishbein (1977), dunque, affermano che il modo in cui i due costrutti (ossia atteggiamento e comportamento) sono misurati e concettualizzati può spiegare l'entità della relazione tra i costrutti stessi. Secondo il principio di compatibilità, è necessario fare attenzione quando si specificano le misure dei costrutti a quattro elementi (TACT) che compongono gli indicatori, ossia il target (l'oggetto verso cui l'azione è diretta), l'azione (il comportamento osservabile), il contesto (l'ambiente sociale in cui l'attore esegue l'azione) e il tempo (durata e momento in cui l'attore esegue l'azione). Se si vuole prevedere un comportamento specifico, si deve rilevare l'atteggiamento del rispondente verso questo specifico comportamento, non l'atteggiamento generale nei confronti del comportamento. Pertanto, se due costrutti sono misurati considerando lo stesso livello di generalità o specificità rispetto ai TACT, si può trovare tra essi alta corrispondenza. Nel 1980, Ajzen e Fishbein propongono la Teoria dell'azione ragionata (TRA), secondo cui l'intenzione comportamentale, intesa come la motivazione dell'individuo ad agire, è determinata dall'atteggiamento verso il comportamento e dalla norma soggettiva. Per gli

autori, l'atteggiamento verso il comportamento è una valutazione globale favorevole o sfavorevole del comportamento stesso, mentre la norma soggettiva rappresenta la percezione della pressione sociale esercitata da altri a eseguire o meno un dato comportamento; essa si può ulteriormente definire come la percezione delle aspettative possedute da persone ritenute importanti per l'individuo (come gli altri significativi o referenti sociali importanti) relativamente al fatto che la persona esegua o meno un dato comportamento.

La TRA è stata sviluppata per prevedere comportamenti volitivi o volontari, ossia comportamenti su cui l'agente può esercitare controllo completo e che può facilmente eseguire, se ha volontà di farlo. Tuttavia, non è in grado di prevedere l'esecuzione di azioni che dipendono dall'esistenza di opportunità o dal possesso di risorse e requisiti adeguati. Sono esclusi anche i comportamenti che vengono eseguiti indipendentemente dagli atteggiamenti, poiché abitudinari ed esclusi dal controllo volitivo. Secondo la teoria, più forte sarà l'intenzione di mettere in atto un comportamento, più probabile sarà la sua effettiva esecuzione.

1.2 La Teoria del Comportamento Pianificato

La TPB (Ajzen, 1991; figura 2) rappresenta un'estensione dell'applicabilità della TRA superandone i limiti che l'hanno caratterizzata. In particolare, la TPB prende in esame i comportamenti che non sono sotto il controllo completo dell'individuo e considera, oltre alle variabili della TRA, anche una misura della percezione del controllo (*Perceived Behavioral Control*, PBC) che può essere esercitato sul comportamento da parte dell'individuo. Il controllo comportamentale percepito è la percezione del livello di controllo che si ritiene di avere sull'esecuzione di un dato comportamento, definito anche come la percezione dell'individuo relativa alla facilità o alla difficoltà dell'esecuzione di un dato comportamento. Questo costrutto riflette l'esperienza passata relativa agli ostacoli, agli impedimenti e ai fattori facilitanti che si sono incontrati quando si è messo in atto un determinato comportamento nel passato (Ajzen, 1991). In base al livello di controllo che si ritiene di avere sull'esecuzione di un'azione, tale azione sarà percepita dall'individuo come facile o difficile da eseguire (Ajzen, 1991). L'effetto del controllo comportamentale percepito sul comportamento può essere mediato dall'intenzione, che rappresenta l'antecedente immediato del comportamento. Se un individuo percepisce di avere poco controllo su un comportamento, sarà scarsamente intenzionato a realizzarlo. Pertanto, un individuo sarà intenzionato a mettere in atto un

comportamento se lo valuta positivamente, se percepisce pressione sociale a realizzarlo, e se crede che sia facilmente realizzabile (Ajzen, 1991). L'effetto diretto del controllo comportamentale percepito sul comportamento (come si evince dalla figura 2) si fonda sull'assunzione che la realizzazione di un comportamento dipende non solo dall'intenzione, ma anche da quanto il comportamento è considerato sotto il controllo dell'individuo.

Il controllo comportamentale percepito è simile al concetto di *self-efficacy* (Bandura, 1986), che è stata definita come la convinzione da parte dell'individuo di avere la capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario per gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno e per raggiungere così i risultati prefissati. Secondo Fishbein e Ajzen (2010), *self-efficacy* e controllo comportamentale percepito sono due aspetti inscindibili della percezione soggettiva di controllo, intesa come il grado con cui le persone credono di avere controllo. La TPB ha avuto dunque il merito di inserire il costrutto di *self-efficacy* e del controllo comportamentale percepito all'interno della struttura più generale delle relazioni tra credenze, atteggiamento, intenzione e comportamento (Fishbein e Ajzen, 2010).

L'aggiunta del controllo comportamentale percepito migliora considerevolmente il potere predittivo della TRA, soprattutto quando si considerano comportamenti non pienamente sotto il controllo dell'individuo (Ajzen e Madden, 1986; 1988; Ajzen, 1991).

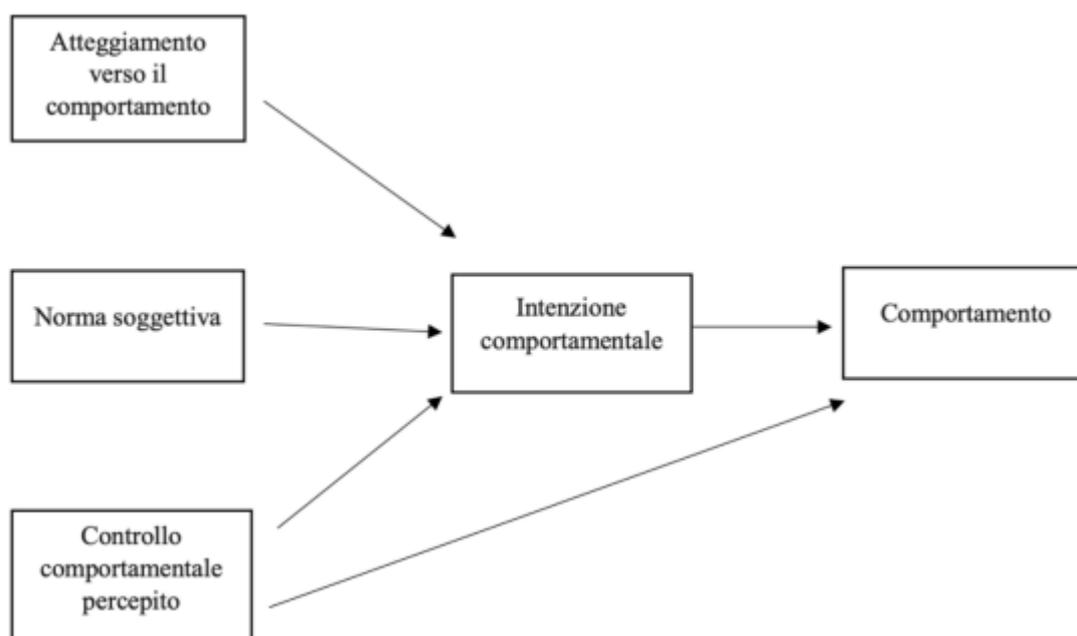


Figura 2 Teoria del Comportamento Pianificato

1.3 Il ruolo del comportamento passato nella TPB

Per aumentare ulteriormente il potere predittivo della TPB, questa è stata estesa aggiungendo il costrutto di comportamento passato. In letteratura, si è discusso sul fatto che la ripetuta esecuzione di un comportamento trasformi il comportamento stesso in un processo automatico e abituale: ripetendo più volte un pattern comportamentale, infatti, questo può diventare un'abitudine e influenzare le azioni future, e quando un comportamento diventa abitudinario, viene meno l'influenza di stimoli esterni, dell'intenzione e della percezione di controllo sul comportamento. Alcuni studi hanno mostrato che il comportamento passato generalmente ha effetti sul comportamento futuro, soprattutto quando il comportamento tende ad avere un'elevata stabilità temporale (Hagger et al., 2018). In particolare, la meta-analisi condotta da Hagger et al. (2018) aveva lo scopo di estendere i modelli dell'azione ragionata includendo il comportamento passato come ulteriore costrutto.

Secondo la meta-analisi Hagger et al. (2018), l'inclusione del comportamento passato come predittore del comportamento, insieme ai costrutti della TPB, ha quattro effetti: in primo luogo, il comportamento passato prevede il comportamento; in secondo luogo, il comportamento passato prevede variabili quali l'atteggiamento, la norma soggettiva e l'intenzione; in terzo luogo, il comportamento passato attenua gli effetti delle altre variabili sulle intenzioni e sul comportamento; e infine, il comportamento passato porta a un aumento significativo della quota di varianza del comportamento spiegata grazie alla TPB (Ajzen, 2002; Brown et al., 2018; Hagger et al., 2002; Hamilton et al., 2017; Norman e Cooper, 2011; Protogerou et al., 2018).

