



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
Della Socializzazione**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica
Dello Sviluppo**

Tesi di Laurea Magistrale

**L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DI COVID-19
SUL FUNZIONAMENTO EMOTIVO E SUL BENESSERE
PSICOLOGICO DI ADOLESCENTI E ADULTI EMERGENTI**
Conseguenze a lungo termine e ruolo di alcuni mediatori

THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC
ON THE EMOTIONAL FUNCTIONING AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING
OF ADOLESCENTS AND EMERGING ADULTS
Long-term consequences and the role of some mediators

**Relatore:
Prof. Albiero Paolo**

**Laureando:
Generali Pietro
Matricola n. 2052337**

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

Introduzione.....	5
1. La Pandemia: un vecchio, nuovo, assetto sociale.....	7
1.1 Le Pandemie nella storia e la particolarità di quella di Covid-19.....	9
1.1.1 La Peste e la Quarantena.....	9
1.1.2 AIDS.....	12
1.1.3 L' Influenza “Spagnola” del 1918.....	13
1.1.4 SARS.....	15
1.2 Scoppio e tappe della pandemia in Italia e nel resto del Mondo.....	16
1.3 Gestione della pandemia: i differenti approcci politici e le basi culturali su cui essi si poggiano.....	21
2. Adolescenza e Adulità Emergente: età di cambiamenti e di definizione	27
2.1 Adolescenza.....	28
2.2 Compiti di Sviluppo e caratteristiche peculiari.....	30
2.2.1 Sviluppo Neurologico e Cerebrale.....	30
2.2.2 Relazioni.....	34
2.2.3 Corpo.....	35
2.2.4 Sonno.....	36
2.2.5 Social Network.....	38
2.3 Adulità Emergente.....	39
3. Psicopatologie e Fattori di mediazione.....	43
3.1 Il Benessere Psicologico durante e dopo il Covid-19: <i>Come la pandemia ha influenzato la salute mentale di adolescenti e adulti emergenti.....</i>	43
3.2 L'incremento di psicopatologie durante e dopo la pandemia di Covid-19	50
3.2.1 Ansia.....	50
3.2.2 Depressione.....	52

3.2.3	Ideazione Suicidaria.....	54
3.3	Il ruolo di alcuni fattori di mediazione.....	55
3.3.1	Autostima.....	56
3.3.2	Supporto Sociale Percepito.....	57
3.3.3	Regolazione Emotiva.....	58
3.3.4	Resilienza.....	59
4.	La ricerca.....	61
4.1	Obiettivi e ipotesi.....	62
4.2	Partecipanti e statistiche descrittive.....	64
4.3	Strumenti.....	66
4.3.1	DERS - Difficulties in Emotion Regulation Scale.....	66
4.3.2	MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support....	67
4.3.3	RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale.....	68
4.3.4	ER89-R - Ego Resiliency Scale Revised.....	69
4.3.5	CSSQ – Covid-19 Student Stress Questionnaire.....	70
4.3.6	IES-R - Impact of the Event Scale Revised.....	71
4.3.7	PGWBI - Psychological General Well Being Index.....	71
4.4	Risultati e analisi dei dati.....	73
4.4.1	Analisi della varianza: confronti tra genere ed età.....	74
4.4.2	Correlazioni tra le variabili indagate all'interno del modello di mediazione.....	86
4.4.3	Modello di mediazione.....	88
4.4.4	Correlazioni bivariate tra fattori sociodemografici.....	93
4.5	Discussione.....	98
5.	Conclusioni.....	105
6.	Bibliografia.....	107

INTRODUZIONE

Venerdì 5 maggio 2023, mentre inizia la stesura di questa Tesi di Laurea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha decretato la fine dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia del virus SARS-CoV-2, comunemente conosciuto come Covid-19.

A distanza di più di tre anni dal suo scoppio, 767.750.853 di casi e 6.941.095 di decessi¹ dopo, ciò a cui assistiamo è una realtà che si sforza di fare ritorno alla normalità pre-pandemica, trovandosi però a dover fronteggiare le conseguenze silenziose del virus e degli anni di pandemia: una crisi economica che si inserisce su un impianto nazionale già precario, l'accentuarsi delle differenze sociali, il ritardo dello sviluppo dei compiti evolutivi nelle fasce d'età più sensibili e il malessere psicologico di una generazione di adolescenti e adulti emergenti che soprattutto ora, a distanza di tre anni, paga le conseguenze di quanto accaduto nel recente passato.

Ci troviamo a vivere un periodo storico unico e particolare, le cui conseguenze non sono ancora chiare: il disagio, sia esso economico-sociale o sia esso psicologico, è in aumento, la domanda di un sostegno psicologico da parte delle più giovani generazioni è in crescita, ma tali aspetti sembrano essere invisibili alla maggioranza delle istituzioni.

Questa tesi si propone di indagare tale disagio e di analizzare le ripercussioni della pandemia di Covid-19 sulla salute mentale e sul benessere psicologico di adolescenti e adulti emergenti. Quanto la pandemia abbia reso visibile un malessere preesistente e ora ineludibile, quanto abbia portato all'insorgenza di psicopatologie ex-novo, quale sia la loro prevalenza e quali le loro conseguenze in un periodo di cambiamenti e di individuazione come quello che va dai dodici ai ventisei anni, sono domande alle quali mi propongo di rispondere nel corso di questa trattazione.

Nella tesi, divisa in cinque capitoli, analizzerò dapprima le pandemie che si sono susseguite nel corso della storia dell'umanità, cercando di cogliere similitudini e differenze con quanto abbiamo sperimentato nel recente passato e sottolineando come i virus e le pandemie si ripresentino ciclicamente nel corso delle civiltà, influenzandone assetti sociali e psicologici. Il secondo capitolo entrerà nel merito dell'adolescenza e dell'adulthood emergente, riporterò le peculiarità di questi periodi di vita e cercherò di sfatare alcuni luoghi comuni che troppo spesso ne accompagnano la narrazione. Ciò permetterà di cogliere come mai queste fasce di età siano state così sensibili al periodo pandemico e ai mesi di lockdown. Tale riflessione ci condurrà, quindi, al terzo capitolo in cui analizzerò l'incremento di psicopatologie che si è registrato in queste fasce d'età, sia durante i mesi centrali della

¹ Ultimi dati OMS. Fonte: Health Emergency Dashboard, 7 Giugno 2023 ore 12:23, consultato tramite <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5338&lingua=italiano&menu=vuoto> (data di ultima consultazione: Martedì 27 Giugno)

pandemia, sia ad oggi, a più di tre anni di distanza dal suo inizio. Il quarto capitolo consisterà nell'esposizione della ricerca condotta: un questionario self-report compilato da 513 tra adolescenti e adulti emergenti, volto ad indagare il ruolo di alcuni mediatori nell'influenzare il benessere psicologico ed il funzionamento emotivo in relazione all'impatto del periodo pandemico.

Il questionario si costituisce di una parte anagrafica iniziale seguita da sette diverse scale volte ad analizzare nello specifico: la capacità di regolazione emotiva (DERS, Difficulties in Emotion Regulation), il supporto sociale percepito (MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support), l'autostima (RSES, Rosenberg Self Esteem Scale), la resilienza (ER89-R, Ego Resiliency Scale Revised), lo stress percepito in relazione al Covid-19 (CSSQ, Covid Student Stress Questionnaire), il possibile trauma associato al Covid-19 e all'esposizione al periodo pandemico (IES-R, Impact of Event Scale – Revised) e lo stato generale di benessere psicologico (PGWBI, Psychological General Well-Being Index).

Nel quinto capitolo, infine, troveranno spazio le conclusioni.

LA PANDEMIA: UN VECCHIO, NUOVO, ASSETTO SOCIALE

*“pandemìa s. f. [rifacimento di epidemia secondo l’agg. Gr. Πανδημιος «di tutto il popolo»]
Epidemia con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti. La p. può dirsi realizzata soltanto in presenza di queste tre condizioni: un organismo altamente virulento, mancanza di immunizzazione specifica nell’uomo e possibilità di trasmissione da uomo a uomo.”*

(“Pandemia” in Enciclopedia Treccani, Dizionario di Medicina, 2010)

Da sempre: dalla peste di Giustiniano, considerata la causa della caduta dell’Impero Romano, fino all’AIDS e alla SARS, le pandemie influenzano la storia dei popoli, e la loro narrazione da parte degli storici o dei mass media si lega indissolubilmente al ricordo delle epoche in cui esse si sono presentate. Quanto mi propongo di fare con questo primo capitolo introduttivo è quindi cercare di capire come le grandi pandemie, siano esse del passato o della fine del XX secolo, ci possano aiutare a comprendere le peculiarità della pandemia di Covid-19.

Quella originatasi a Wuhan nel dicembre 2019 è l’unica pandemia a cui le più giovani generazioni, oggetto di questa indagine, hanno assistito, quella che le ha colpite più direttamente. La storia dell’umanità, tuttavia, è costellata da pandemie: dove ci sono uomini ci sono anche malattie e le conseguenze che esse portano con sé.

Quando una malattia colpisce più persone e si diffonde in maniera più estesa di quanto si possa prevedere si può parlare di un’epidemia. L’epidemia colpisce solamente parte di una popolazione, per quanto ampia essa possa risultare; è quando l’epidemia si estende oltre i confini di una nazione, oppure travalica una specifica regione o area geografica, contagiando una vasta area di popolazione, che si può parlare di pandemia (Ippolito, Girardi & Pulcinelli, 2015).

Come riportato nella definizione di “Pandemia” all’interno del Dizionario di Medicina dell’Enciclopedia Treccani e come specifica l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), i tre criteri definitivi di uno stato pandemico sono: un virus geneticamente differente da quelli presenti nella popolazione umana, per il quale non siano stati sviluppati anticorpi efficaci, avente possibilità di trasmissione interumana e con alta capacità di contagio, fattori che ne permettano una rapida diffusione (Ippolito, Girardi & Pulcinelli, 2015).

Ciò a cui oggi stiamo assistendo è ciò che Bartlett definiva come “un’epidemia di epidemie” (Bartlett, 2014). Per quanto, infatti, la diffusione mondiale del Covid-19 abbia polarizzato l’attenzione e offuscato i ricordi, sono diversi i virus la cui diffusione ha raggiunto lo stato pandemico nel recente passato, virus divenuti in alcuni casi endemici e con i quali abbiamo imparato a convivere.

Identificato nel 1976 e appartenente alla famiglia dei filo-virus, il virus Ebola causa violente febbri emorragiche che possono portare, molto spesso, alla morte. Il 23 marzo 2014 in Guinea, nell’Africa Occidentale, è stato individuato un focolaio di Ebola che di lì a poco avrebbe dato luogo all’infezione più estesa causata dal virus fino a quel momento (Frieden, Damon, Bell et al., 2014). Individuato nelle aree boschive della Guinea sud-orientale, ben presto, quello che era solo un focolaio si è esteso a Liberia e Sierra Leone, nei mesi successivi a Nigeria, Senegal e Mali, per poi giungere in occidente con casi confermati in Germania, Italia, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti, dove l’infezione è stata ben presto sedata (Frieden, Damon, Bell et al., 2014). Il primo caso confermato di questa pandemia è stato quello di un bambino, morto nel dicembre 2013 in Guinea sud-orientale, la fonte del contagio? Probabilmente frutta contaminata con feci o fluidi di pipistrelli della frutta, uno dei serbatoi animali del virus (Hayden, 2014), una storia con la quale abbiamo imparato a familiarizzare negli ultimi anni.

“The fact that the viruses are more common than was once thought suggests that they have been around for a very long time — perhaps for most of human history. And it could be that scientists are detecting only a small fraction of events in which they cross over from animals to humans.”

(Ayato Takada, Hokkaido University, in Hayden, 2014)

Un altro esempio che permette di cogliere ancora più a fondo l’impatto umano e mediatico di una pandemia e capire lo stretto rapporto tra esseri umani e virus è quello dell’AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) causata dal virus HIV. L’AIDS non solo è ormai endemico in diverse parti del mondo, ma si è affiancato a forti ripercussioni politiche e sociali scrivendo parte della storia della società occidentale (e mondiale) dagli anni ’80 ad oggi (Greene, 2007). Il report UNAIDS 2021 delle Nazioni Unite sottolinea che, per quanto i dati siano in calo, solo nel 2020 in media i nuovi contagi sono stati di 1.5 milioni, 37.7 milioni le persone che convivono con il virus, 680000 le persone decedute a causa di esso (UNAIDS, *The gap report*, 2021).

Le pandemie accompagnano il corso della storia dell’umanità. Le prossime pagine tratteranno alcune delle più grandi pandemie, dalla peste fino ad arrivare alla più recente SARS, dall’Influenza “Spagnola” del 1918 all’AIDS; mostrerò come gli incontri tra uomo e virus abbiano contribuito a

modulare le risposte che gli stati del mondo, in particolare quello occidentale, hanno fornito in risposta al Covid-19 e le conseguenze che esse hanno comportato.

1.1 LE PANDEMIE NELLA STORIA E LA PARTICOLARITÀ DI QUELLA DI COVID-19

1.1.1 LA PESTE E LA QUARANTENA

Con il Covid-19 il mondo è entrato a pieno titolo in una nuova era delle pandemie. Quali saranno le conseguenze di questo fenomeno sulla politica, la società e sulla salute mentale non è ancora del tutto chiaro; ciò che è evidente, invece, è il segno indelebile che questo avvenimento ha lasciato e lascerà sulla realtà che ci circonda.

Cerchiamo ora di capire quanto tale pandemia e le risposte che ad essa sono state date poggino le proprie fondamenta nelle pandemie che l'Europa e il Mondo hanno conosciuto nel corso dei secoli, iniziamo quindi parlando della Peste. L'obbiettivo di questo paragrafo non è soffermarsi sulle somiglianze tra la pandemia di Peste e quella di Covid-19, ma cogliere le eredità delle pestilenze del passato, così radicate nella cultura occidentale da modulare il nostro pensiero (Varlik, 2020).

La peste è una zoonosi murina originata dal batterio *Yersinia Pestis* di cui gli esseri umani sono ospiti accidentali, può quindi essere contratta inizialmente dal contatto con animali e i loro parassiti a cui può seguire una trasmissione interumana (Raoult, Mouffok, Bitam, Piarroux & Drancourt, 2013).

La peste è una delle malattie che hanno condizionato il corso della storia dell'umanità, da quella di Atene, probabilmente però causata da un diverso batterio (*Salmonella Typhi*) e ritenuta responsabile della fine della Guerra del Peloponneso, a quella di Giustiniano, tra le cause scatenanti la caduta dell'Impero Romano e prima grande pandemia europea (Raoult et al., 2013). Si possono ricondurre a tre le ondate di diffusione della Peste nel mondo, anche se tracce del genoma del DNA di *Yersinia Pestis* sono state ritrovate in scheletri di uomini dell'età del bronzo risalenti a circa 3800 anni fa, lasciando intuire che il legame tra Peste e uomo sia ben più antico di quanto i documenti storici possano attestare (Glatter & Finkelman. 2021).

La prima pandemia di peste raggiunse Costantinopoli tra il 541 e il 542 d.C. Proveniente dall'India, portò al susseguirsi di circa diciotto ondate successive della malattia che si diffusero a partire dalle aree orientali del Mediterraneo fino al cuore dell'Europa e all'Irlanda, provocando la fine dell'Impero Romano e la morte dell'Imperatore Giustiniano (Glatter & Finkelman. 2021). Le scarse conoscenze e le precarie condizioni igieniche contribuivano alla vasta diffusione delle pandemie che arrivavano

a dimezzare la popolazione di città e imperi, portando a mancanza di soldati e di manodopera, lasciandone sguarnite le difese e in crisi le economie.

Nel 1347, durante l'assedio da parte dei Tartari della città di Caffa, colonia genovese in Crimea, scoppiò quella che presto sarebbe diventata la seconda pandemia di peste, la più grande pandemia che il Mondo abbia mai conosciuto e uno dei primi esempi di globalizzazione delle malattie. Con le navi genovesi ritornò infatti a Messina anche il batterio *Yersinia Pestis*, trasportato dalle pulci presenti sui topi nascosti nel grano che i genovesi commerciavano. La peste seguì quindi le rotte commerciali delle navi genovesi, passando dal porto di Messina a quello di Genova, per poi arrivare al porto di Marsiglia e da lì in tutta Europa, dove, dal 1347 al 1352, fu responsabile della morte di più di 25 milioni di persone, un terzo della popolazione europea (Glatter & Finkelman. 2021).

