



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea Triennale in Scienze psicologiche dello sviluppo, della
personalità e delle relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**Ambiente di vita e sviluppo di psicopatologie: differenza tra contesti urbani e
contesti rurali**

*Life context and mental disorders development: the difference between urban and rural
environment*

Relatore: Prof. Alessio Vieno

Laureando: PietroGiuseppe Morbini

Matricola: 2021571

Anno Accademico 2022 – 2023

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – INCIDENZA DI ANSIA E DEPRESSIONE	2
CAPITOLO 2 – FOCUS SULLA SCUOLA	10
CAPITOLO 3 – GLI EFFETTI DEL COVID-19	15
CONCLUSIONI E DISCUSSIONE	20
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUZIONE

Quando si parla di contesto cittadino ci si riferisce ad un ambiente che in genere, rispetto alla controparte rurale, è caratterizzato da: una maggiore densità di abitanti, alti tassi di criminalità e mortalità, inquinamento e dispersione identitaria. Di conseguenza, viene piuttosto facile indicare l'urbanizzazione come fattore predisponente allo sviluppo di psicopatologie, ma è effettivamente così?

Il primo studio che ha cercato di rilevare la prevalenza di malattie mentali mettendo a confronto il contesto urbano con quello rurale è stato condotto da Dohrenwend e Dohrenwend. I due hanno effettuato una revisione in cui si sono messe a confronto più ricerche che, dal 1942 al 1969, avevano a loro volta comparato ambienti urbanizzati e non. Gli autori hanno concluso che, generalmente parlando, le psicopatologie risultano essere più presenti nelle aree urbane ma, se si scende nel dettaglio, la prevalenza varia da contesto a contesto. Ad esempio, i disturbi della personalità e le nevrosi sono più presenti nei contesti cittadini mentre le psicosi funzionali e le psicosi maniaco-depressive sono più presenti nei contesti rurali e, infine, non si osserva un *trend* specifico relativo alla schizofrenia. Tuttavia, è necessario specificare che l'esito di questa revisione è minato da una serie di fattori: innanzitutto, i risultati mancano di significatività statistica poiché gli studi non sono stati raggruppati e il termine "urbano" può variare il suo significato perché ciò che in una nazione è definito come tale potrebbe non esserlo in un'altra. In conclusione, c'è anche da considerare che Dohrenwend e Dohrenwend hanno esaminato ricerche condotte su tanti paesi e, nonostante ciò offra un'ampia visione del fenomeno studiato, allo stesso tempo si mettono a confronto insediamenti con caratteristiche molto diverse poiché, per esempio, in Olanda non ci sono metropoli del calibro di Los Angeles e lo studio non ha quindi potuto rilevare le differenze culturali che hanno caratterizzato ogni nazione coinvolta.

I seguenti capitoli si pongono come obiettivo quello di decretare il contesto di vita maggiormente rischioso per la salute mentale di chi ci vive e, per farlo, vengono riportate e analizzate ricerche condotte in tutto il mondo anche in ambiti particolari come la scuola o la pandemia del COVID-19.