Alcuni autori (Dombrowski e Luszczynska, 2009; Hamilton et al., 2017; Wood et al., 2014) hanno suggerito che gli effetti diretti del comportamento passato sul comportamento nei modelli socio-cognitivi come la TPB riflettono processi che avvengono al di fuori della consapevolezza di un individuo. Il comportamento passato può dunque influenzare diversi tipi di processi non consapevoli. L'inclusione del comportamento passato come predittore dell'intenzione e del comportamento nella TPB può, quindi, fornire indicazioni sul fatto che il comportamento sia generato da processi non consapevoli o consapevoli (Hagger et al., 2018).

La meta-analisi di Hagger et al. (2018) ha mostrato che gli effetti delle intenzioni sul comportamento tendono ad essere più deboli quando il comportamento passato è incluso nel modello. Come detto in precedenza, al crescere della frequenza con cui si mette in atto un

dato comportamento, si formano negli individui delle abitudini, e dunque il ruolo dell'intenzione nella previsione del comportamento può diminuire. I risultati ottenuti da Hagger et al. (2018) sono coerenti con le spiegazioni che le teorie dei processi duali offrono: secondo queste teorie, vi sarebbe un percorso che porta alla messa in atto dell'azione ragionato, modellato dagli effetti dei costrutti basati sulle credenze e mediati dall'intenzione, e un percorso abituale, non consapevole, rappresentato dagli effetti del comportamento passato sul comportamento futuro (Hagger, 2016; Sheeran et al., 2013; Strack e Deutsch, 2004).

In sintesi, considerare il comportamento passato all'interno delle teorie socio-cognitive come la TPB può fornire informazioni utili nella misura in cui il comportamento è generato a partire da processi ragionati e non consapevoli (Hagger et al., 2018). L'inserimento del comportamento passato nei modelli come la TPB permette, inoltre, di valutare l'efficacia di tale modello nello spiegare e prevedere diversi tipi di comportamento.

1.4 Applicazione della TPB allo studio dei comportamenti alimentari

Negli ultimi venti anni, numerosi studi nell'ambito della Psicologia sociale hanno indagato le possibili determinanti di scelte alimentari sane, sottolineando il ruolo chiave di variabili quali gli atteggiamenti, le credenze, la norma soggettiva, il controllo comportamentale percepito, l'intenzione e il comportamento passato (Conner et al., 2002; McClain et al., 2009; Munt et al., 2017).

Tuttavia, in molti casi le ricerche condotte in questo ambito hanno esplorato esclusivamente i fattori coinvolti nella scelta di consumare (o evitare) categorie di alimenti molto specifiche, come frutta e verdura (Caso et al., 2016; Guillaumie et al., 2010), carni rosse e lavorate (Carfora et al., 2020; Gaspar et al., 2016), e snack o cibi ricchi di zuccheri e di grassi, i cosiddetti "cibi spazzatura" (Caso et al., 2020; Vichayanrat et al., 2018). I benefici per la salute a lungo termine non derivano solo dal consumo mirato o dall'evitamento di particolari alimenti, ma dall'adesione a una dieta completa ed equilibrata, come quella mediterranea, che somma abitudini alimentari più specifiche (Mari et al., 2007). Quest'ultima, pur essendo caratterizzata da un'elevata flessibilità nella scelta degli alimenti (Martínez-González et al., 2017), richiede l'assunzione regolare di pasti nutrizionalmente equilibrati e la loro

distribuzione nell'arco della giornata (colazione, merenda, pranzo e cena) e nell'arco della settimana secondo norme specifiche (Ministero della Salute, 2020).

La TPB è stata efficacemente applicata alla previsione di diversi comportamenti alimentari salutari (come il consumo di frutta e verdura; Blanchard et al., 2009; Canova et al., 2020; Canova e Manganelli, 2016; Caso et al., 2016; Kothe e Mullan, 2015), e non salutari (come l'assunzione di cibi spazzatura; Dunn et al., 2011; Mirkarimi et al., 2016; Mougkridou e Protogerou, 2014; Sharifirad et al., 2013).

In particolare, mentre la maggior parte di questi studi si concentra sulla spiegazione dell'intenzione, piuttosto che del comportamento, studi longitudinali (Chitsaz et al., 2017; Conner et al., 2002) e basati su interventi (Capasso et al., 2020; Gratton et al., 2007) hanno ulteriormente mostrato la capacità predittiva della TPB e l'efficacia della sua applicazione nel caso dell'attuazione di interventi volti a promuovere abitudini alimentari sane. Le ricerche sugli antecedenti che spiegano le scelte alimentari salutari si sono principalmente focalizzate sulle componenti razionali di questa decisione, come l'atteggiamento, il controllo comportamentale percepito o la *self-efficacy* (McDermott et al., 2015; Riebl et al., 2015). Nell'ambito degli studi sui comportamenti alimentari, diverse meta-analisi hanno confermato che la TPB è un modello teorico solido in grado di prevedere e spiegare le intenzioni relative alla scelte alimentari (Nardi et al., 2019), nonché l'intenzione di seguire un modello alimentare sano (McDermott et al., 2015). Tuttavia, solo pochi studi hanno esplorato e confermato il potere predittivo della TPB relativamente all'adesione alla dieta mediterranea (Mari et al., 2007; Scannell et al., 2020).

In questi studi, il controllo comportamentale percepito sembra essere il predittore più forte dell'intenzione di aderire alla dieta mediterranea, seguito dall'atteggiamento nei confronti della dieta. La norma soggettiva ha invece il ruolo minore nel prevedere l'intenzione comportamentale (McDermott et al., 2015). Questi risultati sembrano essere in linea con quelli di uno studio condotto da Carfora et al. (2022) volto a indagare gli antecedenti psicosociali che possono influenzare l'adesione alla dieta mediterranea. Da tale studio è emerso che il controllo comportamentale percepito è il predittore più importante dell'intenzione di aderire alla dieta mediterranea. Questo risultato suggerisce che le persone intendono aderire alla dieta mediterranea se percepiscono tale comportamento come possibile e di facile esecuzione, oltre che sotto il proprio controllo.

Anche gli antecedenti di natura emotiva possono svolgere un ruolo rilevante nell'orientare le abitudini alimentari delle persone. Le emozioni sono elementi cruciali nel processo

decisionale, in quanto influenzano l'elaborazione delle informazioni, le risposte agli stimoli persuasivi, la definizione degli obiettivi e l'attuazione del comportamento finalizzato (Bagozzi et al., 1999). In particolare, le emozioni anticipate hanno suscitato notevole interesse dato il loro forte potere predittivo rispetto al processo decisionale. Possono essere definite come le reazioni emotive positive o negative suscitate dall'anticipazione delle conseguenze del mettere in atto o meno un determinato comportamento (Rivis et al., 2009). Alcuni ricercatori hanno incluso le emozioni anticipate nel modello della TPB, ma finora solo pochi studi hanno incluso le emozioni anticipate nei modelli teorici volti a spiegare la scelta alimentare (Carfora et al., 2017; Carfora et al., 2019; De Pelsmaeker et al., 2017). Lo studio di Carfora et al. (2022) mostra infatti che le emozioni anticipate, positive e negative, sono antecedenti importanti dell'intenzione e che le emozioni anticipate positive hanno un impatto più forte, rispetto a quelle negative, sull'intenzione di aderire alla dieta mediterranea.

Per quanto riguarda gli antecedenti motivazionali, che includono motivi relativi alla salute e agli stati umorali, lo studio di Carfora et al. (2022) ha mostrato che le motivazioni influenzano le emozioni anticipate positive e negative e hanno un effetto indiretto sull'intenzione di aderire alla dieta mediterranea. Questi risultati sottolineano che gli individui intendono aderire alla dieta mediterranea per sperimentare future emozioni positive ed evitare emozioni negative, piuttosto che per ottenere vantaggi dall'adesione.

Lo studio di Carfora et al. (2022) ha quindi confermato l'importanza di integrare fattori cognitivi, sociali, emotivi e motivazionali per spiegare l'intenzione di aderire alla dieta mediterranea.