La terza pandemia di peste ebbe invece origine nella provincia dello Yunnan, in Cina sud-occidentale nel 1855, estendendosi poi a Taiwan e Hong Kong. Tra il 1910 e il 1920, le navi la trasportarono in Giappone, India, Australia e America (Glatter & Finkelman. 2021). È questa stessa pandemia ad essersi protratta fino al giorno d'oggi, essendo ormai endemica in aree come il Madagascar, il Congo ed il Perù.

Per quanto la terza pandemia abbia implicazioni mediche che ci toccano ancora oggi, è la seconda ondata di Peste, comunemente chiamata "Peste Nera", quella sulla quale voglio soffermarmi.

L'eredità storica della seconda ondata di peste, infatti, non si limita ai 25 milioni di vittime in soli cinque anni, ma questa pandemia ha avuto la peculiarità di cambiare l'assetto societario e culturale dell'Europa del XIV secolo e dei secoli a venire. La "Peste Nera" non solo portò a una grande carenza di manodopera in agricoltura e artigianato, ma portò con sé anche il declino di potere e di status degli stati italiani a partire dai quali la pandemia si era diffusa in Europa, un fenomeno di discriminazione molto simile a quanto accaduto con le persone cinesi ad inizio 2020 (Glatter & Finkelman. 2021). Un'altra profonda eredità storica che questa pestilenza ha tramandato nei secoli è quella della pratica di quarantena. Diversa dall'isolamento, che indica la separazione di soggetti già noti per essere contagiosi, la quarantena indica la separazione di individui sani che sono stati esposti ad una malattia potenzialmente contagiosa (Gensini, Yacoub & Conti, 2004).

Nel 1377 il rettore del porto di Ragusa (oggi Dubrovnik) impose un periodo di isolamento in mare di trenta giorni per tutte le navi, in modo da monitorare eventuali casi di peste a bordo, con l'obiettivo di preservare, oltre alla salute delle persone, i commerci della città. Tale periodo si estese a quaranta giorni per i viaggiatori che entravano in città via terra, da cui il termine quarantena. Questa pratica assunse nel corso della storia diversi significati culturali e politici, oltre che medici: venne applicata sia per i casi di tubercolosi, sia per la pandemia di SARS nel 2003, ma ne troviamo già tracce sia nell'Antico che nel Nuovo Testamento; nel libro del Levitico infatti si sottolinea come venissero

applicate pratiche affini alla quarantena per i malati di lebbra, o ancora, che la lebbra fosse un male incurabile se non per mezzo di intercessione divina e quindi fonte di discriminazione e separazione sociale (Gensini, Yacoub & Conti, 2004). L'isolamento, ancor prima della peste, è sempre stato utilizzato come pratica per limitare l'accesso di persone e risorse provenienti da comunità infette; è con la peste del XIV secolo però che nasce il termine quarantena e la valenza preventiva che ancora oggi essa porta con sé.

Nel 1423 la Repubblica di Venezia istituì un lazzaretto fuori dai confini cittadini, ben presto modello della gestione delle quarantene e del contagio in tutta Europa. Nel XVI secolo si definì il concetto stesso di contagio, sottolineando come piccole particelle potessero trasmettere le malattie; ciò contribuì enormemente allo sviluppo dei sistemi di quarantena che, nel XVIII secolo, erano così diffusi e differenziati da nazione a nazione, da fungere addirittura da strumento di controllo politico e di spionaggio. Solo nel 1851 a Parigi si tenne la prima Conferenza Sanitaria Internazionale dove si cercò di uniformare i diversi sistemi di quarantena, raggiungendo un accordo nel 1893 (Gensini, Yacoub & Conti, 2004). Ad oggi assistiamo a misure di quarantena fortemente medicalizzate: l'OMS ha istituito organi deputati al controllo e alla gestione delle malattie e ogni nazione si avvale di enti preposti all'identificazione delle infezioni. Tuttavia, quanto riportato connota differenze culturali nella gestione delle quarantene che si sono ripresentate con la pandemia di Covid-19, differenze che rispecchiano diversità negli assetti geopolitici e sociali di ogni nazione e che hanno un forte impatto sulla salute mentale della popolazione stessa.

La "Peste Nera" non fu una singola epidemia: quanto accadde nel XIV secolo fu l'inizio di un regime di malattie che continuò a ripresentarsi per secoli in Europa. La convivenza con la peste divenne la normalità per le popolazioni del basso medioevo e della prima età moderna. La "Peste Nera" è quindi la pandemia principe per poter studiare l'interazione tra un nuovo agente patogeno e una popolazione che lo incontra per la prima volta, in un'ottica di coesistenza a lungo termine (Varlik, 2020).

Il più grande retaggio di questa seconda ondata di pestilenze deriva proprio dall'evento che ne sancisce la fine, ovvero la Peste di Marsiglia scoppiata nel 1720. Questo avvenimento, per quanto non rappresenti il culmine dei contagi della grande "Peste Nera" nel corso dei secoli, è passato alla storia come l'evento che ha sancito la fine della peste tra i grandi stati europei. L'Europa aveva finalmente vinto la lotta contro la peste proveniente dall'oriente, aveva vinto con il suo modello fatto di controlli alle frontiere, stazioni di isolamento e quarantene. Trecento anni dopo, tale modello occidentale è ancora ben radicato nella cultura medica e popolare, tanto da aver costituito l'impianto di risposta di gran parte delle società occidentali (e non solo) al Covid-19, un modello che l'Europa del XVIII secolo ha esportato con la convinzione suprematista che, in quanto vittorioso sulla Peste di Marsiglia, dovesse essere imposto anche altrove (Varlik, 2020). Un'altra profonda eredità che la peste

ha lasciato è quella di una crisi economica e di significati che per secoli ha trovato risposta nella ricerca di un untore:

“La peste ci arriva dall’Asia, e per duemila anni tutte le pestilenze apparse in Europa sono state trasmesse attraverso la comunicazione dei Saraceni, degli Arabi, dei Mori o dei Turchi con noi, e nessuna delle nostre pestilenze ha avuto un’altra origine.”

(Encyclopédie di Diderot e d’Alembert, XVIII secolo, in Varlik, 2020)

Un estratto molto simile a quanto affermato dall’ex presidente degli Stati Uniti Donald Trump che nel 2020 definì il Covid-19 come un *“virus cinese”*, dichiarazioni che si associarono ad un forte incremento di attacchi razzisti nei confronti di persone di origine asiatica in Europa e Stati Uniti (Varlik, 2020).

Le convinzioni modulate dalle grandi pandemie di peste sono diventate dogmi nella società odierna: non solo l’idea delle malattie come disgrazie importate dall’oriente, ma soprattutto le misure intraprese in risposta a virus e ai contagi che hanno caratterizzato la nostra normalità nel recente passato.

1.1.2 AIDS

Nessuna pandemia come quella di AIDS può restituire un’immagine completa di come un virus e la malattia che ne consegue possano associarsi a stigma culturali e a ripercussioni sociali e politiche. È importante sottolineare come ogni pandemia si associ a una peculiare narrazione che ne influenza la percezione e che contribuisce a determinarne l’impatto sulla vita delle persone.

Nell’estate del 1981, in diverse città americane, giovani uomini gay iniziarono ad ammalarsi e successivamente a morire a causa di malattie che il loro sistema immunitario avrebbe dovuto, quantomeno in apparenza, debellare. Uomini magri, con lesioni viola su viso e braccia, causate da una forma di cancro chiamata Sarcoma di Kaposi, divennero la normalità nei grandi centri urbani americani e contribuirono a incrementare lo stigma rispetto a quella che veniva definita la *“peste gay”* (Greene, 2007).

Con il termine AIDS, introdotto nel 1982, si intende la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, malattia causata dal virus HIV, un retrovirus che si ritiene abbia compiuto il salto di specie passando dallo scimpanzè all’essere umano circa cento anni fa. Se inizialmente si riteneva che

l'immunodeficienza fosse causata da uno stile di vita disregolato, individuabile all'interno della comunità gay o tra i tossicodipendenti, che ne erano più affetti, è solo nel 1982 che la trasmissione dell'AIDS fu ricondotta con certezza a sangue e fluidi corporei. Nel 1983, il Center for Disease Control ne certifierà la trasmissione eterosessuale, ciononostante sono serviti diversi decenni per incrinare la percezione e indebolire lo stigma che vedeva l'AIDS come una malattia tipicamente trasmissibile da e tra i gay: in Europa si diffusero notizie di un'epidemia che colpiva le persone omosessuali e una diversa che colpiva le persone eterosessuali provenienti però dall'Africa. Ben presto è diventato chiaro che la trasmissione eterosessuale dell'AIDS determina circa l'80% dei suoi casi e che l'Africa subsahariana presenta i più alti tassi di infezione (Greene, 2007).

Solo pochi anni fa, in India si riteneva che solo le donne che si prostituivano, gli omosessuali e i tossicodipendenti potessero contrarre il virus (Mawar, Sahay, Pandit & Mahajan, 2004). Quanto bisogna comprendere quindi è che ogni pandemia si associa a supposizioni su chi possa essere il portatore di virus e batteri, supposizioni spesso fondate su stereotipi e fonte di discriminazione che non fanno altro che amplificare la pandemia stessa. Ciò che accomuna le pandemie di peste prima, di AIDS e Covid-19 dopo, sono paura, disinformazione e stigmatizzazione: come nel corso degli anni '80 furono imposte limitazioni all'ingresso negli Stati Uniti ai cittadini stranieri con HIV, nonostante lo stato americano presentasse il numero più alto di malati al mondo, così, nel recente passato, sono state imposte restrizioni agli ingressi negli Stati Uniti per le persone provenienti dalla Cina, additate come untrici del virus; questo nonostante indagini epidemiologiche abbiano dimostrato che la maggioranza dei casi che ha colpito New York ad inizio pandemia avesse origine europea. Le restrizioni ai viaggi provenienti dall'Europa sono state imposte solo un mese dopo quelle dalla Cina (Walters, 2020).

1.1.3 L'INFLUENZA SPAGNOLA DEL 1918

Febbre alta, mal di gola, tosse, mal di testa, stanchezza, dolori agli arti e fatica a respirare, seguiti da sangue al naso, pelle di colore violaceo e, in alcuni casi, morte. Sono questi i sintomi con cui, tra il 1918 e il 1919, la maggior parte della popolazione mondiale si trovò a fare i conti; sintomi solo apparentemente riconducibili ad una semplice influenza.

Scoppiata durante la Prima Guerra Mondiale, probabilmente all'interno di alcuni campi militari negli Stati Uniti, fu in Spagna, dove la guerra non c'era, che i giornali, non sottoposti a censura, iniziarono a parlare di una nuova malattia che imperversava tra la popolazione, successivamente nota come influenza spagnola (Pulcinelli, 2020).

L'influenza spagnola si presentò al Mondo nel 1918 e, in tre ondate successive, tra 1918 e 1919 uccise circa 50 milioni di persone tra Europa, Asia e Nord America. Il virus da cui origina è l'H1N1, un virus che ha compiuto il salto di specie passando dagli uccelli agli esseri umani e progenitore degli odierni virus influenzali noti come "influenza aviaria" o "suina", varianti meno virulente e non paragonabili per estensione e mortalità a quanto accaduto nel 1918. L'influenza spagnola, per quanto originatasi da un ceppo virale differente, presenta il quadro più simile per poter attuare un paragone medico e sociale con quanto accaduto con il Covid-19 (Taubenberger & Morens, 2006).

Le tre ondate di influenza spagnola si sono presentate nella primavera e nell'autunno del 1918 e poi nell'inverno tra 1918 e 1919. In Italia il virus giunse nel maggio 1918, toccando il suo apice con la seconda ondata, quella più letale, nell'estate dello stesso anno. Le misure utilizzate per bloccare il contagio furono le stesse che da secoli si tramandavano all'interno del patrimonio medico e culturale europeo: l'isolamento e la quarantena, applicate però appieno solo all'interno dei campi militari. Tra la popolazione afflitta dalla guerra, il virus si diffuse a macchia d'olio; nell'estate del 1918 il Ministero della Salute intimò di evitare assembramenti e di limitare il contatto con le persone, si predisposero organi preposti al controllo e al monitoraggio dei nuovi focolai e successivamente vennero vietati viaggi, cerimonie religiose e funebri, per giungere poi alla chiusura anticipata di osterie e negozi di generi alimentari (Pulcinelli, 2020).

Non solo in Italia la pandemia correva veloce, ma anche nel resto del Mondo: negli Stati Uniti vennero chiuse scuole, chiese e teatri. Il 5 ottobre 1918 a Philadelphia si contarono duemilaseicento morti, una settimana dopo quattromilacinquecento e il 10 Ottobre morirono circa mille persone in una sola giornata (Gina Kolata, 2000, in Pulcinelli, 2020). Tra i medici i contagi aumentavano, non vi erano più posti per seppellire i defunti e cominciò la ricerca degli untori; lo stesso nome dell'Influenza contribuì a trovare nella comunità spagnola un colpevole per l'origine di una malattia che stava mettendo in ginocchio un contesto societario già gravato dal peso della Grande Guerra.

Sono svariate le differenze che caratterizzano la pandemia del 1918 da quella di Covid-19, tra tutte l'epoca storica nella quale si sono presentate, l'una in una realtà afflitta dal primo conflitto mondiale, l'altra nella società globalizzata e interconnessa del XXI secolo. Il ceppo virale da cui originano è differente, anche i tassi di mortalità e le vittime lo sono stati: l'influenza spagnola, infatti, colpiva prevalentemente le persone tra i 20 e i 40 anni, incidenza opposta rispetto a quella del Covid-19 (Taubenberger & Morens, 2006). Tuttavia, per quanto le differenze siano presenti, ciò su cui mi vorrei soffermare ancora una volta è il ripetersi ciclico delle pandemie e delle modalità che l'uomo mette in atto in risposta ad esse. Ogni pandemia permette la costruzione di significati specifici e peculiari che si radicano nell'immaginario collettivo e orientano le scelte da attuare durante le emergenze successive.

1.1.4 SARS

La pandemia di SARS è un'infezione originatesi dallo stesso ceppo virale che ha portato alla nascita del Covid-19, con diversi punti in comune con il virus originatosi a Wuhan. Essa, assieme alla pandemia di MERS (Yang et al., 2020), è stata l'ultima pandemia presente nell'immaginario globale prima del dicembre 2019.

I coronavirus, così denominati per le punte simili a corone sulla loro superficie, sono virus che infettano comunemente i vertebrati, tra cui uccelli, pipistrelli, serpenti, topi, esseri umani e altri animali. Sono stati identificati per la prima volta negli anni '60 e nell'uomo determinano circa il 15% dei casi di raffreddore. Nella maggioranza dei casi si associano a malattie lievi, ma alle volte accade che si presenti un ceppo virulento che può causare anche la morte, come nel caso di SARS, MERS e Covid-19, la cui sintomatologia passa da sintomi simil-influenzali fino al distress respiratorio acuto (Yang et al., 2020).

SARS è un acronimo per Sindrome Respiratoria Acuta Grave, una patologia originata dal virus SARS-CoV, comparsa per la prima volta nell'autunno del 2002 nella provincia di Guangdong nella Cina meridionale. Tra la metà di novembre 2002 e il febbraio 2003, i casi segnalati erano 305. Il 21 febbraio 2003 un paziente infetto e malato trasportò la malattia ad Hong Kong, soggiornando all'hotel Metropole e, tramite una particolare combinazione di fattori, l'infezione si diffuse tramite aerosol, infettando dieci casi secondari che trasportarono l'infezione a Hong Kong, Singapore, Toronto e Hanoi (Cherry & Krogstad, 2004). Quella da SARS si può considerare come una "mini-pandemia" che ha infettato 8422 persone, causando 916 decessi in 29 paesi, venendo dichiarata controllata a sette mesi dalla sua comparsa con il 21% dei contagi tra operatori sanitari (Cherry & Krogstad, 2004).