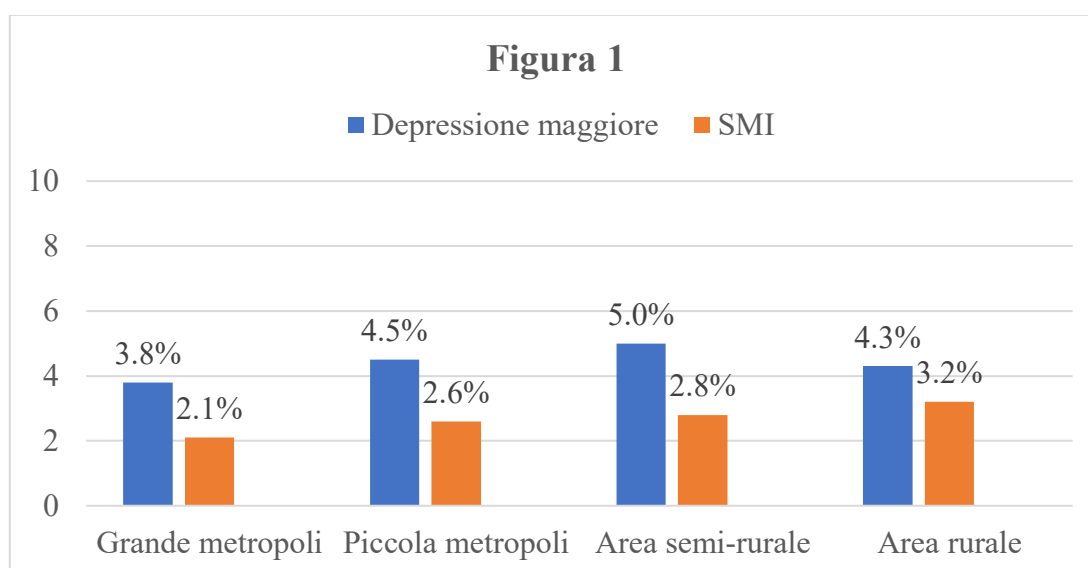
CAPITOLO 1

INCIDENZA DI ANSIA E DEPRESSIONE

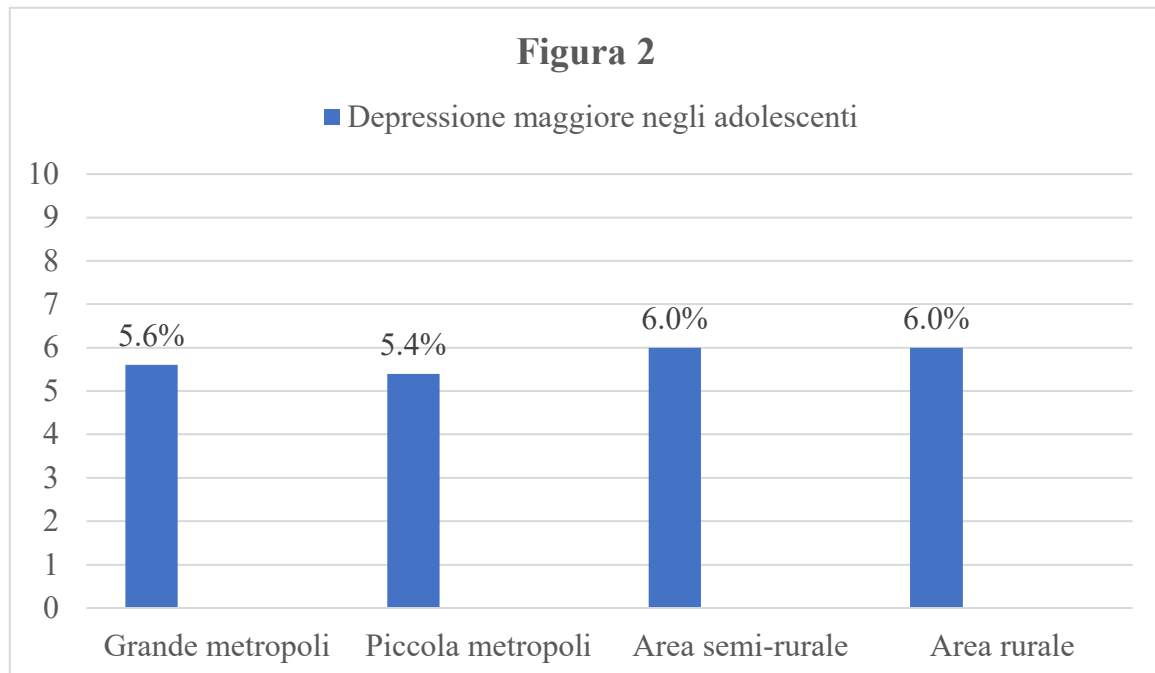
Breslau, Marshall, Pincus e Brown [2014] hanno condotto uno studio per verificare se i disturbi mentali fossero più presenti nelle aree urbane oppure in quelle rurali. Nel corso dei decenni, infatti, i tentativi di dimostrare empiricamente questa correlazione su suolo statunitense sono stati molteplici, ma sempre con risultati contraddittori. I dati sono stati ottenuti dalla *National Survey of Drug Use and Health* (NSDUH), un'indagine annuale sulla popolazione che, oltre ad essere il principale strumento per monitorare l'assunzione di sostanze e la salute mentale negli Stati Uniti, contiene delle valutazioni per la depressione maggiore di adolescenti (12-17 anni) e adulti (dai 18 anni in su). Nello specifico, i ricercatori hanno combinato i risultati di tre annate consecutive (2009, 2010 e 2011). Per differenziare in maniera precisa le zone studiate, sono stati definiti quattro livelli di urbanità:

1. Area metropolitana grande (1.000.000 o più abitanti)
2. Area metropolitana piccola (dai 50.000 al 1.000.000 di abitanti)
3. Area semi-rurale (dai 10.000 ai 50.000 abitanti)
4. Area rurale (non associata ad insediamenti con 10.000 o più abitanti)

I risultati [Figura 1] mostrano che, confrontando la prevalenza di depressione maggiore negli adulti, non c'è molta differenza tra le grandi metropoli e le aree rurali (3.8% - 4.3%) ma anzi, questa patologia sembra essere più presente nelle metropoli più piccole e nelle zone semi-rurali (4.5% - 5.0%). Infine, anche prendendo in considerazione altre gravi psicopatologie (SMI: *Serious Mental Illness*) le percentuali degli insediamenti urbanizzati sono sempre le più basse.



Per quanto riguarda gli adolescenti [Figura 2] non si sono rilevate differenze statisticamente significative tra i diversi contesti nella prevalenza di depressione maggiore.



I risultati di questo studio non confutano l'affermazione che gli insediamenti maggiormente urbanizzati facilitino l'insorgenza di malattie mentali, ma allo stesso tempo non la supportano empiricamente poiché la prevalenza risulta più elevata nei due livelli intermedi di urbanità. Gli autori concludono dicendo che, data l'ampiezza e la complessità del fenomeno indagato, si necessitano ulteriori ricerche per approfondire questo tema all'interno degli Stati Uniti.

Romans, Cohen e Forte [2010] hanno deciso di indagare il medesimo oggetto di studio nello stato del Canada dove, oltre alla depressione, si sono focalizzate anche su tre disturbi d'ansia (disturbo di panico, agorafobia e disturbo d'ansia sociale). I dati analizzati sono stati presi dal *Canadian Community Health Survey 1.2* (CCHS 1.2), una ricerca nazionale condotta regolarmente dal governo per meglio comprendere i fenomeni che accadono all'interno della società. A questo studio hanno risposto un totale di 36.984 persone tra i 15 e i 69 anni e di cui il 53% (16.598) erano donne. Sia faccia a faccia che telefonicamente sono state condotte delle interviste in cui i partecipanti sono stati valutati attraverso il *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview Instrument* (WMH-CIDI), il quale permette di stilare un profilo diagnostico in accordo sia con l'ICD-10 che con il DSM-IV. Anche in questo studio sono stati definiti quattro livelli di urbanità:

1. Nucleo e periferia urbani
2. Area urbana
3. Periferia rurale

4. Area rurale

Le variabili tenute in considerazione hanno incluso numerosi aspetti della vita dei partecipanti come: genere, età, stato coniugale (sposato/unione civile, divorziato/separato, vedovo/*single*), paese di nascita (Canada/altro), etnia (bianco/altro), livello di educazione, guadagno, impiego nell'ultima settimana e possesso di un'abitazione. Per quanto riguarda la salute, invece, si sono ottenuti degli indici inerenti: attività fisica, stress percepito e salute fisica auto-valutata. In aggiunta si è registrato anche l'utilizzo di risorse a supporto della salute mentale come: consulto di un professionista, gruppo di auto-aiuto o chat online. Infine, sono stati valutati anche degli aspetti sociali quali la connessione con la propria comunità e il supporto sociale a disposizione. I risultati [Figura 3] mostrano che l'incidenza della depressione è maggiore tra i residenti del primo livello (5.4%) ma allo stesso tempo non si sono riscontrate differenze statisticamente significative per quanto riguarda gli altri tre disturbi d'ansia, che appaiono simili in tutte le aree geografiche. Inoltre, i partecipanti residenti in zone urbane hanno riportato un maggiore utilizzo (10.7%) di servizi a supporto della salute mentale [Figura 4].

Figura 3

Disturbo	Nucleo-periferia urbani	Area urbana	Periferia rurale	Area rurale
Depressione	5.4%	5.0%	4.9%	3.8%
Agorafobia	0.9%	0.4%	0.5%	0.7%
Agorafobia senza panico	0.6%	0.1%	0.4%	0.5%
Disturbo di panico	1.7%	1.4%	1.1%	1.8%
Disturbo d'ansia sociale	3.4%	2.8%	3.1%	2.9%
Altri disturbi d'ansia	5.4%	3.8%	4.5%	5.0%

Figura 4

Utilizzo servizi per la salute mentale (ultimi 12 mesi)	Nucleo-periferia urbani	Area urbana	Periferia rurale	Area rurale
Utilizzo totale	10.7%	9.6%	8.8%	8.7%
Utilizzo di soggetti depressi	58.3%	63.4%	43.9%	57.2%
Utilizzo di soggetti ansiosi	42.2%	45.5%	35.9%	37.2%

Ad ogni modo, per le ricercatrici non sono tanto le zone urbane ad essere maggiormente colpite dalla depressione ma, al contrario, le aree rurali hanno fatto emergere punteggi più bassi rispetto alle aspettative. Inoltre, sono state escluse delle variabili potenzialmente influenti sui vari quadri clinici come: eventi di vita stressanti, permanenza in una determinata zona geografica e un'eventuale migrazione dall'area urbana a quella rurale (o viceversa). Per concludere, questa ricerca evidenzia come sia essenziale differenziare in modo specifico l'ambiente metropolitano da quello rurale perché non basta una semplice distinzione tra i due contesti, bensì è necessario individuarne i micro-livelli per poi cogliere sfumature e differenze significative.