CAPITOLO 2

LA RICERCA

2.1 Gli obiettivi

La ricerca si propone di testare la TPB (Ajzen, 1991), estesa con un ulteriore predittore non presente nel modello originale, ossia il comportamento passato, considerando uno specifico comportamento alimentare sano: l'aderenza alla dieta mediterranea nelle prossime due settimane da parte degli studenti universitari. Nel modello ipotizzato, si considereranno due dimensioni dell'atteggiamento: l'atteggiamento affettivo (componente che comprende le emozioni e i sentimenti suscitati dal comportamento) e l'atteggiamento cognitivo (componente che si definisce come le conseguenze attese, i benefici o i costi relativi al mettere in atto un determinato comportamento) e un'ulteriore componente della norma soggettiva, ossia la norma descrittiva (ciò che gli altri sono percepiti fare rispetto al comportamento). Ci si propone dunque di testare un modello della TPB che considera l'atteggiamento affettivo e cognitivo, la norma soggettiva ingiuntiva e descrittiva come predittori dell'intenzione; inoltre, il controllo comportamentale percepito e il comportamento passato prevederanno sia l'intenzione che il comportamento di studenti universitari italiani.

2.2 La procedura

A marzo 2022, 511 studenti universitari iscritti a vari atenei italiani sono stati invitati a partecipare a uno studio sperimentale con l'obiettivo di indagare i fattori psicologici che possono influenzare l'adesione alla dieta mediterranea. Per poter partecipare a questo studio, i partecipanti dovevano essere maggiorenni. Agli studenti è stato chiesto di compilare personalmente due questionari online, creati tramite la piattaforma Qualtrics e di rispondere in modo sincero, indicando la propria opinione personale. È stato garantito quindi l'anonimato delle risposte e la confidenzialità delle informazioni raccolte.

Dopo aver fornito il proprio consenso informato, i partecipanti contattati hanno compilato in maniera anonima un primo questionario (T1) e due settimane dopo un secondo questionario

(T2). Solo coloro che hanno completato entrambi i questionari sono stati considerati nelle analisi dei dati.

Alla fine del primo e all'inizio del secondo questionario, per facilitare la raccolta dei dati, è stato chiesto di creare un codice identificativo, inserendo le prime tre lettere del cognome della madre, le prime tre lettere del nome del padre e infine il numero corrispondente al giorno di nascita.

2.3 Le misure

Per quanto riguarda i costrutti indagati, gli item sono stati predisposti in modo da soddisfare il principio di compatibilità (Fishbein e Ajzen, 1977).

Nella prima fase della ricerca (T1), sono stati raccolti alcuni dati personali degli intervistati, quali: il genere, l'età, l'altezza (in centimetri) e il peso (in chilogrammi) per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC), il regime alimentare seguito, il livello di istruzione, l'università e il corso di laurea frequentato, il reddito mensile della propria famiglia e la provincia di residenza.

L'aderenza alla dieta mediterranea nelle ultime due settimane è stata misurata sia al T1 (come misura del comportamento passato) sia al T2 (come misura del comportamento messo in atto) utilizzando il questionario MEDI-LITE (Sofi et al., 2017), uno strumento che fornisce un punteggio totale di adesione alla dieta mediterranea. Tale strumento è stato validato nel contesto italiano e considera nove categorie di alimenti: frutta, verdura, cereali, legumi, pesce, carne e salumi, latte e latticini, alcol e olio d'oliva. Per ogni categoria, ai partecipanti è stato chiesto di scegliere, tra tre alternative di risposta, la frequenza del consumo di ogni alimento, che poteva essere "basso", "moderato" oppure "elevato". Per le cinque categorie che riguardavano gli alimenti raccomandati dal regime di dieta mediterranea (ossia, frutta, verdura, cereali, legumi e pesce), i punteggi erano così assegnati: 2 punti per la categoria di maggior consumo, 1 punto per la categoria intermedia e 0 punti per la categoria di consumo più basso. Il punteggio era invertito per le due categorie che riguardavano il cibo da consumare meno frequentemente nella dieta mediterranea, quindi carne e latticini, e quindi il punteggio era così assegnato: 2 punti per la categoria di minor consumo, 1 punto per la categoria intermedia e 0 punti per la categoria di consumo più elevato. Per quanto riguarda l'alcol, 2 punti erano assegnati alla categoria intermedia, 1 punto era assegnato alla categoria

più bassa e 0 punti erano assegnati alla categoria di consumo più elevato. Infine, per il consumo di olio d'oliva, 2 punti erano assegnati alla categoria più alta (che indicava un consumo regolare), 1 punto alla categoria intermedia (uso frequente) e 0 punti alla categoria più bassa (uso occasionale). Il punteggio totale, ottenuto dalla somma dei punteggi dati alle nove categorie alimentari, va da un minimo di 0 a un massimo di 18, e i punteggi più elevati indicano una maggior aderenza alla dieta mediterranea (Sofi et al., 2017).

L'intenzione di aderire alla dieta mediterranea è stata misurata grazie a quattro item adattati dallo studio di Mari et al. (2007). I primi tre item ("Ho intenzione di seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane", "Ho in programma di seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane" e "Seguirò la dieta mediterranea nelle prossime due settimane") sono stati associati a una scala di risposta a 5 punti, che andava da "completamente in disaccordo" (1) a "completamente in accordo" (5). Il quarto item ("Quanto è probabile la tua intenzione di seguire lo stile alimentare/la dieta mediterranea nelle prossime due settimane") è stato associato a una scala di risposta a cinque punti, che andava da "molto improbabile" (1) a "molto probabile" (5).

L'atteggiamento rispetto all'adesione alla dieta mediterranea è stato rilevato presentando dieci coppie di aggettivi opposti del differenziale semantico associati a una scala di risposta a sette punti, che andava da un minimo di 1 (polo negativo) a un massimo di 5 (polo positivo). Le prime cinque scale riguardavano la componente cognitiva dell'atteggiamento (la frase introduttiva era: "Seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane sarebbe...") e le coppie di aggettivi presentate erano: "nocivo/benefico", "inutile/utile", "pericoloso/sicuro", "irresponsabile/responsabile", "stupido/intelligente". Le altre cinque scale, invece, riguardavano la componente affettiva dell'atteggiamento ("Seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane sarebbe...") e le coppie di aggettivi erano: "sgradevole/gradevole", "indesiderabile/desiderabile", "spiacevole/piacevole", "insoddisfacente/soddisfacente", "disgustoso/gustoso".

La norma soggettiva ingiuntiva è stata rilevata attraverso tre item associati a una scala di risposta a cinque punti, che andava da "completamente in disaccordo" (1) a "completamente in accordo" (5). Gli item erano i seguenti: "La maggior parte delle persone importanti per me pensa che dovrei seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane", "La maggior parte delle persone importanti per me si aspetta che io segua la dieta mediterranea nelle

prossime due settimane” e “La maggior parte delle persone importanti per me vorrebbe che io seguissi la dieta mediterranea nelle prossime due settimane”.

Anche la norma soggettiva descrittiva è stata rilevata utilizzando tre item. I primi due item (“La maggior parte delle persone importanti per me segue la dieta mediterranea” e “La maggior parte delle persone come me segue la dieta mediterranea”) sono stati associati a una scala di risposta a cinque punti, che andava da “completamente in disaccordo” (1) a “completamente in accordo” (5). Per quanto riguarda il terzo item, che chiedeva “Quante fra le persone che sono importanti per te segue la dieta mediterranea?”, è stato chiesto di rispondere su una scala a cinque punti che andava da “nessuno” (1) a “tutti” (5).

Il controllo comportamentale percepito è stato misurato tramite quattro item. I primi tre item (“Se volessi seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane sarebbe semplice”, “Seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane dipende interamente da me” e “Seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane è sotto il mio controllo”) sono stati associati a una scala di risposta a cinque punti che andava da “completamente in disaccordo” (1) a “completamente in accordo” (5). Il quarto item, che chiedeva “Quanto facile o difficile pensi sia per te seguire la dieta mediterranea nelle prossime due settimane?”, prevedeva una scala di risposta a cinque punti, che andava da “molto difficile” (1) a “molto facile” (5).

Al termine del questionario, è stato chiesto di rispondere ad alcune domande concernenti le proprie abitudini alimentari: ad esempio, è stato chiesto di specificare come la persona definirebbe il proprio regime alimentare, scegliendo tra sei opzioni, tra cui onnivoro, vegetariano, vegano o altro.

Dopo due settimane, è stato somministrato il secondo questionario (T2), in cui si rilevava il comportamento messo in atto nel tempo intercorso, tramite lo stesso strumento di Sofi et al. (2007) riguardante l’aderenza alla dieta mediterranea già proposto nel primo questionario (T1) che considerava nove categorie di alimenti.