Il SARS-CoV ha avuto origine dai pipistrelli e, utilizzando gli zibetti delle palme come ospiti intermedi, ha compiuto il salto di specie trasferendosi all'uomo (Yang et al., 2020). I tamponi nasali effettuati sugli zibetti delle palme dell'Himalaya, infatti, erano omologhi all'99.8% al SARS-CoV umano, omologia totale nel genoma virale individuato nei primi casi contagiati all'interno dei mercati di animali vivi, lasciando presagire che questo fosse il luogo di inizio diffusione della pandemia. In particolare, il 40% dei commercianti di animali vivi presentava anticorpi contro i coronavirus animali, mentre solo il 5% dei commercianti di vegetali all'interno dello stesso mercato era risultato positivo agli anticorpi (Cherry & Krogstad, 2004).

Quella fornita dalla SARS è una lezione importante sia sulle modalità di trasmissione dei coronavirus sia sulle modalità di gestione delle pandemie attraverso mezzi come la prevenzione, il controllo della trasmissione virale e le quarantene. Quanto accaduto nel 2003 ha rappresentato non solo il punto di arrivo della tradizione di gestione delle pandemie europea e mondiale, ma anche un monito, purtroppo

non ascoltato o troppo poco impattante a livello mediatico per lasciare un segno nei quindici anni che hanno separato la SARS dal Covid-19.

Cherry e Krogstad in un articolo pubblicato su *Pediatric Research* nel 2004 affermavano:

“[...] Tuttavia, è necessario preoccuparsi della possibilità di un futuro virus genetico ricombinante con il SARS-CoV e un CoV respiratorio umano, come i ceppi OC43 o 229E. Poiché nella Cina meridionale gli animali vivi e gli esseri umani sono a stretto contatto e le infezioni da CoV umano sono comuni, la doppia infezione sembra abbastanza possibile [...] In base all’esperienza passata, sembra che una pandemia influenzale si verificherà nei prossimi anni. Si spera che le lezioni apprese dalla risposta internazionale alla SARS contribuiscano a controllarla.”

(Cherry & Krogstad, 2004)

1.2 SCOPPIO E TAPPE DELLA PANDEMIA IN ITALIA E NEL RESTO DEL MONDO

Le pandemie del passato hanno lasciato un’eredità che si tramanda implicitamente attraverso consuetudini e modalità di pensiero sia in ambito medico, che in ambito politico e sociale: dalla diffusione delle pratiche di isolamento e quarantena come risposta privilegiata al contagio, al pregiudizio sociale di chi ricerca un untore per i mali che affliggono le società, dalle modalità di trasmissione e diffusione dei coronavirus fino alle impressionanti analogie che possiamo individuare tra il recente passato e il decorso della pandemia di Influenza Spagnola.

È ora giunto il momento di seguire nel dettaglio le tappe di diffusione della pandemia di Covid-19, dalla Cina nel 2019 fino all’Italia di oggi.

Nel dicembre 2019 nella regione cinese dell’Hubei, nella città di Wuhan, snodo commerciale da più di 11 milioni di abitanti, hanno iniziato a presentarsi alcuni casi di polmonite virale, inizialmente tra i lavoratori e avventori del mercato di frutti di mare di Huanan, un mercato di animali vivi come quello da cui si era originata la pandemia di SARS. Grazie a metodologie di sorveglianza implementate durante la pandemia del 2003, è stato possibile iniziare a controllare i contagi e analizzare i campioni respiratori delle persone ammalate. La causa di questa epidemia era una nuova forma di coronavirus, al 70% omologa alla SARS e con oltre il 95% di affinità con il coronavirus dei pipistrelli (Siddiqui et al., 2022).

Il 31 dicembre 2019, il governo cinese ha informato l'OMS del focolaio del mercato di Huanan, chiuso il giorno successivo; i contagi nella città di Wuhan, tuttavia, erano in forte crescita anche tra persone senza contatti con il mercato di animali vivi, lasciando presagire una, non ancora confermata, trasmissione della malattia da uomo a uomo. L'11 gennaio si è registrato il primo caso mortale ed il giorno successivo l'OMS ha attribuito al virus il nome di SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) (Siddiqui et al., 2022). Il 14 gennaio si è registrato il primo caso fuori dalla Cina: una donna di 62 anni di ritorno da Wuhan è risultata infetta in Thailandia. Il 20 gennaio, prima che venisse confermata la trasmissione da uomo a uomo, molte persone avevano lasciato la città di Wuhan per fare ritorno alle proprie famiglie in vista della ricorrenza della festa per il Capodanno cinese. Il 23 gennaio verrà dichiarato il lockdown di Wuhan (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato l'epidemia che sta colpendo la città di Wuhan “*un'emergenza di salute pubblica di portata mondiale*” (Siddiqui et al., 2022), lo stesso giorno l'Italia sospende tutti i voli provenienti dalla Cina, una scelta successivamente criticata, vista l'impossibilità di tracciare gli arrivi dal paese asiatico: i viaggiatori, infatti, sarebbero arrivati lo stesso in Italia, non più con voli diretti ma attraverso scali (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Il 31 gennaio, due turisti cinesi in vacanza in Italia risultano positivi al coronavirus (Severgnini, *Corriere della Sera*, 2020). Questo può essere indicato come il momento di inizio della pandemia di Covid-19 in Italia, anche se il virus probabilmente stava già circolando silente tra la popolazione. Lo stesso giorno il Presidente del Consiglio dei ministri dichiara, tramite nota ufficiale e discorso alla popolazione, l'emergenza sanitaria nazionale con una durata di sei mesi (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 31 gennaio 2020). Lo stato di emergenza nazionale sarà poi prorogato fino al 31 gennaio 2021 con il decreto-legge n. 125 del 7 ottobre 2020, fino al 30 aprile 2021 con il decreto-legge n.2 del 14 gennaio del 2021 e, infine, fino al 31 luglio 2021 con il decreto-legge n. 52 del 22 aprile 2021 (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana).

Il 1° febbraio il primo caso di Covid-19 viene identificato anche in Spagna, nel mentre il 7 febbraio muore di Covid-19 Li Wenliang, il medico che aveva cercato di avvertire le autorità circa la diffusione di un nuovo coronavirus e a cui era stato intimato di tacere dal governo cinese. Ad aprile verrà dichiarato eroe nazionale. Il 19 febbraio, mentre gli allarmismi sembrano qualcosa di troppo lontano dalla realtà italiana per destare preoccupazione, a Milano si gioca la partita di Champions League Atalanta-Valencia: più di 50000 bergamaschi sono allo stadio per supportare la propria squadra; per molti virologi questo è l'evento che contribuirà massicciamente alla diffusione del virus nella provincia bergamasca e alla drammatica situazione in cui si troverà la città di Bergamo nei mesi successivi (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Il 21 febbraio un uomo residente a Codogno, in provincia di Lodi, risulta positivo al Covid-19. Scatta l'allarme: nel giro di poche ore vengono riscontrate altre 14 positività (Anzolin & Amante, *Reuters*, 2020). Il 23 febbraio, in undici comuni della Lombardia scatta l'implementazione di una "zona rossa", ovvero un divieto di accesso e di allontanamento dal territorio comunale, in aggiunta alla sospensione di eventi, manifestazioni e riunioni di ogni tipo in luogo pubblico. Lo stesso giorno, il capo della Protezione Civile Angelo Borrelli aggiorna in diretta televisiva gli italiani con un bollettino dei contagi e dei decessi da Covid-19, un appuntamento che diventerà quotidiano durante la pandemia (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Il 28 febbraio, mentre il presidente americano Trump afferma che il virus è un'invenzione dei democratici, si registra il primo caso di Covid-19 in Nuova Zelanda e il 29 il primo decesso negli Stati Uniti; l'11 marzo l'OMS dichiara "pandemica" l'epidemia causata dal nuovo coronavirus (Siddiqui et al., 2022).

Il 4 marzo, mediante decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, l'Italia annuncia la sospensione delle attività scolastiche in tutta la penisola, estendendo quindi le misure già in vigore dal 22 febbraio nelle regioni dove si erano riscontrati i primi contagi. All'interno del decreto, oltre la chiusura di scuole e università, si intima alla popolazione di mantenere una distanza interpersonale di almeno un metro e di igienizzarsi frequentemente le mani (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 4 marzo 2020). Il 7 marzo i casi crescono in maniera esponenziale e tutta la Lombardia entra in lockdown: un esodo di lavoratori e studenti fuorisede affolla la stazione di Milano per fare ritorno "a casa" prima che le misure entrino in vigore. Si tratta solo di ritardare l'inevitabile: il 9 marzo il Governo estende le misure di contenimento e l'Italia è in lockdown (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 9 marzo 2020), prima tra gli stati occidentali ad attuare misure così restrittive. Pochi giorni dopo seguiranno altre misure volte a evitare assembramenti in luogo pubblico e si dispone la chiusura di attività commerciali e ristoranti.

Il 12 marzo il Regno Unito dichiara che la propria strategia per fronteggiare il nuovo coronavirus sarà quella di un'immunizzazione di gregge della popolazione attraverso il contagio di più del 60% di essa: "*i cittadini britannici dovranno rassegnarsi all'idea di perdere molti cari*" afferma il primo ministro inglese Johnson (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Il 18 marzo forti immagini sconvolgono l'Italia: una colonna di mezzi militari trasporta da Bergamo ad altri comuni vicini le bare dei defunti di Covid-19, sono troppi i decessi perché il cimitero riesca ad accoglierli tutti. Il 22 marzo un nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri pone ulteriori restrizioni e limita anche lo sport se non nei pressi della propria abitazione (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 22 marzo 2020). Il 27 marzo i casi registrati in Italia sono 86000,

mentre i decessi 969; il 5 aprile si raggiungerà una prima fase di plateau della pandemia: i ricoveri in terapia intensiva registrano infatti un primo calo (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

L'11 aprile 2020 a livello mondiale i casi di Covid-19 hanno raggiunto la cifra di 1.7 milioni con 100000 decessi, ad un mese di distanza tale numero di decessi sarà quello dei soli Stati Uniti (Siddiqui et al., 2022).

Mentre il 26 aprile un nuovo decreto ministeriale impone l'uso della mascherina in tutti i luoghi chiusi diversi dalla propria abitazione e all'aperto, qualora non si riuscisse a mantenere il distanziamento sociale (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 26 aprile 2020), il 29 aprile la Nuova Zelanda dichiara di aver debellato il virus, seguiranno le riaperture di negozi e scuole (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021). Anche in Italia, con l'arrivo di maggio, inizia la cosiddetta "fase due" della pandemia: il 4 maggio ritornano al lavoro 4 milioni di italiani e sono consentite le visite a "congiunti" all'interno della stessa regione. Il 18 maggio finisce ufficialmente il primo lockdown iniziato a marzo: riaprono bar e ristoranti e si possono incontrare, con la mascherina, persone non appartenenti al proprio nucleo familiare (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 18 maggio 2020). L'11 giugno riaprono cinema, sale giochi e teatri, nella maggior parte delle regioni decade l'obbligo di mascherina all'aperto (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 11 giugno 2020); lo stesso giorno però negli Stati Uniti si registrano 2 milioni di casi e il 3 luglio i casi di Covid-19 nel mondo toccheranno quota 11 milioni (Siddiqui et al., 2022). Giugno è il mese in cui si aggrava la situazione in Brasile dove le vittime sono più di 50000, con più di cento morti al mese tra gli operatori sanitari; desta particolare preoccupazione, oltre che la situazione delle città, dove i controlli di screening e le politiche preventive sono insufficienti, la situazione delle popolazioni che vivono nell'Amazzonia (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Con la fine dell'estate anche in Italia i contagi riprendono a salire: dal 16 agosto le discoteche vengono chiuse e torna l'obbligo di mascherina nei locali, anche all'aperto. Gli studenti, di ritorno dalla pausa estiva, riprendono le proprie lezioni a scuola e all'università, questo fino al 18 ottobre quando esplose la seconda ondata di contagi (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021). Il 19 ottobre un nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri reintroduce misure restrittive per bar, ristoranti e sport di contatto, la frequenza di scuole e università in presenza è sospesa e si ritorna alla Didattica A Distanza e allo smart working (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 19 ottobre 2020).

Un nuovo decreto ministeriale il 5 novembre divide l'Italia in tre diverse zone (rossa, arancione e gialla) con diversi tipi di restrizioni a seconda del numero di contagi in proporzione agli abitanti; in zona rossa scatta il lockdown.

Il 10 dicembre i consulenti dell'FDA (Food & Drug Administration) consigliano all'agenzia di procedere con l'approvazione del vaccino Pfizer BioNTech, il 18 dicembre 2020 anche il vaccino

Moderna verrà approvato per l'utilizzo di emergenza (Siddiqui et al., 2022), il 21 dicembre anche l'EMA (European Medicines Agency) approverà la somministrazione del vaccino Pfizer BioNTech in tutti i paesi dell'Unione Europea.

Con il nuovo anno la situazione non cambia: ad un anno di distanza dallo scoppio della pandemia la situazione dei contagi è ancora fuori controllo, i vaccini appena approvati restituiscono speranza ad una comunità internazionale martoriata, oltre che dal virus, anche da una profonda crisi economica. Dal 26 febbraio al 6 aprile, tutta Italia, superando il cut-off di 250 contagi ogni 100000 abitanti, è in zona rossa; è solo dal 26 aprile 2021 che lentamente le restrizioni si allentano, molte regioni tornano in zona gialla e sono consentiti gli spostamenti tra regioni, così come il ritorno a scuola e gli sport (Bassan, Salvioli & Biagio, *IlSole24Ore*, 2021).

Con la primavera 2021 iniziano ad emergere le così dette “varianti” del virus: ricombinazioni genetiche a cui i coronavirus vanno frequentemente incontro, sia all'interno della specie ospite sia nel passaggio da una specie all'altra (Yang et al., 2020). Ad aprile la variante Alpha viene rilevata in tutti gli Stati Uniti, mentre a maggio a preoccupare è la variante Delta che si sta diffondendo in India (Webster, 2021). L'ipotesi che servano dei richiami ai vaccini a mRNA finora somministrati si fa sempre più concreta.

Ad agosto il Fondo Monetario Internazionale stanziava 650 miliardi di dollari in Diritti Speciali di Prelievo per aiutare i paesi alle prese con le conseguenze economiche e sociali della pandemia. Si stima che più di 80 milioni di persone in Asia versino in condizioni di estrema povertà a causa della pandemia di Covid-19 (Webster, 2021).

Il 1° novembre 2021 il bilancio globale delle vittime di Covid supera i 5 milioni (Siddiqui et al., 2022), mentre il 18 novembre, con circa 1000 casi giornalieri, l'Italia entra nella quarta ondata della pandemia, in gran parte causata dalla diffusione della nuova variante Omicron. Grazie ai vaccini però la mortalità è in forte calo, sta iniziando una lenta convivenza con il virus.

Il 1° aprile 2022, in Italia cessa lo stato di emergenza varato ad inizio pandemia. Questo avvenimento testimonia la graduale uscita dal periodo pandemico e concretamente si traduce nella cessazione dell'obbligo di quarantena per i contatti stretti delle persone positive al Covid-19, così come dell'obbligo di utilizzo delle certificazioni vaccinali per accedere a negozi, uffici pubblici e mezzi di trasporto; decade anche la suddivisione delle regioni in zone di colore differente e l'obbligo di distanziamento sociale (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 1 aprile 2022). Il 1° maggio decade l'obbligo di utilizzo delle mascherine al chiuso con l'eccezione dei mezzi di trasporto, dove rimarrà in vigore fino all'ottobre 2022, delle scuole, in vigore fino alla fine dell'anno scolastico e delle strutture di sanità pubblica (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 1 maggio 2022).

Il 5 maggio 2023, a distanza di più di tre anni dall'inizio della pandemia, l'OMS ha dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria (Parisi, *ANSA*, 2023). Tuttavia, come indica il Ministero della Salute, il virus in Italia non è ancora scomparso: nella settimana dal 23 al 29 giugno 2023 i nuovi casi sono stati 4701²; gli indici di diffusione sono però in calo, i vaccini ci proteggono e la memoria di quanto accaduto è ancora vivida. Quanto ci troviamo ora ad affrontare è l'emergenza delle conseguenze silenziose di questa pandemia: quelle sulla salute mentale delle più giovani generazioni, come l'ansia, la depressione e lo stress post-traumatico (Ma et al., 2021).