McKenzie, Murray e Booth [2013] si sono chiesti se vivere in un ambiente cittadino della Scozia costituisca un fattore di rischio per ansia, depressione e psicosi, poiché un individuo su sei sembra non disporre di una buona salute mentale e si stima che almeno l'80% della popolazione risieda in aree urbane. Alla luce di tutto ciò, gli autori hanno selezionato 6505 zone dallo *Scottish Neighbourhood Statistics Database (SNSD)*, in modo da poter valutare tutto il territorio abitato dai cittadini. Successivamente, come da prassi, sono state classificate come "urbane" o "rurali" attraverso due criteri: la grandezza della popolazione e l'accessibilità. Si sono così ottenute sei categorie, che vanno da grandi aree urbane (insediamenti con più di 125.000 abitanti) ad aree rurali remote (insediamenti con meno di 3.000 abitanti e con un tempo di guida superiore ai trenta minuti per raggiungere un insediamento con 10.000 o più abitanti). Inoltre, nello studio si sono tenuti in considerazione due elementi in particolare: lo status socioeconomico dei residenti e la salute mentale specifica di ogni zona, stimata attraverso le prescrizioni di medicinali per curare ansia, depressione e

psicosi. Come evidenziato dalla tabella sottostante [Figura 5], la percentuale di prescrizioni aumenta man mano che il contesto diventa urbano.

Figura 5

Classificazione urbano-rurale	1 (zona più urbana)	2	3	4	5	6 (zona meno urbana)
Popolazione residente	1.998.881	1.555.063	461.318	186.582	608.170	334.186
% di prescrizioni	9.37	9.17	8.35	8.37	8.04	7.63

Gli autori concludono dicendo che vivere in un contesto cittadino in Scozia sembra essere predittivo per lo sviluppo delle patologie indagate in questa ricerca, nonostante non si conoscano i meccanismi che sottostanno a tale ipotesi, anche se sembra che un ruolo importante lo assumano gli spazi verdi perché, essendo più naturali, potrebbero predisporre l'individuo ad una migliore salute mentale. Questo studio presenta però dei limiti. Innanzitutto, è stato condotto sul macro-livello tenendo in considerazione solo delle prescrizioni mediche e non effettive diagnosi individuali di ansia/depressione/psicosi e, in aggiunta, non è detto che le percentuali delle prescrizioni riflettano un reale disagio nella popolazione poiché alcune persone potrebbero aver fatto richiesta solo per possedere delle scorte. Infine, non sono state incluse variabili come genere, età, etnia e non sono stati approfonditi due elementi che potrebbero aver influenzato i risultati: la percezione del proprio ambiente di vita e l'isolamento sociale (soprattutto per i residenti rurali) che, su consiglio dei ricercatori stessi, dovrebbero essere misurati in studi futuri.

Peen, Schoevers, Beekman e Dekker [2009] hanno condotto una metanalisi in cui, per indagare il fenomeno patologia-urbanizzazione, hanno incluso solo studi ad alta qualità metodologica condotti su nazioni "sviluppate" a partire dal 1985. Le ricerche rispettavano i seguenti criteri:

- Diagnosi affidabili ottenute attraverso interviste strutturate
- Uno specifico disturbo indagato (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi inerenti l'utilizzo di sostanze)
- Una specifica popolazione clinica (o solo soggetti adulti o solo soggetti di tutte le età)

Dopo un'attenta e rigida selezione [Figura 6] gli autori hanno ritenuto accettabili un totale di venti indagini, in cui i paesi meglio rappresentati sono: Canada, Stati Uniti, Gran Bretagna e Olanda. Infine,

più della metà degli studi (12) erano molto recenti perché pubblicati dopo il 2000 e sono state inserite anche due ampie ricerche condotte contemporaneamente su più paesi europei [punto 5 e punto 7].

Figura 6

Autori	Nazione indagata	Pubblicazione	Età dei soggetti
Madianos & Stefanis [1]	Grecia	1992	18-64
Hodiamont et al. [2]	Olanda	1992	18-65
Lewis & Booth [3]	Gran Bretagna	1994	>18
Paykell et al. [4]	Gran Bretagna	2000	18-64
Ayuso-Mateos et al. [5]	Gran Bretagna, Irlanda, Finlandia, Norvegia	2001	18-64
Kovess-Masfety et al. [6]	Francia	2005	≥18
Kovess-Masfety et al. [7]	Belgio, Francia, Italia, Germania, Olanda, Spagna	2005	≥18
Weich et al. [8]	Gran Bretagna	2006	16-74
Kringlen et al. [9]	Norvegia	2006	18-65
Peen et al. [10]	Olanda	2007	18-64
Dekker et al. [11]	Germania	2008	18-64
Blazer et al. [12]	USA	1985	≥18
Kovess et al. [13]	Canada	1987	≥18
Kessler et al. [14]	USA	1994	15-54
Parikh et al. [15]	Canada	1996	≥15
Wang [16]	Canada	2004	≥12

Kessler et al. [17]	USA	2005	≥ 18
Rohrer et al. [18]	USA	2005	≥ 18
Lee et al. [19]	Corea del Sud	1990	18-65
Andrews et al. [20]	Australia	2001	≥ 18

Come si può notare dalla tabella, i ricercatori hanno disposto di una metanalisi molto vasta e completa la quale, oltre a poter monitorare paesi appartenenti a continenti e culture differenti, potrebbe anche costituire un andamento storico per alcune nazioni a causa delle varie annate a disposizione. Dopo l'unificazione dei dati e una complessa analisi statistica, i risultati hanno mostrato che psicopatologie quali disturbi dell'umore e disturbi d'ansia appaiono significativamente più presenti nelle aree urbane rispetto a quelle rurali, mentre non sembra esserci nulla da segnalare per quanto riguarda i disturbi legati all'utilizzo di sostanze. Sulla base di quanto ottenuto, i ricercatori affermano che potrebbe esserci un reale legame tra ambiente urbanizzato e sviluppo di malattie mentali e, per contrastare tale fenomeno, suggeriscono di rivedere la distribuzione dei servizi sanitari, spesso sovraffollati di richieste e non curanti della qualità dei propri servizi. Ad ogni modo, a questa metanalisi può essere fatta un'osservazione in particolare, ovvero quella della mancata omogeneità dei dati poiché, comprendendo studi effettuati in un arco di più o meno vent'anni su nazioni diverse, è normale che non si siano potute cogliere le variabili di livello culturale e socioeconomico. Infine, è da tenere in considerazione che anche i metodi diagnostici sono stati perfezionati nel corso del tempo e che quindi c'è differenza tra un *assessment* degli anni '80/'90 e un *assessment* del ventunesimo secolo.