2.4 I partecipanti

511 studenti universitari hanno completato i questionari della prima e della seconda fase della ricerca; tra questi, 326 erano donne (63.8%) e 178 uomini (34.8%); sette persone non hanno risposto al quesito riguardo al genere (1.4%). L'età media dei rispondenti era 20.81 anni (deviazione standard = 2.02); l'altezza media era 169.77 cm (deviazione standard = 9.45) e il peso medio era 64.16 kg (deviazione standard = 13.31). Per quanto riguarda il regime alimentare seguito, 479 partecipanti (93.8%) hanno dichiarato di essere onnivori, 21 hanno dichiarato di essere vegetariani (4.1%), mentre la restante parte del campione (2%) ha dichiarato di seguire altri regimi alimentari. Solo una persona non ha risposto al quesito (.2%). Dei 511 partecipanti, 299 (58.6%) risiedono nel Sud Italia e nelle Isole, in particolare: 282 in Campania (55.2%), 9 in Basilicata (1.8%), 3 in Puglia (.6%), 2 in Molise (.4%), 2 in Sicilia (.4%) e 1 in Sardegna (.2%); 199 persone (39%) risiedono invece nel Nord Italia, in particolare: 166 in Veneto (32.5%), 14 in Friuli-Venezia Giulia (2.7%), 8 in Emilia-Romagna (1.6%), 6 in Lombardia (1.2%), 4 in Trentino-Alto Adige (.8%) e 1 in Liguria (.2%); infine, nel Centro Italia risiedono 13 persone (2.4%).

Per quanto riguarda l'università frequentata, 168 rispondenti (32.9%) hanno dichiarato di frequentare l'Università di Napoli Federico II, 116 (22.7%) l'Università degli Studi di Padova, mentre i restanti 227 (44.4%) hanno dichiarato di studiare presso altri atenei italiani. Al momento della somministrazione dei questionari, 418 partecipanti (81.8%) frequentavano un corso di laurea triennale, mentre 93 (18.2%) erano iscritti a un corso di laurea magistrale. Grazie ai dati rilevati nel primo questionario relativi all'altezza e al peso, è stato possibile calcolare l'indice di massa corporea (IMC) di ciascun rispondente. L'indice di massa corporea rappresenta infatti una misura dello stato di peso forma di un individuo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), un soggetto è da considerarsi sottopeso quando presenta un IMC compreso tra 16 e 18.49, normopeso quando presenta un IMC compreso tra 18.50 e 24.99, sovrappeso con un IMC che va da 25 a 29.99, e obeso con un IMC più alto di 30. L'IMC medio del campione di intervistati contattati era di 22.13 (deviazione standard = 3.40). Nello specifico, è emerso che 55 partecipanti (10.8%) risultavano sottopeso, 376 normopeso (73.6%), 67 sovrappeso (13.1%) e infine 13 (2.5%) erano obesi.

CAPITOLO 3

I RISULTATI

3.1 Attendibilità e statistiche descrittive delle misure della TPB estesa

Per tutti gli item che misurano i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato, è stata testata l'attendibilità, grazie all'utilizzo del coefficiente α di Cronbach, che permette di testare l'attendibilità delle misure in termini di coerenza interna. Quest'ultima, infatti, riflette il grado di accordo tra più misure dello stesso concetto teorico, ottenute nello stesso momento di somministrazione con lo stesso metodo e può assumere valori compresi tra 0 e 1 (valore $> .90$ = ottimo; tra $.80$ e $.90$ = buono; tra $.70$ e $.80$ = discreto; tra $.60$ e $.70$ = sufficiente; valore $< .60$ = insufficiente). Per ogni costrutto, sono stati poi calcolati i punteggi composti e, per verificare se i punteggi medi si discostassero significativamente dal punto centrale (3, tranne che per l'atteggiamento, che avendo una scala di risposta a 7 punti, presenta 4 come valore centrale) è stato applicato il test t per il campione singolo. I risultati sono presentati nella tabella 3.1. Come si può notare, i valori dei coefficienti α di Cronbach sono generalmente buoni o ottimi. In base a questi risultati, è stato possibile calcolare i punteggi composti per i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato.

Tabella 3.1 Attendibilità, statistiche descrittive e differenze dal punto centrale della scala di risposta di costrutti della TPB estesa (N=511)

Costrutti	N.° Item	α di Cronbach	Media	D.S.	t (510)	$p <$
Intenzione*	4	.91	3.60	.93	14.53	.001
Atteggiamento cognitivo**	5	.87	6.08	.86	54.62	.001
Atteggiamento affettivo**	5	.90	5.70	.99	38.86	.001
Norma soggettiva*	3	.86	2.73	1.02	-5.94	.001
Norma descrittiva*	3	.85	3.25	.85	6.66	.001
Controllo comportamentale percepito*	4	.72	3.58	.80	16.54	.001

* Scala di risposta da 1 a 5 punti (punto centrale 3)

** Scala di risposta da 1 a 7 punti (punto centrale 4)

Come è possibile notare nella tabella 3.1, il punteggio medio relativo all'intenzione si colloca significativamente al di sopra del punto centrale della scala di risposta e questo indica che gli intervistati intendono aderire alla dieta mediterranea nelle successive due settimane. Per quanto riguarda l'atteggiamento, il punteggio medio relativo all'atteggiamento cognitivo e all'atteggiamento affettivo è significativamente superiore al punto centrale della scala di risposta. Questo indica che i partecipanti ritengono il comportamento abbastanza benefico, utile, sicuro, responsabile e intelligente (per quanto riguarda la componente cognitiva dell'atteggiamento) e pure gradevole, desiderabile, piacevole, soddisfacente e gustoso (componente affettiva). Nel caso della norma soggettiva, invece, il punteggio si colloca leggermente al di sotto del valore centrale della scala di risposta. Questo può essere spiegato dal fatto che gli intervistati non sentono molto la pressione sociale a seguire la dieta mediterranea da parte delle persone per loro importanti; mentre, per quanto riguarda la norma descrittiva, il punteggio è significativamente al di sopra del valore centrale della scala di risposta, a indicare che gli altri significativi sono percepiti adottare comportamenti inerenti alla dieta mediterranea. Infine, il punteggio medio per il controllo comportamentale percepito si colloca al di sopra del valore centrale della scala, indicando che per gli intervistati è moderatamente facile aderire alla dieta mediterranea.

3.2 Statistiche descrittive del comportamento passato

Per quanto riguarda il comportamento passato relativo al consumo di nove categorie di alimenti previsti dalla dieta mediterranea (Sofi et al., 2017), ai partecipanti è stato chiesto di indicare la frequenza di consumo su una scala a tre alternative di risposta. I risultati sono stati riportati nella tabella 3.2.

Come suggerito da Sofi et al. (2017), ogni categoria era associata a un determinato punteggio, diverso per ognuna delle tre alternative di risposta presenti nel questionario. Per le cinque categorie che riguardavano gli alimenti raccomandati con maggior frequenza dal regime di dieta mediterranea (frutta, verdura, cereali, legumi e pesce), i punteggi erano così assegnati: 2 punti per la categoria di maggior consumo, 1 punto per la categoria intermedia e 0 punti per la categoria di consumo più basso. Il punteggio era invertito per le due categorie che riguardavano il cibo da consumare meno frequentemente nella dieta mediterranea, quindi carne e latticini, e quindi il punteggio era così assegnato: 2 punti per la categoria di minor consumo, 1 punto per la categoria intermedia e 0 punti per la categoria di consumo più elevato. Per quanto riguarda l'alcol, 2 punti erano assegnati alla categoria intermedia, 1 punto era assegnato alla categoria più bassa e 0 punti erano assegnati alla categoria di consumo più elevato. Infine, per il consumo di olio d'oliva, 2 punti erano assegnati alla categoria più alta (che indicava un consumo regolare), 1 punto alla categoria intermedia (uso frequente) e 0 punti alla categoria più bassa (uso occasionale). Il punteggio totale, ottenuto dalla somma dei punteggi dati alle nove categorie alimentari, va da un minimo di 0 a un massimo di 18, e i punteggi più elevati indicano una maggior aderenza alla dieta mediterranea (Sofi et al., 2017).