1.3 GESTIONE DELLA PANDEMIA: I DIFFERENTI APPROCCI POLITICI E LE BASI CULTURALI SU CUI ESSI SI POGGIANO

Le basi culturali di una società orientano il suo comportamento di risposta ai momenti di crisi che essa si trova a fronteggiare (Nair et al., 2022). Obiettivo di questo ultimo paragrafo del primo capitolo è quindi cogliere come le diverse nazioni, europee e mondiali, abbiano risposto all'emergenza posta in essere dal Covid-19 e come queste risposte siano implicitamente modulate non solo dai significati culturali che si tramandano da secoli a questa parte, all'interno delle diverse nazioni, ma anche da cinque dimensioni psicologiche quali: l'individualismo e il collettivismo, l'evitamento dell'incertezza, la mascolinità e la femminilità culturali, l'orientamento a breve e lungo termine e la distanza di potere (Nair et al., 2022).

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, l'Italia è stata uno dei primi stati a livello occidentale a imporre rigide chiusure e un lockdown forzato in tutta la nazione. La domanda a cui questa tesi cercherà di rispondere è capire se la scelta messa in atto dall'Italia e da svariate altre nazioni abbia pagato, non solo in termini di prevenzione del contagio e delle morti, ma, a lungo termine, anche per quanto riguarda la salute mentale della propria popolazione.

Così come l'Italia, o meglio prima dell'Italia, la Cina ha attuato una forte politica di limitazione dei contatti sociali e di controllo della popolazione. La quarantena domiciliare e gli screening continui hanno sicuramente promosso una diagnosi precoce e un controllo della pandemia, non realizzatosi invece durante la fase iniziale del contagio (Shaden et al., 2020).

La Spagna, sulla scorta del modello italiano, il 15 marzo 2020 ha imposto limitazioni simili a quelle già presenti nella nostra penisola. Il distanziamento sociale, la chiusura delle attività produttive e

² Bollettino n.35, "Covid-19 – Situazione in Italia", Ministero della Salute, consultato tramite: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto> (ultima consultazione 4 luglio 2023).

ricreative, così come delle scuole, sono state attuate non solo in Spagna ma anche in Francia e Germania. Negli Stati Uniti invece la prima risposta alla pandemia è stata quella di limitare l'immigrazione nel paese di persone che presentavano rischio di contagio da Covid-19, in altre parole, delle persone provenienti dalla Cina. Una misura fortemente discriminatoria alla quale però sono seguite azioni con fondamento medico per rallentare l'avanzata del virus, misure preventive che non hanno limitato la forte portata del contagio che il Covid-19 ha avuto negli Stati Uniti. Il Canada, invece, ha fatto tesoro dell'esperienza della SARS del 2003 e, dopo un'iniziale fase di difficoltà, ha notevolmente migliorato la sua risposta alla pandemia. Discorso analogo non si può applicare al Brasile dove l'alta densità di popolazione delle favelas, così come una forte crisi politica, non ha permesso né di attuare in maniera efficace il distanziamento sociale, né l'applicazione dei test di screening (Shaden et al., 2020).

Diverso approccio è stato quello degli stati del nord Europa, Inghilterra e Svezia su tutti. In Inghilterra, ad un'iniziale fase di gestione della pandemia secondo la "dubbia teoria" dell'immunità di gregge, è seguita una pronta risposta soprattutto per quanto riguarda la campagna vaccinale. Mentre l'Italia iniziava il primo lockdown, oltremontana la quotidianità non subiva cambiamenti ed il Covid-19 veniva paragonato ad una normale influenza. Una lentezza della risposta che ha giocato un ruolo cruciale nella diffusione del virus; dopo la prima ondata, però, il governo ha fortemente investito nel testing e nella sorveglianza delle nuove varianti (Bracchi & Dalla Pria, *ReAdfiles*, 2021).

La Svezia, invece, non ha mai dichiarato apertamente di voler raggiungere un'immunità di gregge, tuttavia, la mancanza di chiusure e il lassismo della prima fase della pandemia hanno sicuramente condannato alla morte tantissimi anziani nel paese scandinavo (Brussels et al., 2022). Come riportato da Marta Paterlini, neurobiologa presso il Karolinska Institute a Stoccolma e giornalista scientifica, l'epidemiologo di stato svedese, Anders Tegnell, ha più volte dichiarato di essere contrario all'utilizzo delle mascherine e non ha mai intimato l'attuazione né di un lockdown nazionale né di rigide politiche di distanziamento sociale. Secondo il report OCSE 2020 "*Health at a Glance*" la Svezia è stata la peggiore nazione europea nella riduzione dell'infezione da coronavirus (OCSE, 2020).

Un'altra condizione drammatica è stata quella presentatasi in India. L'alta densità di popolazione, assieme alla grande povertà hanno ampliato la diffusione del virus tra una popolazione inerme e senza le conoscenze adeguate per fronteggiare l'emergenza. Molte fasce della popolazione si sono infatti opposte all'attuazione del distanziamento sociale, il che ha imposto la messa in atto di un lockdown forzato (Shaden et al., 2020).

La restante parte degli stati asiatici si è invece distinta per una spiccata efficienza nella gestione della pandemia e soprattutto nell'attuazione rigorosa di misure di controllo dei contagi.

La Corea del Sud ha messo in atto una rapida profilazione delle persone affette da Covid-19 e dei loro contatti più stretti, tracciati mediante l'uso sia della tecnologia che della sorveglianza microbiologica. L'isolamento repentino dei soggetti positivi, unitamente all'identificazione dei contatti tramite applicazioni di tracciamento, ha permesso di limitare fortemente il diffondersi di casi secondari e, quindi, l'incidenza stessa del virus tra la popolazione (Ariani, Levi, Miglietta, Vivani, Nisticò, Innocenti, Profili & Voller, 2020). L'inizio dei programmi di screening in Corea è iniziato solo quattro giorni dopo l'annuncio dei nuovi casi in Cina: a tutti coloro che si erano recati a Wuhan nelle ultime settimane era stato richiesto di compilare un questionario e di sottoporsi ad autoquarantena (Shaden et al., 2020). In Giappone invece, dopo iniziali comportamenti discriminatori e legati all'ansia del contagio, la lezione della SARS è stata messa in atto efficacemente. Il Giappone ha avuto un numero relativamente basso di decessi e le usanze giapponesi, adatte al distanziamento sociale, hanno permesso una pacifica coesistenza con le norme imposte per il controllo della pandemia. Al pari a Singapore, l'esperienza fornita dalla SARS ha permesso di attuare una risposta coesa al Covid-19 mediante l'azione sinergica di tutti i settori governativi. L'educazione sociale, attuata attraverso i mass media, è stata una strategia chiave di empowerment nella gestione della malattia. L'Australia, infine, grazie ad un forte sistema sanitario, così come alla sua posizione geografica che ne ha permesso la chiusura delle frontiere, ha gestito la pandemia tramite quarantene per le persone contagiate o sospette tali e la chiusura di alcune strutture non essenziali. Questa nazione ha investito anche 2.4 miliardi in servizi di telemedicina e formazione online sul controllo delle infezioni (Shaden et al., 2020).

L'esempio degli stati asiatici testimonia la capacità di fare tesoro dell'esperienza passata nella gestione delle emergenze. Hong Kong, successivamente alla pandemia di SARS, ha implementato un complesso sistema di monitoraggio dei contagi, di sorveglianza dei contatti, così come diverse metodologie di educazione preventiva che ne hanno permesso un'efficiente gestione della pandemia. Hong Kong è infatti riuscita a ridurre il tasso di trasmissione del Covid-19 senza dover ricorrere a lockdown massicci come invece è successo in altri stati occidentali, tra cui l'Italia. Allo stesso modo anche la Corea del Sud ha presentato un modello funzionante di gestione dell'emergenza, questo dimostrato dall'incremento dell'1.9% dell'economia del paese durante il secondo trimestre del 2020 (Ho, 2020). Quanto differenzia questi stati da quelli occidentali è l'importanza che in situazioni di emergenza come queste viene data ad una formazione tecnica della propria classe dirigente, così come della propria popolazione. Un aspetto questo che porta ad una totale aderenza alle indicazioni scientifiche richieste nella gestione della pandemia, cosa non verificatasi negli stati occidentali, dove la politica, spesso anteposta alla scienza, ha sconsigliato l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale o perseguito idee come quella dell'immunità di gregge (Ho, 2020).

Ciò su cui mi voglio soffermare in conclusione di questo capitolo sono però le peculiarità culturali e le fondamenta psicologiche alla base delle differenze di gestione di un momento di crisi come quello che la pandemia da Covid-19 ha presentato.

Come anticipato ad inizio paragrafo si possono individuare cinque dimensioni che influiscono sulle risposte comportamentali alla pandemia. La dimensione dell'individualismo e del collettivismo si associa alla tendenza a valorizzare interessi personali o, d'altra parte, a enfatizzare preoccupazioni e obiettivi collettivi. Se le società di stampo individualista tendono alla valorizzazione delle libertà personali, quelle a stampo collettivista si caratterizzano per un'alta adesione alle norme sociali e per i legami tra le persone. Le culture collettivistiche si associano a comportamenti che si adattano maggiormente al contrasto delle situazioni di emergenza come quella presentata dal Covid-19. Le culture individualiste, invece, predicono negativamente la possibilità di impegnarsi in pratiche come quelle del distanziamento sociale, così come si associano ad un incremento della possibilità di indulgere in credenze cospirative. Ecco che, quindi, paesi tipicamente a stampo collettivista, come quelli asiatici (Corea del Sud, Cina, Giappone, Singapore), hanno maggiormente messo in atto comportamenti come l'uso di dispositivi di protezione individuale e di distanziamento sociale rispetto alle società individualiste (Stati Uniti) (Nair et al., 2022).

Con il costrutto di "Distanza di Potere", invece, si intende l'atteggiamento che le persone di una determinata nazione hanno nei confronti del potere, questo relativamente alla possibilità che individui con un minore potere accettino una distribuzione ineguale dello stesso all'interno del contesto societario. Nazioni con alta distanza di potere sono luoghi nei quali la popolazione è maggiormente disposta ad accettare le regole imposte da figure autoritarie e, quindi, ad adempiere alle regole imposte nel caso di un'emergenza sanitaria come quella posta in essere dal Covid-19. Paesi ad alta distanza di potere e con culture di stampo collettivista, come la Corea del Sud, la Cina, Singapore, Taiwan e il Vietnam, sono stati luoghi in cui è riuscita una maggiore applicazione delle norme imposte per limitare il contagio e fronteggiare la diffusione del coronavirus (Nair et al., 2022).

Un'altra dimensione culturale che è doveroso prendere in esame è quella dell'Evitamento dell'Incertezza. Questo costrutto riguarda la tolleranza che le persone presentano relativamente alla possibilità di fronteggiare e coesistere con situazioni dall'esito ambiguo ed incerto (Nair et al., 2022). I membri di alcune società sono maggiormente a proprio agio in situazioni strutturate e prevedibili, mentre altre società tollerano molto meglio situazioni ad un grado elevato di imprevedibilità e ambiguità. L'avvento del Covid-19 ha presentato un evento che ha scosso le certezze di molte persone e ha minato la struttura di diversi contesti sociali. Società con bassi gradi di evitamento dell'incertezza, come quella vietnamita, hanno mostrato una reazione rapida in risposta all'avvento pandemico e hanno implementato cambiamenti sociali, come l'introduzione del distanziamento

sociale e delle mascherine, molto più agevolmente di quanto accaduto in società con un alto grado di evitamento dell'incertezza, come la Germania. In quest'ultima tipologia di nazioni, infatti, si è presentata una maggiore difficoltà nell'adeguarsi all'introduzione di nuove norme sociali, con diverse proteste da parte della cittadinanza. Le nazioni con basso grado di evitamento dell'incertezza hanno quindi maggiori probabilità di tollerare strategie di mitigazione del rischio che richiedono dei cambiamenti comportamentali rispetto alle culture con alto grado di evitamento dell'incertezza (Nair et al., 2022).

Con mascolinità e femminilità culturali si intende invece quanto le culture di riferimento di una determinata nazione si poggino su valori tipicamente maschili o femminili. Una distinzione difficile che, tuttavia, concettualizza come maschili valori quali l'assertività e la competizione, mentre, come femminili, valori quali la cura e la compassione. Le società ad alto grado di femminilità inoltre sono presentate come realtà nelle quali esistono minori livelli di disuguaglianza rispetto a contesti nei quali esistono differenze e discriminazioni secondo stereotipi di genere. La mascolinità è alta in Germania, Giappone, Austria e Svizzera, moderata nel Regno Unito e negli Stati Uniti, mentre è bassa nei paesi nordici come Norvegia, Svezia e Danimarca (ad alta femminilità). Paesi ad alto tasso di femminilità hanno reagito più prontamente all'emergenza del Covid-19; la risposta norvegese, ad esempio, è stata pronta e decisa, con un numero minore di contagi e di vittime a differenza di quanto accaduto in contesti a più elevata mascolinità come gli Stati Uniti (Nair et al., 2022).

In ultimo, una diversa attenzione agli aspetti temporali, quali un orientamento a breve piuttosto che a lungo termine, è un altro aspetto che differenzia notevolmente la cultura degli Stati e le risposte che questi hanno fornito di fronte all'emergenza posta dal Covid-19. Le culture con orientamento a breve termine prediligono l'individualismo e le ricompense immediate, cosa che non si può dire delle società orientate a lungo termine che hanno un'impostazione più collettivistica e che si focalizzano su obiettivi a più lunga realizzabilità. I Paesi con un orientamento a lungo termine sono stati in grado di implementare efficacemente misure contenitive per il Covid-19 e di limitarne i contagi; questo scenario si è verificato, come abbiamo visto, in Cina, Corea del Sud e Singapore. Società orientate maggiormente a breve termine invece, come gli Stati Uniti, hanno mostrato notevole difficoltà nel far accettare alla popolazione l'imposizione di norme quali quelle relative all'uso dei dispositivi di protezione individuale (Nair et al., 2022).

Le norme imposte sono state differenti, così come i progressi storici e psicologici che ne hanno determinato l'applicazione. Ai prossimi capitoli spetterà l'analisi delle conseguenze sulla salute mentale delle politiche di risposta alla pandemia, in particolare tra le generazioni di adolescenti e adulti emergenti. Prima di questo è però doverosa una disamina delle peculiarità dell'adolescenza.

ADOLESCENZA E ADULTITA' EMERGENTE: ETA' DI CAMBIAMENTI E DI DEFINIZIONE

“I due grandi problemi dell’adolescenza sono: trovarsi un posto nella società e, allo stesso tempo, trovare sé stessi.”

(Bruno Bettelheim)

Questa citazione dello psicanalista Bruno Bettelheim è forse una delle più utilizzate per parlare di adolescenza. Quanto sorprende leggendola è il senso di sospensione temporale che queste parole restituiscono al lettore che le può collocare in qualsiasi periodo storico. È passato diverso tempo, infatti, dal periodo di attività di Bettelheim, diverse teorizzazioni hanno approfondito l’ambito dell’adolescenza e all’interno della società occidentale si è iniziato a parlare sempre più spesso di “adulità emergente”; la costruzione identitaria e la collocazione all’interno del contesto sociale, tuttavia, continuano a essere sfide fondanti per la vita degli adolescenti e adulti emergenti, soprattutto dopo la recente pandemia.

L’obiettivo di questo secondo capitolo è quindi quello di cogliere le caratteristiche e le sfumature dello sviluppo adolescenziale e del suo prolungarsi oltre i venti anni di età, soffermandosi sulle peculiarità che possono aver reso questo periodo di vita particolarmente sensibile agli anni della pandemia e al contesto in cui ora le più giovani generazioni si trovano a vivere.

Una vera e propria ondata di sofferenza psicologica ha investito adolescenti e giovani adulti durante i mesi di lockdown e si è protratta negli anni che stiamo ancora vivendo. Come affermato da Gustavo Pietropolli Charmet in una recente intervista, l’origine di questo malessere degli adolescenti è frutto di una delusione. Una delusione circa la manomissione di un progetto di vita che prometteva relazioni e successo, una vita in divenire che si è temporaneamente fermata all’interno della propria abitazione, della propria camera, costringendo gli adolescenti lontani da scuola, sport, gruppi di amici e amori. (Pietropolli Charmet in De Carli, 2022). L’origine del disagio deriva anche dalla mancanza relazionale, dall’impossibilità di uscire di casa; è all’esterno che l’adolescente scopre e realizza sé stesso, alla ricerca della propria identità attraverso il contatto con il gruppo dei pari.

È mancata quindi la possibilità di confrontarsi con l’esterno e la relazione interpersonale fondata su scambi di reciprocità e intersoggettività, mancanze alle quali gli adolescenti hanno risposto mediante

l'utilizzo dei social network e gli attacchi al corpo, modalità per proteggere la mente dalla sofferenza psichica (Pietropolli Charmet in De Carli, 2022).