Per concludere il primo capitolo e riflettere ulteriormente su quanto fin qui riportato si cita il pensiero che Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins e Fraser [2002] hanno elaborato al termine di un ampio studio in cui hanno messo a confronto gran parte delle ricerche fin qui condotte per cogliere le differenze urbano-rurali nello sviluppo di psicopatologie. Gli autori, adottando una certa criticità, elencano molteplici ragioni per le quali sarebbe necessario rivalutare questo oggetto di ricerca:

- 1) È possibile che alcuni ricercatori abbiano adottato già in partenza una visione dei contesti piuttosto stereotipata, classificando quindi le città come “nocive” e i paesi come “benefici” per la salute. Questo approccio risulta però errato perché non si riflette sugli elementi rurali che potrebbero costituire dei fattori di rischio come, ad esempio, la tendenza conservatrice
- 2) La salute fisica dei residenti urbani, contrariamente a quanto si pensa, appare in realtà migliore rispetto alla controparte rurale se si osservano malattie del cuore, diabete e asma. Una

possibile spiegazione potrebbe risiedere nell'isolamento sociale e la conseguente difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari

- 3) La vita nei paesi è cambiata drasticamente rispetto al passato. Elementi come la globalizzazione, l'utilizzo di Internet, la migrazione dei giovani verso le città e il miglioramento dei trasporti hanno notevolmente influenzato contesti che prima erano più distaccati ed estranei allo stile di vita che si poteva condurre in una metropoli
- 4) La quasi totalità degli studi si è sempre concentrata più sulla quantità che sulla qualità. Ovvero, invece di indagare il modo in cui la salute mentale è influenzata dall'ambiente, l'obiettivo è sempre stato quello di cogliere il numero di casi clinici presenti nei due contesti

L'ultimo aspetto risulta essere il più importante. Spesso l'ottica in cui si inquadrano le città è monocausale e deterministica, poiché già in partenza l'idea è che esse predispongano l'individuo ad una vita più difficile e stressante, ma non è detto che sia così perché in questo tipo di ricerche dovrebbero essere considerate fin dall'inizio le variabili culturali (che rendono uniche le zone studiate) e le differenze individuali dei soggetti osservati. Nonostante quest'ultime ricoprano un ruolo sicuramente di primo piano è molto complicato (se non impossibile) misurarle nella loro completezza. In conclusione, gli autori sollecitano future ricerche a basarsi sulle proprie linee guida, nella speranza di ottenere risultati che rendano possibili eventuali interventi di prevenzione primaria.

CAPITOLO 2

FOCUS SULLA SCUOLA

In seguito agli studi precedentemente esaminati si può affermare che una delle strategie proposte per contrastare lo sviluppo delle malattie mentali è la prevenzione primaria, soprattutto nei contesti maggiormente urbanizzati, in cui la presenza di queste problematiche appare piuttosto elevata. Spesso e volentieri, per anticipare l'insorgenza di un disturbo, si interviene sulle fasce più giovani della popolazione, cercando di prestare attenzione ai potenziali fattori di rischio. Ma siamo così sicuri che bambini e adolescenti godano della stessa salute sia in città che in campagna? Ovvero, è probabile che qualche fattore contestuale abbia già influenzato il soggetto ancora prima dell'età adulta? A questi quesiti si cercherà di rispondere in questo capitolo, analizzando nel particolare situazioni scolastiche più o meno recenti.

La prima ricerca è stata condotta negli Stati Uniti da Zahner, Jacobs, Freeman e Trainor [1993] che, tenendo in considerazione gli importanti cambiamenti sociali avvenuti negli anni '70, hanno voluto riesaminare le differenze dei vari contesti abitativi. Rispetto al passato, infatti, la popolazione delle aree rurali non solo ha subito un incremento significativo, ma è anche venuta a contatto con le conseguenze della globalizzazione come l'esposizione ai media, il miglioramento dei trasporti e l'avvento di tecnologie sempre più innovative in tutti i settori. Lo studio ha ottenuto i propri dati da due ricerche epidemiologiche: la *New Haven Child Survey* (NHCS, 1986-1987) e la *Eastern Connecticut Child Survey* (ECCS, 1988-1989). In entrambi i casi i bambini avevano un'età compresa fra i 6 e gli 11 anni, frequentavano ogni tipo di scuola (pubblica, privata e cattolica) e la loro provenienza era definita sulla base della residenza al momento della ricerca. Nello specifico, i soggetti sono stati distribuiti in quattro livelli di urbanità:

1. Città grande
2. Città piccola
3. Periferia suburbana
4. Periferia rurale

Gli studiosi hanno valutato i numerosi individui attraverso due questionari: la CBCL (*Child Behavior Checklist*, somministrata ai genitori) e il TRF (*Teacher's Report Form*, somministrato agli insegnanti). Dai risultati è emerso che le ragazze residenti nelle zone più urbane sono state associate sia dai genitori che dagli insegnanti ad alti livelli di psicopatologia e ritiro sociale, mentre i ragazzi di città soffrivano di problematiche legate all'emotività. Ad ogni modo, secondo i ricercatori queste differenze non sono tanto legate all'influenza in sé dei quattro livelli precedentemente citati, ma piuttosto da variabili di tipo economico e culturale. Pertanto, essi ritengono necessarie ulteriori

indagini per approfondire la questione e rivalutare la credenza della vita in città come qualcosa di dannoso per l'individuo.

Uno studio simile è stato successivamente condotto in Spagna da Jané, Canals, Ballespi, Vinas, Esparò e Domènech [2006]. Gli autori partono dal fatto che circa il 20% dei bambini e degli adolescenti (9-18 anni) soffre di disturbi mentali e che questa percentuale è in qualche modo distribuita tra le aree urbane e quelle rurali. Di conseguenza, saper anticipare l'insorgenza delle psicopatologie si rivela di vitale importanza, soprattutto se si vuole attuare la strategia della prevenzione primaria, ma nel farlo si riscontrano parecchie difficoltà. Innanzitutto, non si hanno a disposizione molti strumenti in accordo con il DSM per valutare i bambini e spesso quello che essi riportano non viene considerato attendibile. Questa ricerca, la prima in Europa nel suo genere, ha voluto concentrarsi sui disturbi emotivi e del comportamento nel *range* di età 3-6 anni, con l'obiettivo di indagare sia le differenze di genere che quelle contestuali. Dalla città di Montcada sono stati selezionati 597 bambini (249 maschi e 348 femmine), tutti provenienti dalle otto scuole locali (sei pubbliche e due private). Come area rurale, invece, si sono inclusi i villaggi di Priorat, da cui si sono selezionati 408 bambini (220 maschi e 188 femmine) frequentanti 16 scuole [Figura 7]. Nessun soggetto era affetto da qualche tipo di disabilità o autismo.