Tabella 3.2 Comportamento passato, frequenze, percentuali, medie e deviazioni standard (N=511)

	Meno di 1 porzione al giorno / a settimana	1-2 porzioni al giorno / a settimana – Da 1 a 1-2 porzioni e mezzo al giorno / a settimana	Più di 1 porzione e mezza-2 porzioni al giorno / a settimana	Media (DS)
Frutta	274 (53.6%)	215 (42.1%)	22 (4.3%)	.51 (.58)
Verdura	127 (24.9%)	319 (62.4%)	65 (12.7%)	.88 (.60)
Legumi	160 (31.3%)	255 (49.9%)	96 (18.8%)	.87 (.70)
Cereali	56 (11.0%)	250 (48.9%)	205 (40.1%)	1.29 (.65)
Pesce	173 (33.9%)	285 (55.8%)	53 (10.4%)	.77 (.62)
Carne e salumi	170 (33.3%)	258 (50.5%)	83 (16.2%)	1.17 (.68)
Latte e latticini	200 (39.1%)	244 (47.7%)	67 (13.1%)	1.26 (.68)
	Meno di 1 unità alcolica al giorno	1-2 unità alcoliche al giorno	Più di 2 unità alcoliche al giorno	Media (DS)
Alcol	469 (91.8%)	32 (6.3%)	10 (2.0%)	1.04 (.28)
	Occasionalmente	Frequentemente	Regolarmente	Media (DS)
Olio d'oliva	82 (16.0%)	163 (31.9%)	266 (52.1%)	1.36 (.74)

Dalla tabella 3.2, emerge che, per quanto riguarda i cinque alimenti che si dovrebbero consumare con maggior frequenza se si segue la dieta mediterranea (frutta, verdura, legumi, cereali e pesce), la maggior parte del campione (53.6%) ha dichiarato di consumare meno di una porzione di frutta al giorno, cioè la possibilità di risposta più bassa, e il 62.4% ha dichiarato di consumare da una a due porzioni e mezzo al giorno di verdura (risposta intermedia). La maggior parte del campione (49.9%) ha dichiarato di consumare una o due porzioni a settimana di legumi (risposta intermedia); mentre, per quanto riguarda il consumo di cereali, la maggior parte degli intervistati (48.9%) ha dichiarato di consumarne da una porzione a una porzione e mezzo al giorno (risposta intermedia), ma una grande parte del campione (40.1%) ha dichiarato di consumarne più di una porzione e mezzo al giorno (possibilità di risposta più elevata). Il 55.8% degli intervistati ha dichiarato di consumare da una a due porzioni e mezzo a settimana di pesce; il 50.5% ha dichiarato di consumare da una porzione a una porzione e mezzo di carne e derivati al giorno e il 47.7% hanno dichiarato di consumare la stessa quantità al giorno di latte e latticini. La quasi totalità del campione intervistato (91.8%) ha dichiarato di consumare meno di una unità alcolica al giorno; infine, il 52.1% delle persone intervistate ha indicato un consumo regolare di olio d'oliva.

3.3 Statistiche descrittive del comportamento al T2

Un secondo questionario è stato somministrato dopo due settimane (T2) dal primo, e le frequenze di consumo delle nove categorie di alimenti presentate per rilevare il comportamento passato (come suggerito anche in questo caso da Sofi et al., 2017) sono mostrate nella tabella 3.3.

Tabella 3.3 Statistiche descrittive del comportamento al T2 (N=511)

	Meno di 1 porzione al giorno / a settimana	1-2 porzioni al giorno / a settimana – Da 1 a 1-2 porzioni e mezzo al giorno / a settimana	Più di 1 porzione e mezza/2 porzioni al giorno / a settimana	Media (DS)
Frutta	223 (43.6%)	253 (49.5%)	35 (6.8%)	.63 (.61)
Verdura	116 (22.7%)	331 (64.8%)	64 (12.5%)	.90 (.59)
Legumi	145 (28.4%)	279 (54.6%)	87 (17.0%)	.89 (.67)
Cereali	59 (11.5%)	272 (53.2%)	180 (35.2%)	1.24 (.64)
Pesce	171 (33.5%)	293 (57.3%)	47 (9.2%)	.76 (.61%)
Carne e salumi	197 (38.6%)	242 (47.4%)	72 (14.1%)	1.24 (.68)
Latte e latticini	203 (39.7%)	251 (49.1%)	57 (11.2%)	1.29 (.65)
Alcol				
	Meno di 1 unità alcolica al giorno	1-2 unità alcoliche al giorno	Più di 2 unità alcoliche al giorno	Media (DS)
Alcol	460 (90.0%)	41 (8.0%)	10 (2.0%)	1.06 (.31)
Olio d'oliva				
	Occasionalmente	Frequentemente	Regolarmente	Media (DS)
Olio d'oliva	89 (17.4%)	154 (30.1%)	268 (52.4%)	1.35 (.76)

La maggior parte del campione di convenienza (49.5%) ha dichiarato di consumare nel corso delle ultime due settimane una o due porzioni al giorno di frutta, attestandosi quindi sulla risposta intermedia; il 64.8% degli intervistati ha dichiarato di consumare da una a due porzioni e mezzo al giorno di verdura (risposta intermedia); il 54.6% ha dichiarato di consumare una o due porzioni a settimana di legumi (risposta intermedia); il 53.2% di consumare da una a una porzione e mezzo al giorno di cereali (risposta intermedia); il 57.3% di consumare da una a due porzioni e mezzo a settimana di pesce (risposta intermedia). Per quanto riguarda invece carne e salumi, la maggior parte degli intervistati (47.4%) ha dichiarato di consumarne da una a una porzione e mezzo al giorno, attestandosi quindi nella categoria di consumo intermedia; mentre il 49.1% ha dichiarato di consumare da una porzione a una porzione e mezza al giorno di latte e latticini (risposta intermedia); il 90.0% degli intervistati dice di consumare meno di una unità alcolica al giorno e, infine, il 52.4% ha dichiarato di fare un uso regolare di olio d'oliva.

È stata confrontata poi la media dei punteggi ottenuti nel questionario somministrato al T1 e nel questionario somministrato al T2. I risultati sono mostrati nella tabella 3.4.

Tabella 3.4 Confronto tra le medie del comportamento passato e del comportamento al T2 (N=511)

	Media	D.S.	t (510)	p<
Comportamento passato	9.15	2.21	-2.30	.05
Comportamento al T2	9.35	2.16		

Come si può evincere dalla tabella 3.4, è stata rilevata una differenza significativa tra la media dei punteggi ricavati dalle risposte ottenute dal primo questionario (T1) e il punteggio medio del comportamento rilevato grazie al secondo questionario (T2). Ciò indica che gli studenti universitari aderiscono alla dieta mediterranea con moderata frequenza sia al T1 che al T2; tuttavia, nelle due settimane intercorse tra un questionario e l'altro, le abitudini alimentari dei partecipanti sono leggermente migliorate, nel senso che gli studenti e le studentesse intervistati riportano un punteggio leggermente più alto di aderenza alla dieta mediterranea al T2.

3.4 Correlazioni tra i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato

Nella tabella 3.5, sono riportate le correlazioni tra i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato. Come si evince dalla tabella 3.5, le correlazioni più forti si osservano tra atteggiamento affettivo e intenzione, ma anche tra comportamento rilevato al T2 e comportamento passato. Risultano, inoltre, elevate le correlazioni tra atteggiamento cognitivo e intenzione, tra atteggiamento affettivo e atteggiamento cognitivo e, infine, tra norma descrittiva e intenzione.

Tabella 3.5 Correlazioni tra i costrutti della TPB estesa con il comportamento passato (N=511)

COSTRUTTI	Intenzione	Atteggiamento cognitivo	Atteggiamento affettivo	Norma soggettiva	Norma descrittiva	Controllo comportamentale percepito	Comportamento passato	Comportamento
Intenzione	-							
Atteggiamento cognitivo	.50**	-						
Atteggiamento affettivo	.59**	.56**	-					
Norma soggettiva	.34**	.24**	.18**	-				
Norma descrittiva	.50**	.22**	.41**	.36**	-			
Controllo comportamentale percepito	.42**	.20**	.37**	.07	.32**	-		
Comportamento passato	.20**	.05	.18**	.05	.12**	.21**	-	
Comportamento	.20**	.03	.11*	.10*	.14**	.15**	.59**	-

** $p < .01$, * $p < .05$

3.5 Correlazioni tra i costrutti della TPB estesa, il genere e l'indice di massa corporea

Nella tabella 3.6, sono riportate le correlazioni tra i costrutti della TPB estesa, il genere e l'indice di massa corporea (BMI). La variabile genere è stata ricodificata in una variabile dummy, per cui al genere maschile è stato assegnato il valore 0 e al genere femminile il valore 1.

Dalla tabella 3.6, emerge che il genere risulta correlato in maniera significativa e positiva con l'atteggiamento cognitivo, l'atteggiamento affettivo, la norma descrittiva, il controllo comportamentale percepito e con l'intenzione. L'indice di massa corporea, invece, non risulta correlato in modo significativo con alcun costrutto della TPB estesa.

Tabella 3.6 Correlazioni tra i costrutti della TPB, il genere e l'indice di massa corporea (N=511)

COSTRUTTI	Genere	BMI
Atteggiamento cognitivo	.10*	-.03
Atteggiamento affettivo	.15**	-.07
Norma soggettiva	.02	.04
Norma descrittiva	.10*	-.09
Controllo comportamentale percepito	.09*	-.01
Intenzione	.09*	-.04
Comportamento passato	.05	.07
Comportamento	.04	.05

** $p < .01$, * $p < .05$

3.6 Verifica della TPB estesa con il comportamento passato

Per verificare l'effetto del comportamento passato sull'intenzione e sul comportamento, sono state effettuate due analisi di regressione multipla gerarchica, introducendo nel modello della TPB classica il costrutto del comportamento passato.