Il capitolo che segue affronterà queste tematiche: partendo da una disamina dell'adolescenza e dei suoi compiti di sviluppo, tratterà delle modificazioni delle strutture e del funzionamento cerebrale che occorrono in questo periodo, fino ad arrivare a un'analisi delle relazioni, dei cambiamenti corporei, del sonno e dell'utilizzo dei social network da parte degli adolescenti, prima e durante il periodo pandemico. L'ultimo paragrafo del capitolo, invece, si soffermerà sul periodo che segue e prolunga le tematiche adolescenziali per giungere alle soglie dell'età adulta: l'adulthood emergente.

2.1 ADOLESCENZA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'adolescenza come il periodo tra i dieci e i diciannove anni, tra l'infanzia e l'età adulta. Un periodo durante il quale l'individuo si trova a fronteggiare una rapida crescita fisica, cognitiva e psicosociale che ne influenza le modalità di pensiero, la presa di decisioni e i sentimenti (OMS – *Adolescent Health*, 2023). Sono diverse le teorizzazioni che si sono susseguite sull'adolescenza, così come le età a essa associate: Stanley Hall, uno dei primi teorici dell'adolescenza, definiva questo come il periodo compreso tra i quattordici e i ventiquattro anni. La definizione di adolescenza ha sempre sollevato domande, un tempo all'interno della comunità scientifica, ora anche nel senso comune: da un lato è difficile pensare a un bambino di dieci anni come a una persona che si sta già avviando nel suo percorso verso l'adulthood, d'altra parte la crescita puberale e lo sviluppo biologico influenzano maggiormente la percezione dell'inizio dell'adolescenza rispetto alla sua fine (Sawyer et al., 2018). Quanto dobbiamo aver chiaro muovendoci nell'ambito dell'adolescenza è che per quanto siano individuabili dei cambiamenti biologici e fisici che segnano l'avvento della pubertà e quindi la trasformazione del corpo e del cervello di un bambino in quello di un adulto, è solo all'interno di determinati contesti culturali, come quello occidentale, che questi cambiamenti vengono fatti corrispondere a quella che definiamo come adolescenza.

Se, da un lato, è a partire dai cambiamenti fisici che prendono le mosse i cambiamenti di ruolo sociale, è anche vero che lo stesso assetto sociale influenza e riscrive le tappe evolutive e i compiti di sviluppo nel corso del tempo. Già Margaret Mead nel suo "L'adolescenza in Samoa" del 1928 sottolineava come l'adolescenza fosse un periodo di sviluppo intrinsecamente permeato dalla cultura all'interno della quale esso si sviluppava, rendendone l'analisi imprescindibilmente legata alla formazione culturale e all'organizzazione di una determinata civiltà (Mead, 1928).

Questa premessa è fondamentale per capire che l'assetto adolescenziale a cui comunemente ci rapportiamo, e che sarà oggetto di questa trattazione, è quello specifico delle società occidentali e, di rimando, di tutte quelle società che nel Mondo globalizzato nel quale viviamo assumono un'impostazione di stampo occidentale.

Se la pubertà si caratterizza per un insieme di cambiamenti ormonali e biologici che si verificano in tutti gli individui in maniera transculturale, con il termine adolescenza si descrive la connotazione che si dà a questo periodo all'interno di determinati contesti sociali. La stessa definizione di adolescenza come periodo dai dieci ai diciannove anni, alla quale segue, fino ai ventinove anni, l'adulthood emergente (Palmonari, 2011), è frutto dei cambiamenti dell'assetto sociale e culturale che si sono susseguiti dall'America degli anni '20 fino al giorno d'oggi.

Negli anni successivi alla Guerra Civile americana, dalla tarda metà dell'800 fino agli inizi del '900, la famiglia era un'unità inclusiva: i bambini lavoravano con i genitori, diventando adulti già all'età di tredici anni. I bambini si avviavano al lavoro dopo un primo ciclo di istruzione, condividendo per necessità economiche e di manodopera il lavoro con gli adulti e venendo trattati al loro pari (Degner, 2006). Con l'incremento della produttività industriale, tuttavia, si crearono nuovi surplus che permisero di non utilizzare la manodopera infantile e, con il crollo dell'economia nel 1929, a crollare furono anche i posti di lavoro per quelli che nei fatti erano ancora bambini, lasciati a casa per privilegiare l'utilizzo di manodopera maggiormente qualificata. Quindi, sebbene l'istruzione secondaria fosse disponibile da più di trecento anni, fu solo negli anni '30 che divenne obbligatoria creando un'occupazione per i tantissimi ragazzi nullafacenti dopo la crisi economica e troppo poco qualificati per la società americana che si avviava verso una massiccia industrializzazione (Degner, 2006). Nacque in questo periodo il concetto di adolescenza, un concetto che al suo interno riflette un cambiamento reale della rappresentazione sociale della vita umana (Palmonari, 2011).

La variabilità dell'adolescenza, però, non è solo dipendente dalle diversità culturali, si caratterizza anche per una grande differenza di espressione interindividuale. La pubertà consiste in una serie di cascate ormonali che si distinguono in: adrenarca, con l'attivazione degli ormoni surrenali tra i sei e i nove anni, il gonadarca, quando le gonadotropine prodotte dall'ipofisi innescano i cambiamenti gonadici e determinano uno scatto di crescita, con il suo picco tra gli undici anni per le ragazze e i tredici anni per i ragazzi e il telarca e il menarca nelle ragazze, rispettivamente l'inizio dello sviluppo del seno e il primo ciclo mestruale (Sawyer et al., 2018). Se l'inizio della maturazione biologica ha storicamente definito l'ingresso nell'adolescenza, o quantomeno nella preadolescenza, quello a cui assistiamo oggi è un forte anticipo dell'inizio dei cambiamenti puberali. Bambine di otto anni con il primo ciclo mestruale o bambini di dieci anni molto più alti dei propri coetanei si trovano ad affrontare tematiche una volta riservate a quattordicenni e sedicenni, con un cervello e competenze psicologiche

spesso inadeguate per fronteggiare il peso di questi cambiamenti. L'adolescenza può quindi cominciare ad otto anni per alcune bambine, o a quattordici per altre, con un forte impatto sulla psiche, sulle relazioni sociali, così come sull'esposizione a comportamenti a rischio, comuni durante l'età adolescenziale.

Se la definizione di un range di età per l'adolescenza risulta quindi arbitraria e permeata dalla cultura di riferimento, la pubertà continua a segnare un momento di forte discontinuità con il passato e apre le porte alla successiva fase di sviluppo fisico e cognitivo che sostanzia l'adolescenza come età di individuazione e di autonomizzazione (Sawyer et al., 2018).

Essere adolescenti vuole dire rispondere alla domanda "Chi sono io?". Al cambiamento fisico si associano forti emozioni che impongono la ricerca di nuovi equilibri e che generano ansie ed incertezze rispetto l'accettazione da parte del gruppo dei pari, sempre più centrale nel proprio sviluppo identitario. La riorganizzazione del sistema del sé avviene infatti prendendo le distanze, talvolta in maniera conflittuale, dal contesto familiare e avvicinandosi al gruppo dei pari, il confronto coi quali sostanzia e valida le sperimentazioni ed il confronto, vitali per la propria ricerca identitaria. I cambiamenti cognitivi e il pensiero ipotetico deduttivo permettono agli adolescenti di sostenere questi cambiamenti e avviare un percorso, lineare o tortuoso che sia, verso la formazione di un senso di sé stabile e maturo (Palmonari, 2011).

2.2 COMPITI DI SVILUPPO E CARATTERISTICHE PECULIARI

2.2.1 SVILUPPO NEUROLOGICO E CEREBRALE

La conoscenza delle fasi e delle peculiarità di sviluppo degli adolescenti è cruciale per comprenderne i bisogni, siano essi fisici, sociali o emotivi (Best & Ban, 2021). Lo sviluppo cerebrale in particolare determina sia le caratteristiche di sviluppo ormonale e fisico, sia quelle emotive, cognitive e comportamentali. Quanto accade al cervello durante l'adolescenza è un processo di profonda e radicale ristrutturazione: dopo una fase di neurogenesi in preadolescenza, assistiamo a un rimodellamento della rete di connessioni neurali che procede a ondate successive, dalle aree posteriori che si occupano di visione e motricità, fino a quelle frontali deputate al ragionamento e alla pianificazione (Griffin, 2017).

Se i confini biologici di questo periodo sono sanciti dal rilascio dell'ormone gonadotropina (GnRH) da parte dell'ipotalamo, stimolante la secrezione da parte dell'ipofisi dell'ormone luteinizzante (LH) e follicolo stimolante (FSH), responsabili della maturazione sessuale e dei cambiamenti fisici

associati alla pubertà, e dalla calcificazione epifisaria delle ossa lunghe attorno ai 24 anni, le implicazioni sociali di questi cambiamenti biologici sono estremamente vaste (Best & Ban, 2021). Analizzare i cambiamenti biologici e della struttura cerebrale degli adolescenti può permettere di comprenderne i processi di pensiero, i ragionamenti e i comportamenti, spesso così lontani da quelli degli adulti da essere oggetto di stereotipi e convinzioni fallaci, come quella che vede gli adolescenti in balia degli ormoni. Convinzioni come questa, oltre che essere superate, non rendono giustizia alla complessità e alla fragilità del processo di ristrutturazione cerebrale e identitario che l'adolescente sta attraversando.

L'enorme plasticità del cervello adolescente lo rende inoltre fortemente sensibile alle stimolazioni ambientali che possono influenzarne le traiettorie di sviluppo verso esiti positivi oppure negativi. Ecco che, quindi, lo stress esperito durante la pandemia di Covid-19 può aver rappresentato un cruciale snodo nel percorso di sviluppo cognitivo e psicologico di un'intera generazione di adolescenti.

I cambiamenti che avvengono nelle aree parietali e frontali sono tra i più pronunciati durante l'adolescenza: il cervello adolescente va incontro ad un forte aumento della materia grigia cerebrale che raggiunge il suo picco a dodici anni (undici per le femmine), per poi subire un processo di potatura sinaptica o pruning, durante il periodo adolescenziale. Lo stesso accade anche nelle aree parietali con il picco di arborizzazione dendritica a dodici anni per i maschi e dieci per le femmine, mentre nella corteccia temporale il picco si raggiunge a sedici anni per poi avere un declino costante (Choudhury et al., 2006). Il processo di pruning sinaptico è fondamentale per rinforzare le connessioni più utilizzate durante il processo di sviluppo e rendere il cervello sempre più efficiente e pronto alla risposta.

Il rinnovamento cerebrale non avviene solo mediante la sinaptogenesi e il pruning, ma anche attraverso l'incremento di sostanza bianca, la mielina, una guaina che riveste gli assoni permettendone l'isolamento e quindi un incremento della velocità di conduzione degli impulsi del segnale sinaptico. La mielinizzazione ottimizza la velocità di trasmissione in tutto il Sistema Nervoso Centrale, aumentando la velocità di elaborazione delle informazioni. L'adolescente riuscirà quindi ad essere multitasking, ad affinare ragionamento e problem solving, riuscendo a risolvere problemi in situazioni sempre più complesse (Arain et al., 2013). Se da un lato la mielina velocizza la comunicazione del SNC, rendendolo uno strumento sempre più efficiente nelle mani degli adolescenti, d'altra parte rende più difficoltoso il processo di adattamento del cervello alle circostanze ambientali che ne possono influenzare le traiettorie di sviluppo: traumi, stress cronico come quello che il Covid-19 ha presentato, così come l'utilizzo di sostanze neurotossiche o anche la semplice sedentarietà, possono avere un forte impatto negativo sul cervello durante questo delicato periodo (Arain et al., 2013).

Un altro importante cambiamento che si verifica durante questo periodo è quello dell'ispessimento del corpo calloso, la struttura che permette il collegamento interemisferico (Griffin, 2017). Il cervello adolescente diventa quindi sempre più connesso e veloce nell'elaborazione degli stimoli, permettendo all'individuo di accedere ad una gamma complessa di strategie analitiche (Arain et al., 2013).

Il cambiamento principale che il cervello si trova ad affrontare riguarda però le aree corticali, in particolare la corteccia prefrontale: se le aree sottocorticali e la corteccia orbitofrontale maturano entro l'adolescenza, l'area della corteccia prefrontale dorsolaterale raggiunge la piena maturazione solo attorno i venticinque anni di età. Queste aree sono fondamentali nell'elaborazione delle emozioni, nell'assunzione di rischi, nella presa di decisioni, nel processamento delle informazioni e nel controllo degli impulsi. La corteccia orbitofrontale, già pienamente sviluppata durante la media adolescenza, fa parte di un network socioemotivo volto alla processazione di stimoli sociali; un'azione istintiva, un processo decisionale svolto sull'onda dell'emotività, saranno quindi riconducibili al funzionamento della corteccia orbitofrontale, mentre un'azione riflessiva, in cui sono stati soppesati i pro e i contro, farà capo al network cognitivo della corteccia dorsolaterale. Quest'ultima, tuttavia, non essendo ancora pienamente sviluppata, non controbilancia efficacemente l'azione della corteccia orbitofrontale, contribuendo ai comportamenti adolescenziali di ricerca di novità, di gratificazioni e di forti emozioni.

L'area della corteccia orbitofrontale è estremamente sensibile all'azione di alcuni neurotrasmettitori che svolgono un ruolo centrale nello sviluppo adolescenziale: la dopamina e la serotonina. La dopamina influenza la risposta emotiva e la capacità di provare piacere e dolore, così come la sensibilità alle gratificazioni. La serotonina, invece, ha un ruolo centrale nelle alterazioni dell'umore, nell'ansia, nel controllo degli impulsi e nell'eccitazione. I livelli di entrambi questi neurotrasmettitori diminuiscono a livello basale durante l'adolescenza, associandosi a una conseguente forte sensibilità alle loro variazioni e, di rimando, a sbalzi d'umore, difficoltà nel controllo degli impulsi e nella regolazione delle emozioni (Arain et al., 2013).

I cambiamenti all'interno di questi sistemi neurotrasmettitoriali diffusi si associano anche a modificazioni e ad un aumento di volume delle strutture del sistema limbico, coinvolto nelle sensazioni di piacere e costituito da amigdala, ippocampo, ipotalamo e nucleo accumbens. Tali cambiamenti rendono gli adolescenti fortemente sensibili all'effetto delle ricompense e alla messa in atto di comportamenti diretti al raggiungimento di obiettivi, primo tra tutti, l'accettazione da parte del gruppo dei pari (Griffin, 2017). Durante la pubertà l'aumento di estrogeni e testosterone lega i recettori del sistema limbico, aumentando non solo il desiderio sessuale ma anche la volatilità emotiva e l'impulsività tipica degli adolescenti (Arain et al., 2013). L'assunzione di rischio è quindi connaturata allo sviluppo e alla progressiva maturazione del cervello dell'adolescente; questa, può

anche essere benefica e funzionale: può portare a situazioni in cui si apprendono nuove conoscenze e si attuano esperienze che preparano alle sfide future della vita. L'assunzione del rischio e la ricerca di forti emozioni sono un modo per scoprire sé stessi e gli altri, connotandosi come componenti necessarie e naturali dell'adolescenza (Arain et al., 2013).

Come anticipato nel corso di questo paragrafo la maturazione del cervello adolescente, che sostanzia lo sviluppo dell'identità, può essere influenzata sia dall'ereditarietà sia dall'ambiente: traumi prenatali o postnatali, nutrizione, sonno, interventi chirurgici, esposizione a sostanze, ma anche stress fisico, economico e psicologico possono avere un forte impatto nello sviluppo adolescenziale (Arain et al., 2013).

Un recente ambito di studi, finora condotto prevalentemente su roditori, sta indagando l'influenza dello stress, sperimentato durante l'età preadolescenziale e adolescenziale, sullo sviluppo del cervello. Ecco che le condizioni imposte dal periodo pandemico e il successivo stress potenzialmente esperito da adolescenti e adulti emergenti possono aver influenzato le traiettorie di maturazione neurale di un cervello in formazione, così come aver contribuito all'incremento di psicopatologie come l'ansia e la depressione (Eiland & Romeo, 2013). In particolare, lo studio di Eiland e Romeo, pubblicato su *Neuroscience* nel 2013, ha fornito una chiara evidenza del fatto che l'esposizione allo stress, durante la fase adolescenziale dello sviluppo, può influenzare lo sviluppo della struttura e delle funzioni del cervello e portare all'insorgenza di patologie che possono perdurare fino all'età adulta (Eiland & Romeo, 2013).