Figura 7

Provenienza	M	F	Totale
Montcada (città)	249	348	597
Priorat (rurale)	220	188	408
Montcada + Priorat	469	536	1.005

Gli individui sono stati valutati attraverso l'ECI-4 (*Early Childhood Inventory – Parents and Teachers Checklist*), una scala somministrata a genitori e insegnanti per valutare, in accordo con il DSM, l'eventuale presenza di disturbi emotivi e comportamentali in bambini di età prescolare. Nello specifico, si deve indicare la frequenza di determinati comportamenti messi in atto negli ultimi 6 mesi attraverso le seguenti risposte: molto spesso, spesso, qualche volta, mai. Inoltre, i genitori hanno dovuto compilare un questionario sociodemografico, il quale mirava ad ottenere informazioni circa: famiglia, etnia, età, fratelli e sorelle, eventi di vita stressanti e status socioeconomico. Dalle risposte degli insegnanti è emerso che su 1.005 bambini totali il 32.7% è caratterizzato da una patologia (55.1% maschi e 44.9% femmine) e che la prevalenza è nettamente superiore nel contesto urbano rispetto a quello rurale (30.6% - 20.3%). In particolare, i disturbi più frequenti erano: ADHD,

mutismo selettivo e disturbo reattivo dell'attaccamento. Dai genitori, invece, è risultato che il 46.7% di 851 bambini rientra in un quadro patologico dell'ECI-4 (47.6% maschi e 45.7% femmine) e che la differenza contestuale è significativa solo per: ADHD, disturbo d'ansia generalizzata e disturbo reattivo dell'attaccamento. È però importante ricordare che genitori e insegnanti riportano informazioni molto diverse ma allo stesso tempo complementari: i primi, crescendo i loro figli, riescono a cogliere problematiche esternalizzanti mentre i secondi sono più concentrati sugli aspetti sociali e scolastici degli individui. Inoltre, gli autori specificano che la differenza tra la città di Montcada e i villaggi rurali di Priorat non è da considerarsi completamente veritiera, poiché non si sono ottenute effettive diagnosi cliniche di psicopatologia, ma report da parte di persone che potrebbero fornire informazioni distorte. Infine, i ricercatori concludono dicendo che variabili legate a famiglia, genere e stato sociale non sembrano essere così influenti come ci si potrebbe aspettare e che questo dovrà essere tenuto in considerazione per future indagini.

In India, una nazione completamente diversa rispetto a Spagna e Stati Uniti, il governo ha reso obbligatoria la frequentazione della propria scuola locale attraverso il *Right to Education Act* (2009). Con questa premessa Kirubasankar, Nagarajan, Kandasamy e Kattimani [2020] hanno considerato la loro patria come il luogo ideale in cui condurre una ricerca per rilevare eventuali differenze contestuali, focalizzandosi su un'area situata a sud dell'India, lo Union Territory. Essi hanno preso in considerazione solo scuole pubbliche, di cui 24 appartenenti a zone urbane e 20 appartenenti a zone rurali, ognuna delle quali composta da 40/50 studenti circa. L'obiettivo era quello di rilevare la presenza di disturbi d'ansia utilizzando la scala SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*), i cui item fanno riferimento al DSM. Nello specifico i 462 partecipanti, aventi un'età compresa tra i 14 e i 18 anni, erano quasi per la metà di sesso femminile e in maggioranza frequentavano i primi anni delle scuole superiori. Dallo studio è emerso che i disturbi d'ansia più diffusi erano: disturbo d'ansia da separazione (46.8%), evitamento scolastico (30.1%), disturbo d'ansia generalizzata (24.2%), disturbo di panico (19.3%) e disturbo d'ansia sociale (17.1%). Senza considerare l'evitamento scolastico, tutti erano nettamente più presenti nei soggetti delle scuole urbane (66.5%), con un'incidenza prettamente femminile; dai risultati si può quindi evincere che essere donna e abitare in un contesto cittadino rappresentino dei fattori di rischio associati all'insorgenza di disturbi d'ansia. D'altro canto, gli autori specificano che non si sono analizzate variabili potenzialmente impattanti sulla salute degli adolescenti come l'utilizzo di sostanze, lo stile genitoriale e altri eventi di vita stressanti occorsi negli ultimi mesi. In conclusione, elementi di carattere ambientale e socioculturale dovranno essere inclusi in future ricerche per ampliare ulteriormente la questione.

Un'altra interessante nazione in cui condurre lo stesso tipo di ricerca è la Turchia, non solo perché circa il 29% degli abitanti ha un'età inferiore ai 18 anni (rendendo così il paese piuttosto giovane a livello europeo), ma anche a causa dei precedenti studi, i quali si sono concentrati esclusivamente sui centri delle città, tralasciando quindi una grande fetta della popolazione che risiede invece nei paesi e nei villaggi. Con queste premesse Dursun, Esin, Akinci, Karayagmurlu, Turan e Asikhasanoglu [2019] hanno deciso di verificare la prevalenza di disturbi appartenenti al DSM-IV in bambini provenienti da ogni tipo di contesto. In particolare, l'indagine è stata effettuata nel periodo maggio-giugno 2015 nella città di Erzurum, uno dei centri più grandi della Turchia con oltre 700.000 abitanti. Qui gli studiosi hanno definito le zone di provenienza dei partecipanti come segue:

- Centro città di classe media = area caratterizzata da appartamenti e persone borghesi
- *Slum* del centro città = zona connessa al centro costituita da edifici in cattive condizioni e persone di basso status sociale
- Paese = insediamento con più di 5.000 abitanti e situato almeno a 5 chilometri di distanza dalla città più vicina
- Villaggio = insediamento con meno di 5.000 abitanti

Dalle 18 scuole selezionate sono stati scelti 1080 bambini provenienti solo dalle classi di seconda e terza elementare, poiché concentrarsi sui soggetti del primo anno avrebbe potuto portare alla scoperta di problematiche connesse all'adattamento scolastico; l'età media era di più o meno 8 anni e i soggetti erano quasi equamente distribuiti in base al genere (M = 51.5%, F = 48.5%). Ai genitori è stato chiesto di compilare un questionario sociodemografico, mentre gli studenti sono stati valutati attraverso il DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*), un insieme di interviste e questionari per soggetti di 2-17 anni volto a fornire diagnosi in accordo sia con il DSM-IV che con l'ICD-10. Il DAWBA permette di ottenere tre tipi di diagnosi:

- 1) Diagnosi certa = il paziente asseconda tutti i criteri diagnostici di una patologia
- 2) Diagnosi incerta = il paziente mostra alcuni sintomi di una patologia ma non ne asseconda tutti i criteri diagnostici
- 3) Nessuna diagnosi = il paziente non soffre di particolari sintomi