Relativamente alla prima analisi di regressione, al primo step, sono stati inseriti il genere come variabile dummy e l'indice di massa corporea; al secondo step, sono stati inseriti i costrutti della TPB classica; al terzo step, è stata inserita la norma descrittiva; infine, al quarto step, è stato inserito il comportamento passato.

I risultati mostrano che, al primo step, l'intenzione di aderire alla dieta mediterranea non è determinata né dal genere né dall'indice di massa corporea. Al secondo step, l'aggiunta dei costrutti della TPB classica aumenta la quota di varianza spiegata dalle intenzioni del 47%. In questo step, l'atteggiamento affettivo e cognitivo, la norma soggettiva e il controllo comportamentale percepito influenzano in modo positivo l'intenzione di aderire alla dieta mediterranea da parte degli studenti universitari. Al terzo step, l'aggiunta della norma descrittiva migliora significativamente la quota di varianza spiegata delle intenzioni del 3%. Al quarto e ultimo step, con l'inserimento del comportamento passato, le due componenti dell'atteggiamento (cognitivo e affettivo) e della norma (soggettiva e descrittiva), insieme al controllo comportamentale percepito e al comportamento passato, influenzano in maniera significativa l'intenzione. L'inserimento del comportamento passato incrementa di poco (0.4%) la quota di varianza spiegata dall'intenzione. Il predittore più importante dell'intenzione risulta quindi essere l'atteggiamento affettivo. Nel complesso, il modello spiega il 51% di varianza dell'intenzione di aderire alla dieta mediterranea da parte degli studenti universitari.

Tabella 3.7 Regressione multipla gerarchica con l'intenzione come variabile dipendente (N=511)

MODELLO	Costrutti	B (ES)	β
Step 1	Genere	.17 (.09)	.09
	Indice di massa corporea	-.002 (.01)	-.007
		R ² = .004	
Step 2	Genere	-.03 (.07)	-.01
	Indice di massa corporea	-.004 (.01)	-.02
	Atteggiamento cognitivo	.23 (.04)	.21**
	Atteggiamento affettivo	.32 (.04)	.34**
	Norma soggettiva	.18 (.03)	.20**
	Controllo comportamentale percepito	.29 (.04)	.25**
		$\Delta R^2 = .47^{**}$	
Step 3	Genere	-.03 (.07)	-.02
	Indice di massa corporea	.00 (.01)	.001
	Atteggiamento cognitivo	.25 (.04)	.29**
	Atteggiamento affettivo	.25 (.04)	.27**
	Norma soggettiva	.12 (.03)	.13**
	Controllo comportamentale percepito	.25 (.04)	.21**
	Norma descrittiva	.24 (.04)	.22**
		$\Delta R^2 = .03^{**}$	
Step 4	Genere	-.04 (.07)	-.02
	Indice di massa corporea	-.002 (.01)	-.01
	Atteggiamento cognitivo	.25 (.04)	.23**
	Atteggiamento affettivo	.24 (.04)	.26**
	Norma soggettiva	.12 (.03)	.13**
	Controllo comportamentale percepito	.23 (.04)	.20**
	Norma descrittiva	.24 (.04)	.22**
	Comportamento passato	.03 (.01)	.07*
		$\Delta R^2 = .004^*$ R ² TOT = .51*	

** $p < .001$, * $p < .05$

Per quanto riguarda la seconda analisi di regressione gerarchica, che considera il comportamento come variabile dipendente, in un primo step, sono stati inseriti il genere come variabile dummy e l'indice di massa corporea; in un secondo step, sono stati inseriti i costrutti della TPB classica; in un terzo step, è stata inserita la norma descrittiva; in un quarto step, è stato inserito il comportamento passato; infine, nel quinto step, è stata inserita l'intenzione.

Nello specifico, dai risultati (tabella 3.8) emerge che, al primo step, il comportamento relativo all'aderire alla dieta mediterranea non è determinato in maniera significativa né dal genere né dall'indice di massa corporea. Al secondo step, l'aggiunta delle variabili della TPB classica aumenta la quota di varianza spiegata dei comportamenti del 3%. In questo step, la norma soggettiva e il controllo comportamentale percepito influenzano positivamente e significativamente il comportamento. Al terzo step, l'aggiunta della norma descrittiva non contribuisce ad aumentare la quota di varianza del comportamento di aderire alla dieta mediterranea e non influenza in modo significativo il comportamento. Al quarto step, l'inserimento del comportamento passato all'interno del modello contribuisce a migliorare significativamente la quota di varianza spiegata del 32% e risulta essere un predittore significativo del comportamento. Infine, al quinto e ultimo step, l'intenzione incrementa in modo significativo la quota di varianza spiegata dell'1% e influenza positivamente il comportamento insieme al comportamento passato, che rappresenta il predittore più influente del comportamento relativo al T2. Nel complesso, il modello spiega il 36% della varianza del comportamento.

Tabella 3.8 Regressione multipla gerarchia con il comportamento come variabile dipendente (N=511)

MODELLO	Costrutti	B (ES)	β
Step 1	Genere	.26 (.21)	.06
	Indice di massa corporea	.04 (.03)	.07
		R ² = .002	
Step 2	Genere	.16 (.21)	.04
	Indice di massa corporea	.04 (.03)	.07
	Atteggiamento cognitivo	-.19 (.14)	-.08
	Atteggiamento affettivo	.21 (.12)	.09
	Norma soggettiva	.19 (.10)	.09*
	Controllo comportamentale percepito	.32 (.13)	.12*
		$\Delta R^2 = .03^{**}$	
Step 3	Genere	.16 (.21)	.04
	Indice di massa corporea	.04 (.03)	.07
	Atteggiamento cognitivo	-.18 (.14)	-.07
	Atteggiamento affettivo	.16 (.13)	.07
	Norma soggettiva	.15 (.10)	.07
	Controllo comportamentale percepito	.29 (.13)	.11*
	Norma descrittiva	.17 (.14)	.07
		$\Delta R^2 = .003$	
Step 4	Genere	.04 (.17)	.01
	Indice di massa corporea	.01 (.02)	.01
	Atteggiamento cognitivo	-.07 (.11)	-.03
	Atteggiamento affettivo	-.03 (.11)	-.01
	Norma soggettiva	.13 (.08)	.06
	Controllo comportamentale percepito	.02 (.11)	.01
	Norma descrittiva	.12 (.11)	.05
	Comportamento passato	.57 (0.4)	.59***
		$\Delta R^2 = .32^{***}$	
Step 5	Genere	.05 (.17)	.01
	Indice di massa corporea	.01 (.02)	.02
	Atteggiamento cognitivo	-.14 (.11)	-.05
	Atteggiamento affettivo	-.10 (.11)	-.04
	Norma soggettiva	.10 (.09)	.05
	Controllo comportamentale percepito	-.04 (.11)	-.02
	Norma descrittiva	.05 (.11)	.02
	Comportamento passato	.57 (.04)	.58***
	Intenzione	.28 (.12)	.12*
		$\Delta R^2 = .01^*$ R ² TOT = .36*	

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

CONCLUSIONI

Gli obiettivi della ricerca trattata nel presente elaborato erano di testare la validità della TPB applicata all'aderenza alla dieta mediterranea. Nello specifico, la teoria è stata estesa con un ulteriore predittore non considerato nel modello originale: il comportamento passato.

La dieta mediterranea è un regime alimentare sano e sostenibile, che comprende un elevato consumo di alimenti di origine vegetale e un limitato consumo di carne e di grassi saturi. L'adesione alla dieta mediterranea è associata a numerosi benefici per quanto riguarda la salute, come una riduzione dei tassi di mortalità per malattie cardiovascolari e neoplastiche, ma i suoi effetti non si limitano solo al benessere fisico. Ulteriori vantaggi includono anche il basso impatto ambientale, la biodiversità dei prodotti consumati, l'alto valore socio-culturale degli alimenti e il sostegno alle economie locali. Tuttavia, secondo il Ministero della Salute (2020), in Italia si sta assistendo a un progressivo abbandono di questa dieta a favore di abitudini alimentari meno sane, soprattutto nelle fasce di età più giovani, tra cui rientrano anche gli studenti universitari.

Il modello teorico di riferimento utilizzato per spiegare e prevedere l'aderenza a questo regime alimentare, come detto, è la TPB (Ajzen, 1991). Secondo tale teoria, il comportamento è determinato dall'intenzione, quindi dalla motivazione da parte dell'individuo di compiere un dato comportamento. L'intenzione è influenzata da tre costrutti: l'atteggiamento, quindi una valutazione globale, favorevole o sfavorevole, del comportamento; la norma soggettiva, quindi la percezione della pressione sociale a eseguire il comportamento; e infine il controllo comportamentale percepito, definito come la percezione di controllo che le persone ritengono di avere sull'azione. Per aumentare il potere predittivo della teoria, è stato inserito, come ulteriore variabile, il comportamento passato e sono state distinte due componenti dell'atteggiamento (affettivo e cognitivo) e due dimensioni della norma soggettiva (ingiuntiva e descrittiva).