Gli effetti dello stress, infatti, sono aggravati quando si verificano in un periodo di forte plasticità cerebrale come quello adolescenziale. Soggetti adolescenti hanno mostrato una maggiore sensibilità al cortisolo indotta dallo stress rispetto a bambini e preadolescenti. Inoltre, sembra essere presente una differenza di genere, con ragazze presentanti una maggiore reattività al cortisolo rispetto ai pari età di sesso opposto. L'esposizione allo stress durante il periodo adolescenziale può quindi portare a cambiamenti a breve e lungo termine nella struttura e nella funzione sia limbica sia corticale, con importanti ripercussioni comportamentali (Eiland & Romeo, 2013).

È vero però, che, se da un lato la plasticità del cervello adolescente lo rende particolarmente sensibile ai traumi e all'azione dello stress, d'altra parte la stessa plasticità lo rende altrettanto permeabile a interventi atti a mitigare i traumi emotivi e fisici avvenuti in precedenza.

2.2.2 RELAZIONI

Il modo di intessere e la qualità delle relazioni mutano nel corso dello sviluppo e sostanziano il passaggio dall'infanzia all'adolescenza e poi all'età adulta. L'ambito relazionale è il terreno sul quale si gioca la partita dell'adolescenza, e, tramite le relazioni, l'adolescente si avvia sempre più alla ricerca della propria strada, sostenuto dalla famiglia ma con uno sguardo orientato all'esterno di essa. Come specificato nel paragrafo precedente, durante l'adolescenza le relazioni con i pari diventano estremamente salienti, configurandosi come vere e proprie fonti di gratificazione. La transizione dall'infanzia all'adolescenza determina cambiamenti biologici e individuali, ma anche modificazioni del contesto e delle norme sociali che sostanziano la salienza del gruppo dei pari. Le relazioni diventano sempre più complesse e nuove: partner romantici, gruppi di amici, famiglia; l'adolescente si nutre delle relazioni alla ricerca della propria identità (Brown & Larson, 2009).

Ci si sceglie in base ad affinità e interessi in via di sviluppo e, con la stessa velocità con cui si è diventati amici, è altrettanto facile che le amicizie mutino e che i partner romantici cambino in queste prime fasi adolescenziali. È con il trascorrere del tempo che le amicizie diventano più stabili e le relazioni di coppia tendono a durare più a lungo. L'ingresso in relazioni sentimentali a lungo termine riduce il bisogno di un contatto continuo con il gruppo dei pari, anzi: gli amici che rimangono fedeli nonostante il rapporto non quotidiano sono quelli che permettono di interiorizzare i rapporti e renderli duraturi (Brown & Larson, 2009).

Lo status ed il prestigio vengono costantemente messi in gioco nelle relazioni tra pari e non è infrequente che quella relazionale possa diventare una sfida insormontabile per alcuni adolescenti. Il gruppo dei pari alle volte può inaugurare la strada dei comportamenti a rischio. Gli anticipi puberali per le ragazze, così come i ritardi nello sviluppo per quanto riguarda i ragazzi, possono essere fattori di esclusione, emarginazione e di rischio per la messa in atto di comportamenti sessuali non protetti, abuso di sostanze oppure l'insorgenza di psicopatologie.

I genitori, gli insegnanti, gli allenatori continuano ad essere figure cruciali in questo periodo, fungendo da punti di riferimento, così come da limiti, centrali per strutturare lo sviluppo dell'adolescente.

La pandemia di Covid-19 ha colpito duramente le relazioni degli adolescenti, costringendoli all'interno delle proprie abitazioni, in contatto unicamente con la famiglia o mediante i social network. La solitudine è un'esperienza comune nell'adolescenza, soprattutto nei maschi, ma mai quanto durante il periodo pandemico. Gli adolescenti che in questo periodo hanno riferito una maggiore solitudine hanno avuto difficoltà di salute mentale significativamente maggiori rispetto a chi riferiva di sentirsi meno solo. Molti dei compiti di sviluppo adolescenziali si realizzano tramite le

relazioni e i contatti con i pari, il lockdown quindi può aver rappresentato un cruciale momento nello sviluppo di questa fascia di età e aver influenzato negativamente molti dei compiti chiave dello sviluppo adolescenziale (Cooper et al., 2021).

2.2.3 CORPO

L'avvento della pubertà si caratterizza per una serie di cambiamenti fisici che progressivamente trasformano il corpo del bambino in quello di un adulto. Il ciclo mestruale, la crescita del seno e della statura, l'ingrossamento e la discesa dei testicoli, l'accrescimento dei peli e dei capelli, così come il cambiamento della voce e l'acne sono cambiamenti che irrompono nella quotidianità dei preadolescenti, rendendo irriconoscibile il corpo con il quale si era convissuto fino a quel momento (Best & Ban, 2021). Il corpo diventa il campo di battaglia dell'adolescente, sul quale riversare la sofferenza psichica altrimenti ingestibile, il luogo da attaccare per scoprire i confini del sé.

L'adolescenza rappresenta quindi un periodo fondamentale per lo sviluppo di un'immagine di sé integrata e di un'immagine corporea positiva. L'immagine corporea si configura come un costrutto multidimensionale che include il modo con il quale si pensa, si interagisce e si percepisce il proprio corpo. Un continuum che va da percezioni corporee sane, accurate e positive, a percezioni corporee malsane, ovvero inaccurate e negative (Voelker et al., 2015).

L'immagine corporea è un costrutto dinamico, che cambia nel corso della vita degli individui e subisce le influenze del contesto sociale e culturale all'interno del quale viene a costruirsi. I cambiamenti che si verificano durante la pubertà coincidono anche con una maggiore esposizione da parte degli adolescenti agli ideali culturali di bellezza promossi dai coetanei e dai mass media, con i quali si è obbligati a confrontarsi. La società occidentale è fortemente orientata all'apparenza e vede negli adolescenti potenziali consumatori ai quali rivolgere le proprie campagne mediatiche. Questo ha una forte impatto sullo sviluppo della loro immagine corporea (Voelker et al., 2015).

Per le ragazze gli ideali enfatizzano la magrezza e le caratteristiche sessuali come il seno e i fianchi, pertanto, i cambiamenti puberali che si associano a un aumento di adiposità e all'allargamento dei fianchi possono essere vissuti con grande insofferenza. Le ragazze che maturano precocemente, inoltre, sono particolarmente vulnerabili allo sviluppo di un'immagine corporea negativa, spesso lasciate sole di fronte ai cambiamenti corporei che non rispecchiano i fallaci standard culturali. Anche i ragazzi non sono immuni ai problemi relativi all'immagine corporea. In particolare, i ragazzi che posticipano l'inizio della pubertà e che quindi non raggiungono negli stessi tempi dei propri coetanei

gli ideali di statura e massa muscolare, stereotipicamente associati ai maschi, riferiscono una maggiore insoddisfazione corporea (Voelker et al., 2015).

L'evitamento dell'attività fisica, l'ansia sociale, i disturbi del comportamento alimentare e l'esercizio fisico disfunzionale, sono solo alcune delle possibili conseguenze dell'insoddisfazione della propria immagine corporea. Inoltre, l'interiorizzazione di queste norme sociali dipende non solo dall'esposizione mediatica e pubblicitaria, ma anche dai commenti che il gruppo dei pari fa sull'aspetto esteriore, l'attenzione che nell'ambito familiare viene investita sul peso e sulle diete e l'utilizzo di internet e social network (Voelker et al., 2015).

Durante il periodo pandemico si è registrato un aumento significativo dell'utilizzo di tutti i social network, nonché del numero di donne che hanno iniziato a seguire pagine incentrate sull'aspetto fisico. Si sono riscontrate relazioni significative tra la frequenza di utilizzo di Instagram e l'insoddisfazione corporea e il desiderio di magrezza, sia nei campioni di adolescenti che in quelli di giovani adulti (Roqué et al., 2021). Quanto questi risultati suggeriscono è che gli effetti dannosi dell'utilizzo dei social network sull'immagine corporea potrebbero essere stati esacerbati durante il lockdown e che il Covid-19 si associ ad un aumento del desiderio di magrezza e al rischio di insorgenza di disturbi alimentari tra adolescenti e adulti emergenti (Roqué et al., 2021).

2.2.4 SONNO

Il sonno supporta il funzionamento cognitivo e lo sviluppo cerebrale, influenzando il benessere mentale dell'adolescente. Il sonno e lo sviluppo cerebrale sono correlati in modo bidirezionale: la maturazione cerebrale si riflette infatti nell'EEG del sonno e il sonno svolge un ruolo cruciale nella formazione del cervello adolescente (Tarokh et al., 2016). La promozione e la tutela del sonno degli adolescenti sono temi centrali per un sano accrescimento, tuttavia, troppo spesso non trovano spazio all'interno delle politiche rivolte alle più giovani generazioni.

La nuova anatomia e il nuovo funzionamento cerebrale fanno sì che avvengano diversi cambiamenti nelle routine di sonno degli adolescenti. Il primo cambiamento sostanziale coinvolge i ritmi circadiani: una riduzione fino al 40% dell'ampiezza e della potenza del segnale EEG del sonno, prima nelle ragazze e poi nei ragazzi, causata probabilmente dalla riduzione della materia grigia cerebrale, sposta più avanti l'ora in cui gli adolescenti iniziano a sentire sonnolenza. Il rilascio della melatonina, l'ormone che regola i ritmi circadiani, è sempre più posticipato; i cambiamenti nel sistema omeostatico di regolazione del sonno forniscono una maggiore tolleranza alla stanchezza e gli orari in cui ci si corica sono sempre più posticipati nel corso dell'adolescenza. Tuttavia, gli orari di sveglia

rimangono scanditi dall'inizio della scuola e questo, spesso, causa una carenza cronica di sonno tra le più giovani generazioni (Tarokh et al., 2016).

Nonostante le peculiarità dello sviluppo cerebrale e le contingenze scolastiche portino gli adolescenti a diminuire il tempo trascorso dormendo, è un errore pensare che l'adolescente non abbia bisogno di sonno; il fabbisogno di sonno rimane invariato in questo periodo. Tale discrepanza, rende evidente l'importanza dello studio del sonno durante l'adolescenza, così come l'attuazione di politiche che siano orientate ai bisogni degli adolescenti.

Non solo la durata del sonno correla positivamente con il volume della materia grigia ippocampale o con l'integrità della materia bianca, ma durante l'adolescenza corrette abitudini del sonno possono favorire l'apprendimento e consolidare la memoria a lungo termine (Tarokh et al., 2016).

La perdita di sonno, inoltre, si associa a deflessione dell'umore, irascibilità, ansia e depressione maggiore. Questo aspetto è cruciale se inserito all'interno dell'impianto già precario di regolazione emotiva adolescenziale. Il sonno insufficiente, infatti, è associato a un cattivo funzionamento emotivo negli adolescenti senza disturbi psichiatrici diagnosticati: in chi dorme meno di sette ore a notte, si riscontra una maggiore incidenza di guida in stato di ebbrezza, risse, idealità suicidaria e tentato suicidio, uso di sostanze, condotte sessuali a rischio e uso dei dispositivi alla guida. Una durata minore del sonno si associa anche ad un maggiore rischio di obesità (Tarokh et al., 2016).

Un aspetto centrale per quanto riguarda la salute del sonno in adolescenza riguarda l'utilizzo dei dispositivi elettronici, siano essi smartphone, computer o televisori. Infatti, l'esposizione alla luce blu rilasciata da questi device comporta un ritardo nel rilascio di melatonina, di per sé già posticipato in età adolescenziale, conducendo a un'alterazione ulteriore dell'orario di addormentamento. Durante il recente lockdown, si è verificato un massiccio aumento dell'utilizzo dei dispositivi elettronici e una conseguente alterazione delle prassi di sonno (Bruni et al. 2022). Il tempo trascorso guardando schermi durante il tempo libero è aumentato del 20-60% durante il periodo pandemico, con conseguenti ripercussioni sugli orari e le difficoltà di addormentamento. Se l'utilizzo dei dispositivi prima di andare a letto ha massicciamente influenzato sia la latenza che la qualità del sonno, soprattutto tra bambini e adolescenti, è anche vero che il lockdown ha reso più fisiologico il ciclo di sonno degli adolescenti, consentendo loro di dormire più a lungo e iniziare la giornata seguendo il proprio ritmo. Il fatto che i cambiamenti avvenuti durante il lockdown abbiano reso più fisiologico il rapporto tra sonno e veglia negli adolescenti sembra aver costituito un fattore protettivo rispetto all'insorgenza di disturbi del sonno: ansia, terrore notturni, incubi e risvegli sono aumentati in tutte le fasce di età tranne che in adolescenza, secondo uno studio condotto su un campione di adolescenti italiani (Bruni et al. 2022).

Tali considerazioni non devono far abbassare l'attenzione dallo studio del sonno in ambito adolescenziale ma, ancora una volta, sottolineano l'importanza del sonno in questo periodo di sviluppo e che l'attuazione di politiche che tengono conto delle peculiarità di crescita adolescenziale sia fondamentale per il benessere di questa generazione (ad esempio ritardare l'orario di inizio della scuola).

2.2.5 SOCIAL NETWORK

Quando si parla di adolescenza i social network svolgono un ruolo centrale. L'attuale generazione di adolescenti ha avuto accesso alle tecnologie sin dall'infanzia, rendendo quindi indissolubile il legame presente tra nativi digitali e social network. Durante la pandemia di Covid-19 questi strumenti hanno avuto una rilevanza centrale nel determinare il rapporto con la propria immagine corporea, nell'influenzare il rilascio di melatonina e le abitudini del sonno, ma anche nel permettere di rimanere in contatto con il proprio gruppo di pari e relazionarsi con gli altri.

L'uso dei social network è una modalità primaria di comunicazione all'interno della rete sociale e una via privilegiata per fornire informazioni su di sé. Gli adolescenti usano i social per rimanere in contatto con gli amici, fare progetti e sviluppare la propria identità; questi strumenti forniscono vie di comunicazione cruciali per lo sviluppo delle relazioni adolescenziali (Shapiro & Margolin, 2014). Inoltre, i social network diventano un luogo di relazione all'interno del quale coltivare i propri interessi e individuarsi in maniera apparentemente protetta, scavalcando la mediazione rappresentata dal corpo che, spesso, è una fonte di stress e disagio durante l'adolescenza.

Sono diverse le ripercussioni che i social hanno nello sviluppo degli adolescenti. Il loro utilizzo è stato collegato a una maggiore conflittualità tra genitori e figli e a una riduzione del tempo trascorso assieme. La dipendenza da internet ha una epidemiologia variabile nella popolazione adolescente, attestandosi tra percentuali dell'1 e del 38%; tuttavia, l'utilizzo dei social network è correlato all'insorgenza di disturbi del sonno e a una minore salute percepita (Shapiro & Margolin, 2014). L'utilizzo massiccio di questi strumenti inoltre può portare a una riduzione del tempo di studio, associandosi negativamente alla media dei voti autoriferita. È però nella sfera di analisi delle relazioni e di sviluppo dell'identità che l'utilizzo dei social network assume maggiore valore. Alcune teorie sostengono che l'utilizzo dei social network comporti un miglioramento delle connessioni sociali degli adolescenti. Sono diverse le teorie che descrivono la relazione tra l'uso dei social e i legami interpersonali. L'ipotesi della stimolazione afferma che l'utilizzo di questi strumenti facilita i più giovani nel mettersi in contatto e rivelare informazioni su sé stessi rispetto alla comunicazione in

presenza. Secondo tale ipotesi sembrerebbe inoltre che la comunicazione online faciliti la creazione di legami più duraturi. L'ipotesi "rich get richer" invece sostiene che si presenti un vantaggio stratificato nell'utilizzo dei social network: gli adolescenti più socievoli traggono maggiori vantaggi dalla comunicazione online, mentre quelli che hanno maggiori difficoltà sociali non riusciranno ad ampliare la propria possibilità comunicativa. L'ipotesi della compensazione sociale, invece, sostiene che gli adolescenti non a proprio agio con la comunicazione faccia a faccia traggano notevoli vantaggi dall'intermediazione comunicativa fornita dal social network (Shapiro & Margolin, 2014).