Dalle analisi statistiche è emerso che l'8.4% degli studenti è affetto da un disturbo, mentre il 7.2% si trova appena sotto la soglia della diagnosi. Inoltre, le patologie maggiormente riscontrate sono state: fobie specifiche, ADHD e disturbo oppositivo-provocatorio. Per quanto riguarda la provenienza dei bambini, invece, si è osservata un'incidenza maggiore nei villaggi rispetto al resto degli insediamenti (11.9% - 7.2%). Infine, dai questionari sociodemografici sembra che lo stato psichico della madre e il percorso scolastico genitoriale costituiscano dei fattori di rischio per la salute mentale degli individui. I risultati sono in contrapposizione rispetto a quanto ottenuto da studi precedenti che hanno

approfondito la medesima tematica, ma evidenziano come anche nei contesti più rurali la salute mentale possa venir meno. In Turchia tale situazione può essere spiegata dal fatto che, in accordo con il *Turkish Statistical Institute*, il 38.8% della popolazione residente nei villaggi guadagna a persona meno di 1\$ al giorno, uno svantaggio netto che renderebbe la vita particolarmente complicata. Infine, concludono gli autori, dovrebbero essere tenuti in considerazione anche pregiudizi e stereotipi sulla salute mentale, tutt'oggi presenti nelle aree rurali e più conservatrici della Turchia.

CAPITOLO 3

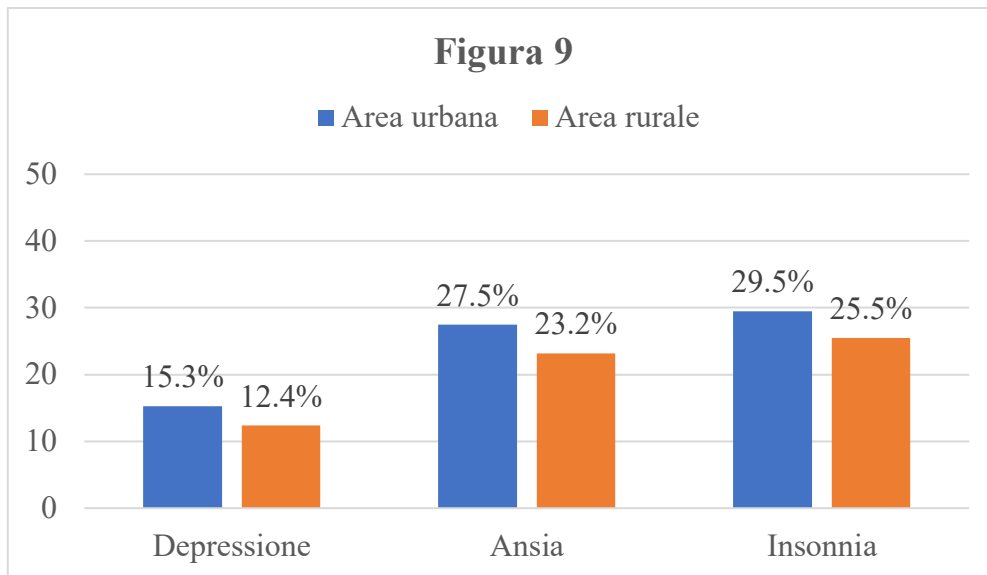
GLI EFFETTI DEL COVID-19

In quest'ultimo capitolo l'obiettivo della ricerca viene ulteriormente approfondito a causa di quanto accaduto durante la pandemia del COVID-19. Se da un lato viene piuttosto automatico pensare che le varie restrizioni apportate negli ultimi anni hanno avuto conseguenze tutt'altro che benefiche sulla gente, dall'altro è opportuno chiedersi se il virus è stato maggiormente impattante per coloro che lo hanno affrontato in una città o per coloro che lo hanno affrontato in un contesto più isolato.

Liu, Xue, Xin Li, J. Zhang, Zhou e W. Zhang [2020] hanno condotto il loro studio nell'epicentro della pandemia, la Cina. Dal 25 febbraio al 17 marzo 2020 sono stati somministrati dei questionari ai pazienti del *West China Hospital* dell'università di Sichuan, con l'obiettivo di rilevare eventuali sintomi di depressione, ansia e insonnia connessi al COVID-19. Coloro che hanno fornito delle risposte sospette hanno dovuto compilare i seguenti questionari di approfondimento: GAD-7 (*7-item Generalized Anxiety Disorder*), PHQ-9 (*9-item Patient Health Questionnaire*) e ISI (*Insomnia Severity Index*). In totale sono state valutate 3.068 persone (1.928 urbane e 1.140 rurali) e di queste il 36.2% ha risposto in maniera affermativa alla presenza dei sintomi (1.110 = 714 urbane e 396 rurali). Le tabelle sottostanti [Figura 8 e Figura 9] riportano, rispettivamente, le prevalenze totali dei disturbi precedentemente citati e la loro distribuzione nei due contesti.

Figura 8

Disturbo	Prevalenza (su 1.110 persone)
Depressione	14.2%
Ansia	25.9%
Insonnia	27.9%



Come evidenziato dalle percentuali, i contesti urbani sono stati maggiormente colpiti dal COVID-19 in termini di salute mentale. Nello specifico, i ricercatori hanno anche constatato che:

- I residenti urbani hanno temuto di essere infettati dal virus negli ospedali mentre i residenti rurali sono stati parecchio limitati dalle restrizioni sui trasporti
- Per i residenti urbani il vivere con qualcun altro ha costituito un fattore di rischio legato all'ansia, invece per i residenti rurali l'essere sposati ha costituito un fattore di protezione nei confronti della depressione
- Per i residenti urbani un alto introito familiare ha costituito un fattore di rischio legato all'insonnia
- Per i residenti rurali il non aver ricevuto diagnosi e/o trattamenti tempestivi ha costituito un fattore di rischio legato all'insonnia

Alla luce di tutto ciò, gli studiosi propongono diverse soluzioni per spiegare questo fenomeno. Innanzitutto, è importante ricordare che in Cina la maggior parte dei casi di COVID-19 è stata registrata all'interno di località urbane, cosa che quindi le avrebbe rese particolarmente vulnerabili da un punto di vista statistico. Inoltre, l'alta densità delle persone residenti nelle città potrebbe aver facilitato la diffusione del virus, portando ad un numero sempre crescente di positivi. In aggiunta, l'ansia e la depressione potrebbero essere state causate non solo dalla situazione surreale della pandemia in sé, ma anche da misure di prevenzione come l'isolamento o la distanza sociale. Per concludere, è necessario tenere in considerazione anche le caratteristiche degli abitanti rurali, potenzialmente meno esposti ai media e dunque meno soggetti allo stress causato dal COVID-19. I ricercatori invogliano i servizi sanitari ad occuparsi anche di coloro che nella pandemia hanno sviluppato psicopatologie più o meno gravi.