La ricerca si è svolta in due fasi, a distanza di due settimane l'una dall'altra, ognuna delle quali prevedeva un questionario da somministrare ai partecipanti. I questionari presentavano misure per i costrutti della TPB classica (atteggiamento cognitivo e affettivo, norma soggettiva e descrittiva, intenzione e controllo comportamentale percepito), del comportamento passato e del comportamento al T2, considerando nove categorie di alimenti secondo uno strumento proposto da Sofi et al. (2017). Il campione di convenienza era composto da 511 studenti universitari, in prevalenza donne (63.8%) e con un'età media di

circa 20 anni. La maggior parte degli intervistati proveniva dal Sud Italia, principalmente dalla Campania.

I risultati mostrano che le misure dei costrutti della TPB estesa sono attendibili. In particolare, è emerso che gli studenti universitari aderiscono alla dieta mediterranea con moderata frequenza e che, nelle due settimane intercorse tra il primo e il secondo questionario, le abitudini alimentari sono leggermente migliorate, in quanto il punteggio medio di aderenza alla dieta mediterranea è leggermente più alto al T2. Si osserva, inoltre, che le correlazioni più forti sono quelle tra l'atteggiamento affettivo e l'intenzione, ma anche tra il comportamento rilevato al T2 e il comportamento passato; emerge poi che il genere dei partecipanti risulta correlato in maniera significativa e positiva con l'atteggiamento cognitivo, l'atteggiamento affettivo, la norma descrittiva, il controllo comportamentale percepito e l'intenzione; mentre l'indice di massa corporea non risulta correlato in modo significativo con nessun costrutto della TPB estesa.

Al fine di testare il modello della TPB estesa con il comportamento passato, sono state condotte due analisi di regressione multipla gerarchica. Dalla prima analisi, in cui si considerava l'intenzione come variabile dipendente, è emerso che le due componenti dell'atteggiamento (cognitivo e affettivo), la norma soggettiva (ingiuntiva e descrittiva), il controllo comportamentale percepito e il comportamento passato influenzano significativamente l'intenzione e che il predittore più importante dell'intenzione risulta essere l'atteggiamento affettivo. Quindi, le persone che valutano più positivamente i comportamenti che riguardano la dieta mediterranea sono più intenzionate a mettere effettivamente in atto questo comportamento, e quindi ad aderirvi. L'inserimento del comportamento passato incrementa di poco (0.4%) la quota di varianza spiegata dall'intenzione. Nel complesso, il modello spiega il 51% della varianza dell'intenzione. Dalla seconda analisi di regressione, dove la variabile dipendente presa in considerazione era il comportamento, si evince che il comportamento passato rappresenta il predittore più influente del comportamento rilevato al T2 e migliora del 36% la quota di varianza spiegata dal comportamento. Questo può essere dovuto al fatto che le abitudini apprese nel passato dalle persone tendono ad influenzare in maniera forte il comportamento autoriferito, in quanto esso diviene un processo abitudinario e spontaneo, che risente poco dell'influenza di stimoli esterni, dell'intenzione e della percezione di controllo, il che risulta coerente con quanto evidenziato nella meta-analisi di Hagger et al. (2018). Anche l'intenzione risulta associata significativamente e positivamente

al comportamento, e nel complesso il modello spiega il 36% della varianza del comportamento.

Questa ricerca ha mostrato quindi l'importanza del comportamento passato come ulteriore predittore nel modello della TPB. Se si consolidano abitudini alimentari sane fin da giovani, sarà più probabile che in futuro questi comportamenti vengano messi in atto, in quanto le abitudini apprese dagli individui sono difficilmente soggette a stimoli esterni e a cambiamenti indotti da altri. Pertanto, può essere utile promuovere l'aderenza a stili alimentari sani, come la dieta mediterranea, attraverso percorsi educativi nelle scuole e nelle famiglie, in modo da incoraggiare i più giovani a consumare determinate categorie alimentari, piuttosto che altre meno sane.

La ricerca presenta tuttavia alcuni limiti. In primo luogo, si è utilizzato un campione di convenienza, che non risulta essere rappresentativo della popolazione di riferimento (gli studenti universitari italiani). Infine, è utile sottolineare che questo studio è di tipo correlazionale e quindi non consente di trarre inferenze di natura causale.

BIBLIOGRAFIA

Abdullah, M. M., Jones, J. P., Jones, P. J. (2015). Economic benefits of the Mediterranean-style diet consumption in Canada and the United States. *Food & Nutrition Research*, 59(1), 27541.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: Dorsey Press.

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliff, NJ: Prentice Hall.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.

Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions and Perceived Behavioral Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.

Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F. X., Battino, M., Belahsen, R., Miranda, G., & Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14 (12A), 2274-2284.

Bagozzi, R. P., Gopinath, M., & Nyer, P. U. (1999). The role of emotions in marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27(2), 184-206.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.

Blanchard, C. M., Fisher, J., Sparling, P. B., Shanks, T. H., Nehl, E., Rhodes, R. E., Courneya K. S., & Baker, F. (2009). Understanding adherence to 5 servings of fruits and vegetables per day: A theory of planned behavior perspective. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), 3-10.

Blanchard, C. M., Kupperman, J., Sparling P. B., Nehl, E., Rhodes, R. E., Courneya, K. S., & Baker, F. (2009). Do ethnicity and gender matter when using the theory of planned behavior to understand fruit and vegetable consumption? *Appetite*, 52(1), 15-20.

Bonofiglio, D. (2022). Mediterranean Diet and Physical Activity as Healthy Lifestyles for Human Health. *Nutrients*, 14(12), 2514.

Brown, D. J., Hagger, M. S., Morrissey, S., & Hamilton, K. (2018). Predicting fruit and vegetable consumption in long-haul heavy goods vehicles drivers: Application of a multi-theory, dual-phase model and the contribution of past behavior. *Appetite*, 121, 326-336.

Canova, L., Bobbio, A., & Manganelli, A. M. (2020). Predicting fruit consumption: A multi-group application of the Theory of Planned Behavior. *Appetite*, 145, 104490. *

Canova, L., & Manganelli, A. M. (2016). Fruit and vegetables consumption as snacks among young people. The role of descriptive norm and habit in the Theory of Planned Behavior. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(1), 83-97. *

Capasso, M., Caso, D., & Oliano, D. (2020). Promuovere la sana alimentazione attraverso Instagram: l'esperienza della pagina Teen Food. *Psicologia della Salute*, 129-144.

Carfora, V., Bertolotti, M., & Catellani, P. (2019). Informational and emotional daily messages to reduce red and processed meat consumption. *Appetite*, 141, 104331.

Carfora V., Caso, D., & Conner, M. (2017). Randomised controlled trial of a text messaging intervention for reducing processed meat consumption: The mediating roles of anticipated regret and intention. *Appetite*, 117, 152-160.

Carfora V., Conner, M., Caso, D., & Catellani, P. (2020). Rational and moral motives to reduce red and processed meat consumption. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(12), 744-755.

Carfora, V., Morandi, M., Jelić, A., & Catellani, P. (2022). The psychosocial antecedents of the adherence to the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, 25(10), 2742-2757. *

Caso, D., Capasso, M., Fabbriatore, R., & Conner, M. (2020). Unhealthy eating and academic stress: The moderating effect of eating style and BMI. *Health Psychology Open*, 7(2), 1-15.

Caso, D., Carfora, V., & Conner, M. (2016). Predicting intentions and consumption of fruit and vegetables in Italian adolescents. Effects of anticipated regret and self-identity. *Psicologia Sociale*, 11(3), 319-326.

Cavazza, N. (2005). *Psicologia degli atteggiamenti e delle opinioni*. Bologna, Il Mulino. *

Chitsaz, A., Javadi, M., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2017). The Predictors of Healthy Eating Behavior among Pregnant Women: An Application of the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Pediatrics*, 5(10), 5897-5905.

Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21(2), 194-201.

De Pelsmaeker, S., Schouteten, J. J., Gellynck, X., Delbaere, C., De Clercq, N., Hegyi, A., Kuti, T., Depypere, F., & Dewettinck, K. (2017). Do anticipated emotions influence behavioural intention and behaviour to consume filled chocolates? *British Food Journal*, 119, 1983-1998.

Dernini, S., Berry, E. M., Serra-Majem, L., La Vecchia, C., Capone, R., Medina, F. X., Aranceta-Bartrina, J., Belahsen, R., Burlingame, B., Calabrese, G., Corella, D., Donini, L. M., Lairon, D., Meybeck, A., Pekcan, A. G., Piscopo, S., Yngve A., & Trichopoulou, A.