Internet rende possibile comunicare e affiliarsi con persone con interessi affini ai propri: vi è un'associazione positiva tra l'uso dei social e il senso di connettività sociale avvertito dagli adolescenti. Le autorivelazioni sui social svolgono un ruolo centrale nello sviluppo dell'identità degli adolescenti: sui social gli adolescenti scelgono come e quando esibire parti della propria identità e possono ricevere un riscontro che può modificare la percezione che hanno di sé. Tale meccanismo, non privo di possibili rischi, è centrale nel corso del lungo processo che li porterà a formare la propria identità (Shapiro & Margolin, 2014). I social network intensificano quindi le possibilità di sviluppo dell'identità adolescenziale, consentendo di mettere in atto modalità nuove e più ampie per ricevere riscontri. D'altra parte, i confronti online possono avere un forte impatto nella percezione di sé e nell'influenza sulla propria autostima. Se, da un lato, l'uso frequente di internet correla con una sintomatologia depressiva e il rischio di insorgenza di disturbi dell'umore, dall'altro durante il Covid-19 i social network sono stati utilizzati anche come meccanismo di coping per fare fronte ai cambiamenti comportati dalla pandemia (Maftei et al. 2022).

2.3 ADULTITÀ EMERGENTE

Cosa segna il passaggio all'età adulta? Questa domanda è centrale per introdurre la trattazione dell'adultità emergente, la seconda fascia di età che è stata inclusa nella ricerca condotta per questa tesi.

Come abbiamo visto nel corso del capitolo, ogni cultura modula una risposta diversa rispetto ai criteri necessari per il passaggio all'età adulta, inoltre, le risposte cambiano nel corso del tempo, al cambiare degli assetti societari. Nelle società occidentali e nei paesi ad alto reddito, la concezione del passaggio all'età adulta si è spostata da eventi come l'uscita di casa, il matrimonio o la maggiore età, al conseguimento di marcatori psicologici come prendere scelte di vita indipendenti e accettare le responsabilità (Arnett et al., 2014). Il passaggio all'età adulta è diventato più lungo e avviene notevolmente più tardi rispetto al passato, delineando un periodo tra i diciotto e i ventinove anni che

prende il nome di adultità emergente (Palmonari, 2011). Il termine adultità emergente è estremamente significativo in quanto, a differenza degli adolescenti, gli adulti emergenti non stanno attraversando la fase di profondo sconvolgimento puberale che caratterizza l'età precedente, non stanno frequentando la scuola secondaria e non sono minorenni; tuttavia, non sono ancora adulti e indipendenti e vivono un periodo di profonda incertezza e instabilità. Quello dell'adultità emergente per molti diventa un limbo tra l'essere considerati adulti a livello legislativo ma non raggiungere i marker sociali e le sicurezze psicologiche che ne sanciscono il passaggio.

Nel secolo scorso la maggior parte delle persone iniziava a lavorare già dall'adolescenza, l'istruzione terziaria non era necessaria per l'ingresso nel mondo del lavoro, il matrimonio avveniva attorno ai vent'anni e corrispondeva con l'uscita dalla casa familiare, il passo verso la genitorialità seguiva a breve. I cambiamenti economici e sociali avvenuti nel corso degli ultimi decenni hanno però mutato questo impianto, pressoché stabile da tutto il '900: l'economia ha iniziato a poggiarsi sui servizi e la primaria conseguenza di questo cambiamento è stato un aumento degli anni di istruzione; l'età media del matrimonio è progressivamente aumentata fino ad arrivare ai trent'anni, così come l'inizio della genitorialità (Arnett et al., 2014). Ha iniziato a delinearsi sempre più chiaramente un nuovo periodo di sviluppo. L'adultità emergente è connotata da percorsi lavorativi instabili, dove in molti casi il lavoro si affianca all'istruzione universitaria, il matrimonio e la genitorialità sono stati soppiantati dal prolungarsi della convivenza con i genitori e da relazioni di coppia caratterizzate da periodi di convivenza e di allontanamento successivo. In Europa questo quadro si aggrava negli stati meridionali rispetto a quelli settentrionali: se in paesi come Norvegia e Svezia il matrimonio segue ad una fase di convivenza iniziata già intorno ai diciannove anni, in Italia, il matrimonio è ancora il mezzo per affrancarsi dalla casa dei genitori (Arnett et al., 2014). Possiamo addirittura parlare di una "sindrome del ritardo italiano": le condizioni economiche successive alla crisi del 2008, un sistema di welfare limitato e politiche scarsamente rivolte alle più giovani generazioni si innestano su un impianto sociale che vede i processi formativi essere estremamente più lunghi di quelli degli altri paesi. In Italia, un ciclo universitario di cinque anni viene completato in media in otto anni, l'ingresso nel mercato del lavoro è posticipato e caratterizzato da forme contrattuali atipiche, così, a cascata, la casa dei genitori viene abbandonata in ritardo e si inizia tardi una vita di coppia stabile (Palmonari, 2011). La sequenzialità di questi ritardi si connota come una peculiarità dell'adultità emergente, assieme all'instabilità economica, sociale e psicologica.

Anche se storicamente è l'adolescenza a connotarsi come il periodo di costruzione della propria identità, le esplorazioni identitarie avvengono primariamente durante l'adultità emergente. L'esplorazione dell'identità può essere entusiasmante ma si connota anche come una grande fonte di stress, soprattutto se inserita nell'impianto di incertezze sociali ed economiche descritte sopra. Gli

adulti emergenti sperimentano una maggiore libertà rispetto agli adolescenti, senza che però questa si traduca in un effettivo passaggio all'età adulta; in questo contesto la ricerca identitaria può creare confusione nella persona e, infatti, in questo periodo si riscontra un'alta percentuale di insorgenza di disturbi psicologici come depressione e ansia (Arnett et al., 2014). Questo è anche il periodo in cui si ha la massima presenza di binge drinking, uso di sostanze e comportamenti sessuali a rischio; tuttavia, il benessere migliora nel corso dell'adulthood emergente e si trae sempre maggiore beneficio dalla crescente maturità cognitiva e sociale (Arnett, 2007).

Entriamo quindi nel vivo di questa trattazione e vediamo come la pandemia di Covid-19 ha impattato il benessere psicologico e il funzionamento emotivo di adolescenti e adulti emergenti.

PSICOPATOLOGIE E FATTORI DI MEDIAZIONE

3.1 IL BENESSERE PSICOLOGICO DURANTE E DOPO IL COVID-19:

Come la pandemia ha influenzato la salute mentale di adolescenti e adulti emergenti

Nella città da cui provengo, Bologna, nel periodo che va da marzo ad aprile di ogni anno, assieme alla primavera, il cambiamento stagionale è solito inaugurare anche il periodo delle “occupazioni” scolastiche. Io ho vissuto la mia adolescenza in un periodo di relativo immobilismo su questo fronte: in seguito a una grande stagione di fermento politico e identitario tra gli adolescenti negli anni dal 2012 al 2013, il periodo tra il 2014 e il 2018 è stato un quinquennio embrionale, in cui nulla sembrava scuotere gli animi delle più giovani generazioni. Ecco che, quindi, a marzo del 2023, la notizia dell’occupazione del liceo in cui ho studiato ha destato la mia attenzione. Assieme a specifiche denunce a dei modelli di istruzione, i ragazzi, intervistati dai quotidiani locali, parlavano di un “fortissimo disagio psicologico all’interno delle mura scolastiche” (Resto del Carlino, 29 marzo 2023).

Pochi mesi prima di questi avvenimenti, la redazione online dei telegiornali regionali di Rai News riportava l’ultima dichiarazione reddituale dell’ENPAP, l’Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Psicologi. Da cui emerge un aumento del 28,57% dei redditi dei professionisti della salute mentale sul territorio nazionale, relativamente all’anno 2021. Nel 2021, infatti, gli italiani hanno usufruito di 1,7 miliardi di euro di prestazioni psicologiche, facendo registrare un incremento del 25% rispetto l’anno precedente (Federico Zanon, Vicepresidente ENPAP, a Rai News, 2 gennaio 2023).

Questi dati e queste osservazioni sono solo la superficie di quanto tratterò nel corso di questo capitolo. Se analizzati congiuntamente infatti, questi due primi capoversi denunciano il grande bisogno di aiuto psicologico delle più giovani generazioni in seguito alla pandemia di Covid-19, un bisogno rimarcato dai dati OMS che riportano un incremento del 25% di disturbi come ansia e depressione, un bisogno che però non riesce a trovare risposta nel servizio sanitario nazionale e che ha costretto chi, per mezzi economici e culturali ne aveva la possibilità, a rivolgersi al mercato dei privati.

Un’indagine molto interessante è quella realizzata da IRES Emilia-Romagna e Alta Scuola SPI-CGIL per conto di SPI-CGIL Nazionale, Rete degli Studenti Medi e Unione degli Universitari. La ricerca, condotta con metodologia self-report su un campione di adolescenti e adulti emergenti e intitolata “Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della Pandemia”, offre una fotografia dello stato di benessere psicologico autoriferito dagli studenti italiani all’indomani della pandemia. Il 28% dichiara

di avere disturbi del comportamento alimentare, il 16% dei quali insorti durante la pandemia, il 14,5% ha avuto esperienze di autolesionismo, metà delle quali in corrispondenza del periodo pandemico, il 10% invece ha assunto sostanze, mentre il 12% ha abusato di alcol. Significativo è il prevalere delle emozioni negative: il 68% del campione riferisce noia, il 66% demotivazione, il 62,7% solitudine, è poi presente ansia nel 60%, paura e rabbia nel 46% degli intervistati. Come descritto nel capitolo precedente, gli adolescenti e gli adulti emergenti riferiscono un incremento nell'utilizzo dei social network e dei videogiochi, una diminuzione dell'incontro con gli amici e dei cambiamenti nei ritmi del sonno. In seguito al termine delle restrizioni per molti è risultato problematico il ritorno a scuola o all'università, con la principale forma di disagio costituita da esami e verifiche in presenza. In linea con quanto riportato sopra, il 60,3% degli studenti riferisce un'elevata criticità circa la propria salute mentale, e sebbene l'insicurezza e la paura dominino questo quadro, l'82% si presenta come curioso rispetto al futuro, anche se la fiducia riposta nelle istituzioni si attesta sotto il 50% (Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della pandemia, 2022).

Quindi, se da un lato la pandemia ha esacerbato il malessere nelle generazioni di adolescenti e adulti emergenti, contribuendo all'insorgenza o all'inasprirsi di condizioni psicopatologiche preesistenti, d'altra parte ha anche reso manifesto tale quadro agli occhi dei più giovani, che ora, a gran forza, reclamano un sostegno.

Un'ulteriore indagine introduttiva che permette di fotografare i comportamenti degli adolescenti italiani nel contesto post-pandemico è quella condotta dal Sistema di Sorveglianza HBSC Italia (Health Behaviour in School-aged Children) e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità assieme ad alcune Università italiane. La ricerca, pubblicata nel corrente anno, viene ripetuta ciclicamente ogni quattro anni. Tale andamento ha permesso, nell'ultima edizione, di poter confrontare i dati del 2022 sul benessere psicologico degli adolescenti con quelli degli anni pre-pandemici. Quanto emerge rispetto ai dati del 2018 è un forte calo della percezione di buona salute tra gli adolescenti, percezione che diminuisce ulteriormente all'aumentare dell'età, risultando più bassa tra le ragazze. Il sesso femminile si conferma quindi un fattore di rischio per l'insorgenza di psicopatologie, così come il calo del benessere psicologico si concentra prevalentemente in corrispondenza dei cambiamenti che contraddistinguono l'ingresso nella pubertà. Il 49% dei ragazzi e il 74% delle ragazze riferisce di presentare almeno due tra: irritabilità, deflessione dell'umore, nervosismo, difficoltà nell'addormentamento, mal di testa, mal di stomaco e mal di schiena; in particolare, il 62% dichiara di aver fatto ricorso a farmaci per almeno uno dei sintomi sopra elencati.

Se, rispetto alla rilevazione del 2018, si registra un incremento ponderale, con un aumento dei tassi di adolescenti sovrappeso e obesi, preoccupano gli esigui tassi di attività fisica tra i giovani italiani.

Meno di un adolescente su dieci svolge almeno un'ora al giorno di attività motoria moderata, un'abitudine protettiva non solo per il benessere fisico ma anche per la salute mentale.

Rispetto al 2018, si è registrato un incremento nell'abuso delle sostanze alcoliche, mentre non crescono il fumo e il gioco d'azzardo; ad aumentare sono gli adolescenti che fanno un utilizzo problematico dei social media, soprattutto tra le ragazze si è registrato un incremento del 5% rispetto alla situazione pre-pandemica.

Il 41% degli intervistati ritiene poi che la propria salute mentale abbia risentito del periodo di lockdown e distanziamento sociale. Se si registra un impatto positivo delle restrizioni sulle relazioni familiari, è anche vero che questo diminuisce fortemente al crescere dell'età. L'effetto età si registra anche per quanto riguarda il benessere psicologico, con il 29% degli undicenni contro il 53% dei diciassetenni a sostenere un impatto negativo della pandemia sulla propria salute mentale. Su tale tematica permangono le differenze di genere sopra descritte: il 52% delle ragazze contro il 31% dei ragazzi riferisce un impatto negativo della pandemia sulla propria salute mentale (Istituto Superiore di Sanità, 2023).

Tali dati rendono doveroso inoltrarsi in una disamina approfondita dei livelli di salute mentale tra le generazioni di adolescenti e adulti emergenti che hanno vissuto in prima persona gli anni della pandemia, analizzando l'impatto e i tassi di prevalenza delle diverse psicopatologie sulla vita di queste persone. Sono svariati gli studi che hanno analizzato il benessere psicologico delle più giovani generazioni durante la pandemia; tuttavia, sono molti meno quelli che ad un anno di distanza si sono soffermati sulle conseguenze a medio-lungo termine. Scopo delle pagine seguenti è quindi quello di riportare i dati relativi agli incrementi di psicopatologie avvenuti durante gli anni di pandemia e di lockdown e analizzarne l'incidenza al giorno d'oggi.

I tassi di psicopatologie e di malessere durante il periodo pandemico tra gli adolescenti sono enormemente cresciuti, con un incremento nei disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, nell'ideazione suicidaria, nell'utilizzo di sostanze e, come riportato anche sopra, nei disturbi del comportamento alimentare (Chadi et al., 2022). I disturbi dell'umore come la depressione hanno seguito l'andamento pandemico, inasprendosi durante le fasi di isolamento più severe; l'ansia, invece, ha mostrato un andamento maggiormente eterogeneo (Chadi et al., 2022), mentre i comportamenti autolesivi secondo alcuni studi sembrano essere diminuiti nelle prime fasi pandemiche, per poi aumentare la propria frequenza nel corso del lockdown, seguendo un andamento tipico di queste problematiche (Petruzzelli et al., 2022). Lo studio di Petruzzelli e collaboratori descrive anche un andamento particolare delle richieste di aiuto psicologico sul campione italiano indagato: da un lato la seconda ondata pandemica ha visto un forte incremento di richieste di sostegno rispetto alla prima, d'altra parte il primo periodo pandemico in Italia ha visto il predominare di reazioni ansiose, che in

persone giovani si sono tradotte in somatizzazioni e disturbi post-traumatici, mentre durante la seconda ondata pandemica il malessere psicologico si è manifestato mediante una sintomatologia prettamente depressiva (Petruzzelli et al., 2022). Inoltre, come anticipato precedentemente, i sintomi di ansia e depressione si sono presentati prevalentemente in una popolazione di tardo adolescenti, maggiormente soggetti all'impatto delle restrizioni sulla propria vita sociale e sulle proprie possibilità di sviluppo relazionale e identitario (Petruzzelli et al., 2022).

L'emergenza sanitaria ha esacerbato fattori di rischio per l'insorgenza di psicopatologie e ha fortemente indebolito diversi fattori protettivi della salute mentale come la possibilità di svolgere attività fisica e il contatto sociale (D'Auria & Massariolo, 2023). Durante il periodo pandemico abbiamo assistito a un aumento senza precedenti dell'incidenza di disturbi d'ansia e depressione, raddoppiati tra gli adulti emergenti europei. A preoccupare inoltre sono i tassi di ideazione suicidaria, quintuplicati in paesi come Francia, Belgio e Finlandia (OCSE, 2022). Su tale quadro è poi gravata la chiusura dei centri per la salute mentale e dei servizi di assistenza sanitaria deputati al trattamento dei disturbi mentali. Questi servizi, nonostante si siano riconfigurati nel corso della pandemia, privilegiando modalità di colloquio online, non sono mai tornati ai livelli pre-pandemici, acuendo un forte divario tra la domanda e la possibilità di risposta ai bisogni di salute mentale delle più giovani generazioni (OCSE, 2022). Quasi la metà dei giovani europei si è dichiarata insoddisfatta della disponibilità dei servizi di sostegno psicologico sia nella primavera del 2021 sia in quella del 2022 (dati OCSE in D'Auria & Massariolo, 2023).