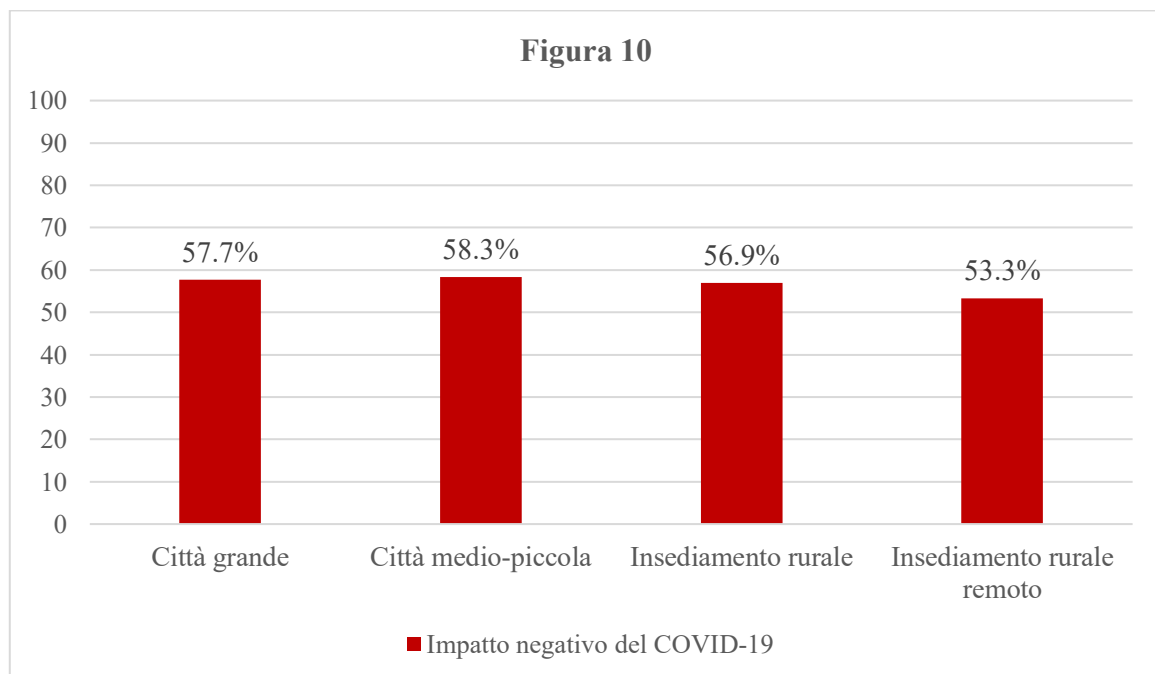
In un articolo pubblicato da Nicole M. Summers-Gabr [2020] si fa chiarezza su ciò che è accaduto negli Stati Uniti, la nazione che, nel 2019, ha fatto registrare il maggior numero di vittime di COVID-19 a livello mondiale. Durante la pandemia, infatti, sono state adottate misure che hanno interrotto ogni tipo di attività quotidiana e che hanno messo le persone in situazioni molto complicate da affrontare. L'autrice parte da una serie di considerazioni: innanzitutto, negli Stati Uniti monitorare l'andamento del COVID-19 risulta difficile a causa della popolazione particolarmente dispersa; inoltre, la salute sembra essere più precaria per coloro che vivono nelle zone rurali del paese dato che infarti, tumori, dipendenze da sostanze e psicopatologie appaiono più frequenti; infine, questa disuguaglianza potrebbe essere spiegata dal fatto che fuori dalle città c'è una minor presenza di servizi sanitari e, quindi, un numero di psicologi e/o psichiatri piuttosto basso. Di conseguenza, se la vita nei contesti rurali non era facile ancor prima della pandemia, è logico pensare che dopo il suo avvento la situazione non può che essere peggiorata perché, ad esempio, misure come l'isolamento sociale hanno ulteriormente svantaggiato queste zone. Dunque, se negli Stati Uniti le zone meno urbanizzate hanno avute l'esito peggiore, quali strategie sono state messe in atto per intervenire sulla salute dei residenti? Per far fronte ai disturbi mentali durante il COVID-19 si è fatto inizialmente ricorso alla telemedicina, ma questa soluzione non sembra essere stata così efficace perché in America non tutti usufruiscono di una connessione internet o possiedono le capacità necessarie per utilizzare dispositivi tecnologici. Paradossalmente gli interventi più importanti sono stati quelli organizzati dalle comunità stesse, le quali hanno dovuto agire in maniera autonoma a causa di una scarsa presenza del governo. Per citarne alcuni si possono menzionare: linee telefoniche create appositamente per coloro che hanno sperimentato ansia e stress durante la pandemia, cittadini che hanno comprato e poi donato del cibo ai professionisti impegnati nella lotta con il virus e insegnanti che hanno recapitato agli studenti più svantaggiati del materiale scolastico affinché non rimanessero indietro con il programma. L'autrice conclude l'articolo dicendo che, finché non si creano programmi d'intervento accessibili a tutti i contesti d'America, l'*outcome* delle aree rurali continuerà ad essere nettamente peggiore rispetto alle controparti urbane.

Il periodo COVID-19 negli Stati Uniti viene però indagato in modo ancora più approfondito da Shannon Monnat [2021], la quale conduce un ampio studio volto ad individuare le differenze urbano-rurali negli adulti (18-64 anni) concentrandosi non solo sulla salute fisica e/o mentale, ma anche sul lavoro, sulle interazioni sociali e sull'economia delle famiglie. In realtà, già a inizio pandemia l'autrice aveva ipotizzato un impatto decisamente peggiore per le aree rurali poiché, nonostante in esse la diffusione del virus potesse essere più limitata rispetto alle città, alcune caratteristiche della popolazione e certi elementi contestuali potevano costituire dei grandi fattori di rischio; infatti, gli abitanti di queste zone sono più vecchi, soffrono di maggiori problematiche della