(2017). Med Diet 4.0: the Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutrition*, 20(7), 1322-1330.

Dombrowski, S., & Luszczynska, A. (2009). The Interplay between Conscious and Automatic Self-Regulation and Adolescents' Physical Activity: The Role of Planning, Intentions and Lack of Awareness. *Applied Psychology*, 58(2), 257-273.

Dunn, K. I., Mohr, P., Wilson, C. J., & Wittert, G. A. (2011). Determinants of fast-food consumption. An application of the theory of planned behavior. *Appetite*, 57(2), 349-357.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.

Gaspar R., Luis, S., Seibt, B., Lima, M. L., Marcu, A., Rutsaert, P., Fletcher, D., Verbeke, W., & Barnett, J. (2016). Consumers' avoidance of information on red meat risks: information exposure effects on attitudes and perceived knowledge. *Journal of Risk Research*, 19(4), 533-549.

Gratton, L., Povey, R., & Clark-Carter, D. (2007). Promoting children's fruit and vegetable consumption: Interventions using the Theory of Planned Behaviour as a framework. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 639-650.

Guillaumie, L., Godin, G., & Vézina-Im L. A. (2010). Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 1-12.

Hagger, M. (2016). Non-conscious processes and dual-process theories in health psychology. *Health Psychology*, 10, 375-380.

Hagger, M., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 3-32.

Hagger, M., Polet, J., & Lintunen, T. (2018). The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social Science & Medicine*, 213, 85-94. *

Hamilton, K., Kirkpatrick, A., Rebar, A., & Hagger, M. (2017). Child sun safety: Application of an Integrated Behavior Change model. *Health Psychology*, 36(9), 916-926.

Keys, A., Mienotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., Djordjevic, B. S., Dontas, A. S., Fidanza, F., Keys, M. H., Kromhout, D., Nedeljkovic, S., Punsar, S., Seccareccia, F., & Toshima, H. (1986). The diet and 15-years death rate in the Seven Countries Study. *American Journal of Epidemiology*, 124(6), 903-915.

Kothe, E. J., & Mullan, B. A. (2015). Interaction effects in the theory of planned behavior: Predicting fruit and vegetable consumption in three prospective cohorts. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 549-562.

La Fauci, V., Alessi, V., Assefa, D. Z., Lo Giudice, D., Calimeri, S., Ceccio, C., Antonuccio, G. M., Genovese, C., & Squeri, R. (2020). Mediterranean diet: knowledge and adherence in Italian young people. *La Clinica Terapeutica*, 171(5), 437-443.

Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior. *Prevent Medicine*, 34, 1, 29-39.

LaPiere, R. T. (1934). Attitudes vs. Actions. *Social Forces*, 13(2), 230-237.

Mari, S., Hichy, Z., Falvo, R., & Capozza, D. (2007). Dieta mediterranea versus dieta tradizionale: la scelta di uno stile alimentare. *Ricerche di psicologia*, 3, 1-32. *

Martínez-González, M. A., Hershey, M. S., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. (2017). Transferability of the Mediterranean Diet to Non-Mediterranean Countries. What Is and What Is Not the Mediterranean Diet. *Nutrients*, 9(11), 1226.

Martini, D. (2019). Health Benefits of Mediterranean Diet. *Nutrients*, 11(8), 1802.

McClain, A. D., Chappuis, C., Nguyen-Rodriguez S. T., Yaroch, A. L., & Sprujit-Metz, D. (2009). Psychosocial correlates of eating behavior in children and adolescents: A review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 1-20.

McDermott, M. S., Oliver, M., Simnadis, T., Beck, E. J., Coltman, T., Iverson, D., Caputi, P., & Sharma, R. (2015). The Theory of Planned Behaviour and dietary patterns: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 81, 150-156.

Menotti, A., & Puddu, P. E. (2014). Il ruolo del Seven Countries Study of cardiovascular diseases nell'identificazione della dieta mediterranea. *Giornale Italiano dell'Arteriosclerosi*, 5(4), 3-19.

Ministero della Salute (2020). *Dieta Mediterranea*.

<https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5438&area=nutrizione&menu=educazione> *

Mirkarimi, K., Mansourian, M., Kabir, M. J., Ozouni-Davaji, R. B., Eri, M., Hosseini, S. G., Qorbani, M., Safari, O., Mehr, B. R., Noroozi, M., Charkazi, A., & Shahnazi, H. (2016). Fast Food Consumption Behaviors in High-School Students based on the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Pediatrics*, 4(7), 2131-2142.

Mougkridou, M., & Protopogerou, C. (2014). *High-fat Snacking in Greek High-school Students: A Prospective Application of the Theory of Planned Behaviour*. Paper presented at the 28th European Health Psychology Society Conference, Innsbruck, Austria.

Munt, A. E., Partridge S. R., & Allman-Farinelli, M. (2017). The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle. A scoping review. *Obesity Reviews*, 18(1), 1-17.

Nardi, V. A., Jardim, W. C., Ladeira, W., & Santini, F. (2019). Predicting food choice: a meta-analysis based on the theory of planned behavior. *British Food Journal*, 121, 2250-2264.

Norman, P., & Cooper, Y. (2011). The theory of planned behavior and breast self-examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology & Health, 26*(9), 1156-1172.

Phull, S., Wills, W., & Dickinson, A. (2015). The Mediterranean diet: socio-cultural relevance for contemporary health promotion. *The Open Public Health Journal, 8*, 35-40.

Protogerou, C., Johnson, B. T., & Hagger, M. T. (2018). An integrated model of condom use in sub-Saharan African youth: A meta-analysis. *Health Psychology, 37*(6), 586-602.

Riebl, S. K., Estabrooks, P. A., Dunsmore, J. C., Savla, J., Frisard, M. I., Dietrich, A. M., Peng, Y., Zhang, X., & Davy, B. M. (2015). A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behaviors in youth. *Eating Behaviors, 18*, 160-178.

Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta-analysis of anticipated affect and moral norms. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(12), 2985-3019.

Scannell N., Villani, A., Mantzioris, E., & Swanepoel, L. (2020). Understanding the self-perceived barriers and enablers toward adopting a Mediterranean diet in Australia: an application of the theory of planned behaviour framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9321.

Serlachius, A., Hamer, M., Wardle, J. (2007). Stress and weight change in university students in the United Kingdom. *Physiology & Behavior, 92*(4), 548-553.

Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., de la Cruz, J. N., Bach-Faig, A., Donini, L. M., Medina, F. X., Belahsen, R., Piscopo, S., Capone, R., Aranceta-Bartrina, J., La Vecchia, C., & Trichopoulou, A. (2020). Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(23), 8758.

Sharifirad, G., Yarmohammadi, P., Azadbakht, L., Morowatisharifabad, M. A., & Hassanzadeh, A. (2013). Determinants of Fast Food Consumption among Iranian High School Students Based on Planned Behavior Theory. *Journal of Obesity*, 2013.

Sheeran, P., Gollwitzer, P., & Bargh, J. (2013). Non-conscious processes and health. *Health Psychology*, 32, 460-473.

Sofi, F., Dinu, M., Pagliai, G., Marcucci, R., & Casini, A. (2007). Validation of a literature-based adherence score of Mediterranean Diet: the MEDI-LITE score. *International Journal of Food Science and Nutrition*, 68, 6, 757-762. *

Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 220-247.

Trajkovska, A. P., & Trajkovska-Broach, A. (2021). Sustainable food systems and healthy diets: the case of Mediterranean diet. *Acta Horticulturae et Regiotecturae*, 24(2), 110-118.

UNESCO (2003). *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage*. <http://www.unesco.org/culture/ich/doc/src/01852-EN-pdf>. *

UNESCO (2010). *Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity*. <http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/00394>. *

Vichayanrat, T., Sudha, K., Kumthanom, K., Apisuttisin, J., Uawatanasakul, N., & Ariyachieatsakul, Y. (2018). What factors influence mothers' behavior regarding control of their children's sugary snack intake? An application of the Theory of Planned Behavior. *International Dental Journal*, 68(5), 336-343.

Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean Diet, its Components and Cardiovascular Disease. *The American Journal of Medicine*, 128(3), 229-238.

Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6), 1402S-1406S.

Wood, W., Labrecque, J. S., Lin, P. Y., & Runger, D. (2014). Habits in dual process models. In Sherman, J., Gawronski, B., Trope, Y., *Dual process theories of the social mind* (pp. 371-385). New York: The Guilford Press.

Zaragoza-Martí, A., Ferrer-Cascales, R., Hurtado-Sánchez, J. A., Laguna-Pérez, A., & Cabaero-Martínez, M. J. (2018). Cross-cultural adaptation, validity, and reproducibility of the Mediterranean Islands study food frequency questionnaire in the elderly population living in the Spanish Mediterranean. *Nutrients*, 10(9), 1206.

* Fonti consultate direttamente