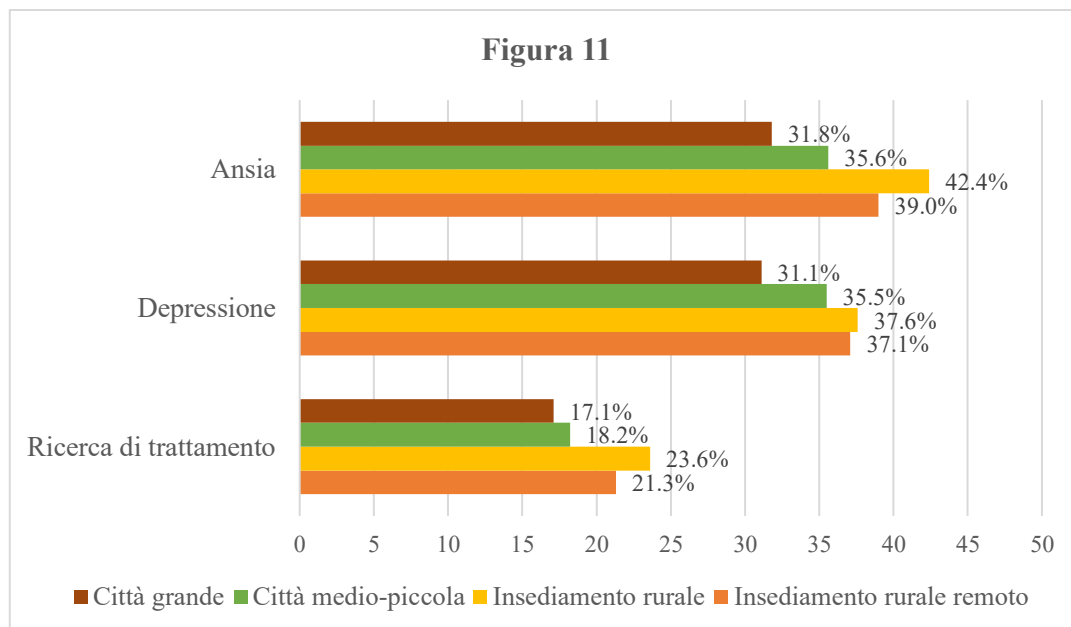
salute e non possono usufruire così facilmente dei servizi sanitari. Come dimostrato in seguito da numerose ricerche, Monnat ha avuto ragione perché le infezioni e le morti causate dalla pandemia hanno colpito gravemente gli insediamenti meno urbanizzati. Tornando allo studio, anche in questo caso la ricercatrice ipotizza il medesimo risultato, quindi una maggiore vulnerabilità della popolazione rurale al COVID-19, soprattutto alla luce dei seguenti elementi:

- Difficoltà sociali ed economiche
- Povertà maggiormente diffusa
- Scarso impiego lavorativo
- Bassi livelli di istruzione
- Problemi legati all'utilizzo di strutture sanitarie

Monnat comincia il proprio studio ottenendo i dati dalla *National Wellbeing Survey* (NWS), una ricerca nazionale condotta dall'Università di Syracuse su 4.014 adulti americani nel periodo 1° febbraio - 18 marzo 2021. I risultati hanno messo in evidenza che circa il 58% degli adulti ha riportato un impatto negativo del COVID-19 sulla vita ma, come rappresentato dalla **Figura 10**, non si sono riscontrate differenze statisticamente significative di questa insoddisfazione nei vari ambienti di vita.



Bensì, a risultare differenti sono state le conseguenze sulla salute mentale, decisamente peggiori nei contesti rurali. Difatti, parecchie risposte mostravano chiari segnali di ansia (42.4%) e depressione (37.6%) nelle ultime due settimane e il 23.6% degli individui mostrava interesse per un eventuale trattamento psicologico [**Figura 11**].



Ciò che Monnat ha ricavato conferma che il COVID-19 non ha avuto conseguenze geograficamente omogenee sul territorio degli Stati Uniti, andando a colpire in particolare i residenti delle zone rurali sotto tutti i punti di vista (salute fisica e mentale, rapporti sociali, economia). L'autrice invita i futuri ricercatori ad approfondire le differenze tra ambienti urbani e rurali, ad esaminare ulteriormente quest'ultimi e a trovare delle soluzioni per prevenire le problematiche del futuro.

CONCLUSIONI E DISCUSSIONE

In seguito a quanto riportato nei precedenti capitoli si può concludere che la domanda di ricerca non ha ancora ottenuto una risposta definitiva per molteplici ragioni. Innanzitutto, l'argomento è talmente vasto che è praticamente impossibile condurre uno studio che include tutte le potenziali variabili immaginabili, poiché non andrebbero rilevate solo le caratteristiche del contesto di vita, ma anche quelle specifiche di ogni individuo. Inoltre, non si potrà mai fornire una soluzione universale poiché, come ben sappiamo, ogni nazione del mondo possiede una cultura diversa se non addirittura opposta alle altre e quindi ciò che accade in una parte del globo potrebbe non manifestarsi altrove. Infine, nonostante la maggior parte delle ricerche abbia indicato le città come più predisponenti alle patologie, ci sono stati risultati che suggeriscono anche i contesti rurali come "pericolosi" e questo conferma che non ci si deve soffermare solo su una netta categorizzazione delle problematiche, ma che ogni insediamento andrebbe studiato approfonditamente perché costituito da caratteristiche proprie che lo distinguono da qualsiasi altro centro abitato. Ecco perché gli studi del futuro dovranno essere sempre più specifici e mirati ad analizzare addirittura i sotto-contesti, in modo da proporre soluzioni e interventi fatti su misura per un determinato ambiente di vita.

BIBLIOGRAFIA

- Breslau J., Marshall G.N., Pincus H.A. & Brown R.A. (2014). *Are mental disorders more common in urban than rural areas of the United States? Journal of Psychiatric Research*, 56, 50–55
- Romans S., Cohen M. & Forte T. (2011). *Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 46(7), 567–575
- McKenzie K., Murray A. & Booth T. (2013). *Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1019–1024
- Peen J., Schoevers R.A., Beekman A.T. & Dekker J. (2010). *The current status of Urban-rural differences in psychiatric disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84–93
- Judd F.K., Jackson H.J., Komiti A., Murray G., Hodgins G. & Fraser, C. (2002). *High prevalence disorders in urban and rural communities. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 104–113
- Zahner G.E., Jacobs J.H., Freeman D.H. & Trainor K.F. (1993). *Rural-urban child psychopathology in a northeastern US state: 1986-1989. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 378–387
- Jané M.C., Canals J., Ballespí S., Viñas F., Esparó G. & Doménech, E. (2006). *Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children: Differences between urban-rural Spanish areas. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 41(5), 386–393
- Kirubasankar A., Nagarajan P., Kandasamy P. & Kattimani, S. (2021). *More students with anxiety disorders in Urban schools than in rural schools: A comparative study from Union Territory, India. Asian Journal of Psychiatry*, 56
- Dursun O.B., Esin İ.S., Akıncı M.A., Karayağmurlu A., Turan B. & Aşıkhasanoğlu, E. Ö. (2020). *The prevalence of childhood mental disorders in different habitations: Are we underestimating their prevalence in rural areas? Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 201–207
- Liu Liu, Pei Xue, Shirley Xin Li, Jihui Zhang, Junying Zhou and Wensheng Zhang. 2021. “Urban-Rural Disparities in Mental Health Problems Related to COVID-19 in China.” *General Hospital Psychiatry* 69 (March): 119–20

Summers-Gabr N.M. (2020). *Rural–urban mental health disparities in the United States during COVID-19. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S222–S224

Monnat S. (2021). *Rural-urban variation in COVID-19 experiences and impacts among US working-age adults. Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 698(1), 111–136