Nonostante nel 2022 si sia registrato un miglioramento della situazione, i livelli di incidenza dei disturbi psicopatologici sulla popolazione di adolescenti e giovani adulti sono ancora ben superiori di quelli registrati prima della pandemia, descrivendo un quadro che presumibilmente sarà influenzato a lungo termine da quanto accaduto nel recente passato.

A corroborare questa tesi intervengono i dati del report OCSE "Health at a Glance: Europe 2022", un resoconto dello stato di salute dei cittadini membri dell'Unione Europea. Quanto emerge da tale report è l'impatto drammatico della pandemia sulla salute delle persone in Europa e nel mondo: se il 90% dei decessi si è verificato tra le persone con più di sessanta anni, da considerare è anche l'incremento di malessere delle più giovani generazioni, testimoniato da una crescente richiesta di assistenza per la salute mentale, purtroppo non soddisfatta.

Anche prima della pandemia il peso delle malattie mentali era estremamente gravoso sui giovani europei, tuttavia, con l'avvento della pandemia si è registrato un aumento senza precedenti dei sintomi di depressione, più che raddoppiati negli stati aventi dati con cui effettuare un confronto con la situazione pre-pandemica (OCSE, 2022).

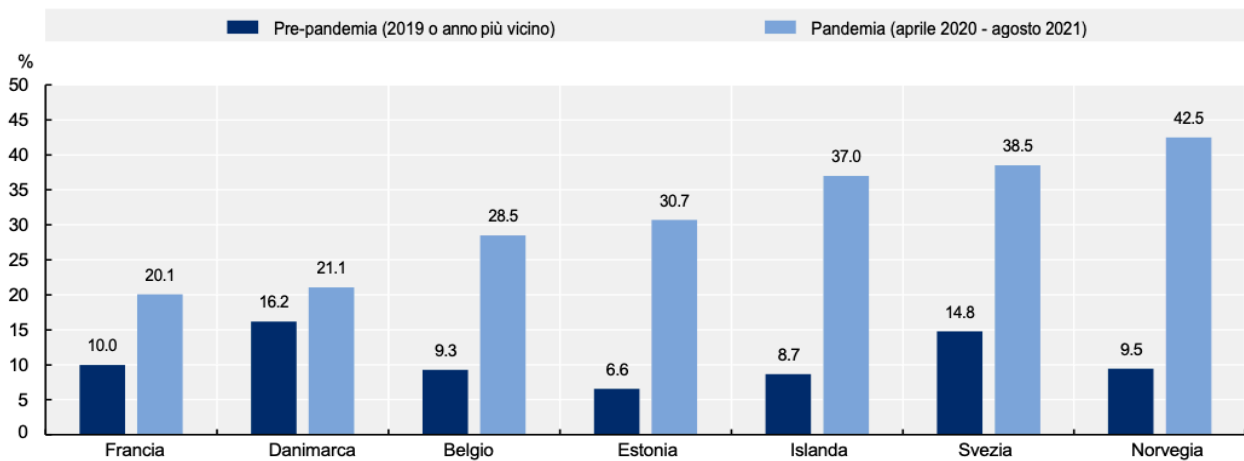


Figura 3.1: Quota di giovani con sintomi di depressione (“Health at a Glance: Europe 2022”; OCSE, 2022)

Colpisce in particolare un’inversione di tendenza rispetto alla situazione pre-pandemica, quando la quota di giovani che riferiva sintomi di depressione era significativamente inferiore rispetto alla media della popolazione adulta. Nel 2019 la percentuale di giovani tra i quindici e i ventiquattro anni con sintomi di depressione era del 6%, contro il 7% della media di tutti gli adulti nell’Unione Europea. Durante la pandemia, invece, la percentuale media di giovani che riportavano sintomi di depressione era del 50% superiore rispetto alla media dell’incidenza della depressione tra tutti gli adulti in quasi tutti i paesi europei, tra cui l’Italia, come attestato dalla figura 3.2 (OCSE, 2022). Alcuni fattori di rischio specifici per l’insorgenza di depressione includevano il sesso femminile, l’età adolescenziale, il tasso di contagi da Covid-19 nell’area di residenza e il contatto con parenti che svolgevano mansioni relative alla cura del virus (Panchal et al., 2021).

Anche l’incidenza dell’ansia ha visto un grande aumento nel corso della pandemia di Covid-19, con i sintomi d’ansia raddoppiati rispetto ai livelli pre-pandemici in alcuni Stati. In Belgio, ad esempio, la percentuale di giovani che riferiscono sintomi d’ansia è passata dal 12% del 2018 al 28% del 2022; anche in Francia e Finlandia la percentuale di studenti con manifestazioni ansiose ha visto un incremento di più del 50% tra i dati del 2018 e quelli del 2022 (OCSE, 2022). Fattori di rischio per l’insorgenza dei disturbi d’ansia includevano la mancanza di routine organizzate e, come nel caso della depressione, il sesso femminile, l’età adolescenziale e l’eccesso di informazioni circa il Covid-19 (Panchal et al., 2021). Bisogna poi sottolineare che la chiusura delle scuole è stata identificata come un fattore di stress fondamentale per alcuni giovani: la maggiore incidenza di sintomi ansiosi e depressivi nei tardo adolescenti sembra essere stata collegata alla mancanza di contatto sociale con i pari e con i propri compagni di classe. In adolescenza la connessione tra pari e il supporto sociale sono strumenti fondamentali per favorire lo sviluppo dell’identità (Panchal et al., 2021).

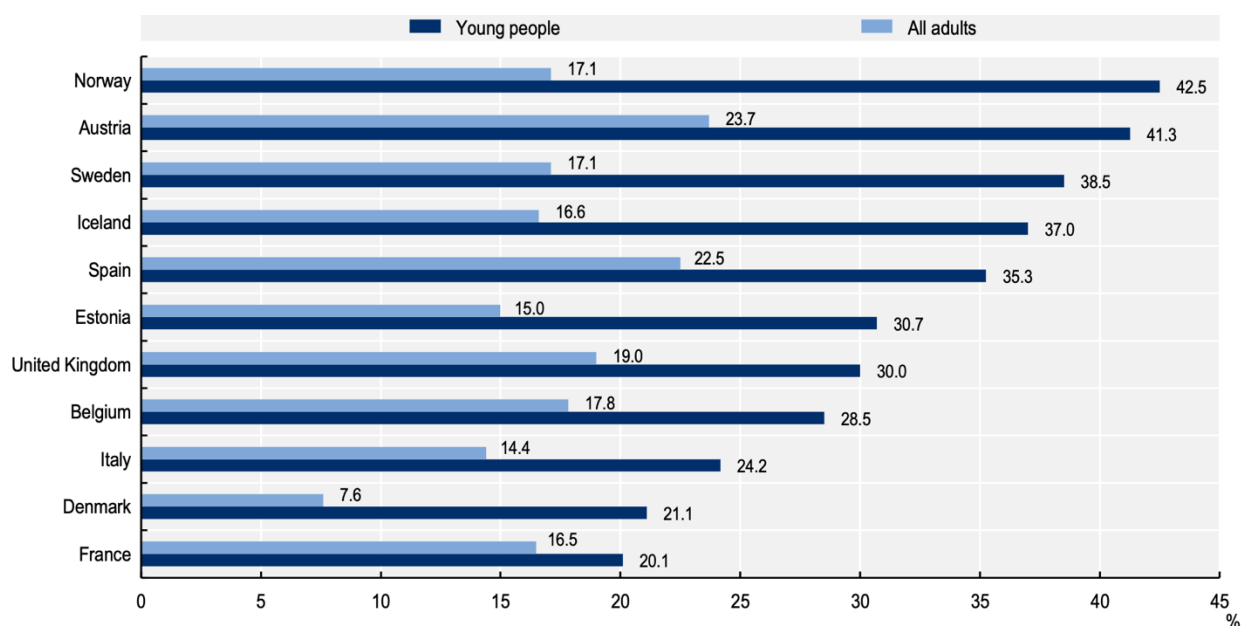


Figura 3.2: Percentuale di persone con sintomi di depressione tra il 2020 e il 2021 (“Health at a Glance: Europe 2022”; OCSE, 2022)

Allarmante è stato anche l’aumento nel tasso di ideazione suicidaria tra gli adolescenti e gli adulti emergenti. In Belgio e in Francia si è registrato un aumento dei pensieri suicidi di circa cinque volte: il 25% dei ragazzi tra i diciotto e i ventinove anni nel corso del 2022 ha dichiarato di aver pensato al suicidio, contro il 5,2% del 2018. Tassi analoghi sono stati misurati anche nei Paesi Bassi, dove il 16% dei giovani tra i dodici e i venticinque anni ha avuto pensieri suicidi nell’ultimo anno. Interessante è il dato francese, dove tassi simili di ideazione suicidaria si sono protratti anche nel corso di tutto il 2022, facendo registrare un numero di visite per pensieri suicidi costantemente superiore a quello registrato durante ogni anno dell’emergenza pandemica (OCSE, 2022).

Se la salute mentale è aumentata e diminuita seguendo le ondate pandemiche nella popolazione generale, è però doveroso citare anche il dato relativo al peggioramento del benessere tra i giovani con problemi di salute mentale preesistenti. Caso esemplare è quello dei bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo e con disturbi del comportamento alimentare, entrambi fortemente aggravati dall’interruzione delle routine (Panchal et al., 2021), dalla riduzione dell’accesso alle cure e ai trattamenti e dalle restrizioni all’attività fisica (OCSE, 2022).

La pandemia di Covid-19 ha ampliato la forbice sociale e inasprito le differenze economiche: se lo status socioeconomico ha sempre influenzato la salute mentale, con il Covid questa tendenza è aumentata (Golberstein et al., 2020). I giovani in condizioni economiche precarie, le donne e le persone a rischio di esclusione (giovani LGBTQIA+ o minoranze etniche) sono stati esposti ad un rischio maggiore di problemi di salute mentale durante la pandemia. Il 67% degli adulti emergenti

con difficoltà finanziarie è stato considerato a rischio di depressione, inoltre i giovani tra i diciotto e i ventinove anni che ritenevano che il proprio nucleo familiare avesse difficoltà economiche hanno presentato una probabilità maggiore di sviluppare un disturbo depressivo durante la pandemia (OCSE, 2022).

Quanto ha reso più grave il quadro pandemico in Europa non sono state solo le restrizioni che hanno limitato la possibilità di svolgere attività fisica, una pratica protettiva per la salute mentale ed estremamente carente tra i giovani italiani anche prima della pandemia, ma soprattutto l'insoddisfacente risposta dei servizi alla richiesta di aiuto delle più giovani generazioni. La chiusura delle scuole, ad esempio, non è corrisposta solo all'impossibilità di relazionarsi in presenza con i propri coetanei, ma ha anche sancito la sospensione dei programmi scolastici di salute mentale, rendendo più difficile l'identificazione tempestiva delle problematiche di salute mentale tra i giovani. I servizi di salute mentale per la popolazione generale inoltre sono stati interrotti, soprattutto durante il 2020. Le misure di distanziamento sociale hanno reso difficili le visite e i colloqui in presenza e gli sforzi sanitari si sono concentrati sulla lotta e prevenzione del Covid-19. Il 40% degli Stati europei indagati tramite il report "Health at a Glance" ha segnalato l'interruzione di almeno il 75% dei servizi mentali, neurologici e per l'uso di sostanze; inoltre, a livello globale il 70% dei servizi rivolti a bambini e adolescenti è stato parzialmente o completamente interrotto. Le televisite o l'utilizzo di metodologie di colloquio a distanza negli anni successivi della pandemia non hanno permesso di supplire al grande vuoto e al ritardo accumulato durante i mesi del 2020, con liste e tempi di attesa raddoppiati rispetto alla situazione pre-pandemica. Nel 2021 la percentuale di adulti emergenti che riferiva cure mentali non soddisfatte era del 53%, mentre nel 2022, nonostante la percentuale sia leggermente calata, il 49% dei giovani continua a dichiarare bisogni insoddisfatti circa il proprio benessere mentale (OCSE, 2022).

Ad oggi i dati attestano un leggero miglioramento del benessere e della salute mentale di adolescenti e adulti emergenti rispetto ai dati pandemici. Tuttavia, se la diminuzione dei tassi di infezione e il decadimento dello stato di emergenza hanno risollevato gli umori di parte dei giovani, i dati di incidenza delle psicopatologie rimangono più elevati di quelli del periodo pre-pandemico, in alcuni casi, come in Belgio e in Francia la prevalenza è ancora doppia rispetto a quella del 2018. L'elevato disagio mentale può essere considerato una risposta attesa al malessere provato durante l'emergenza sanitaria, questo non deve però essere trattato come un fenomeno normale. Ciò di cui i giovani hanno bisogno è un sostegno adeguato che permetta loro di fronteggiare il momento di crisi che si trovano a vivere, con un occhio attento alle conseguenze che a lungo termine potranno influenzarne il benessere (OCSE, 2022).

La paura, l'incertezza, i periodi di isolamento sociale, la mancanza di relazioni e la sospensione delle attività scolastiche hanno sconvolto e interrotto il già faticoso cammino di una generazione di adolescenti verso l'adulthood e la scoperta della propria identità. L'interruzione delle pratiche sportive, il peggioramento delle abitudini alimentari, l'incidenza raddoppiata di ansia e depressione impongono che l'attenzione si concentri sul garantire servizi di supporto psicologico e sociale in grado di intercettare le esigenze e sostenere le più giovani generazioni. Se l'attualità delineata nelle pagine precedenti impone una rincorsa alla salute mentale, è fondamentale sviluppare anche politiche mirate alla prevenzione e alla presa in carico precoce dei disturbi mentali (D'Auria & Massariolo, 2023).

3.2 L'INCREMENTO DI PSICOPATOLOGIE DURANTE E DOPO LA PANDEMIA DI COVID-19

Le seguenti pagine si soffermeranno su tre particolari condizioni psicopatologiche che, come abbiamo visto, hanno avuto un fortissimo incremento nella popolazione di adolescenti e adulti emergenti durante la pandemia: ansia, depressione e ideazione suicidaria.

Ansia e depressione sono due dimensioni fondamentali all'interno di questa tesi poiché il questionario PGWBI, utilizzato per valutare il benessere psicologico all'interno della nostra ricerca, si compone di cinque sotto scale, due delle quali valutano nello specifico ansia e depressione. Nel prossimo capitolo troverà spazio l'analisi dettagliata del ruolo di alcuni mediatori nell'influenzare lo stress e il benessere psicologico di adolescenti e adulti emergenti in relazione alla pandemia di Covid-19.

3.2.1 ANSIA

A causa delle numerose transizioni che caratterizzano questo momento della vita, l'adolescenza è un periodo di forte vulnerabilità per l'insorgenza di disturbi d'ansia. In adolescenza si costruiscono le basi della propria identità, le convinzioni su sé e sugli altri, così come le preoccupazioni relative allo sviluppo e alle relazioni interpersonali, fattori importanti per lo sviluppo dell'ansia (Grant, 2013).

La quinta versione del DSM, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, definisce i seguenti disturbi d'ansia: disturbo d'ansia da separazione, disturbo d'ansia generalizzata, ansia sociale, agorafobia, disturbo di panico, fobie specifiche, mutismo selettivo, ipocondria e disturbi d'ansia causati da altre situazioni mediche o indotti da sostanze.

Quanto ci interessa ai fini di questa trattazione è il fatto che l'adolescenza ponga in essere cambiamenti significativi in diversi ambiti, i quali possono portare a livelli di stress che rendono questo periodo un terreno fertile per l'insorgenza di psicopatologie, tra cui l'ansia: il disturbo più comune diagnosticato durante l'adolescenza (Grant, 2013). L'incremento della sintomatologia ansiosa avviene con l'avvento dei cambiamenti puberali, tanto che chi sperimenta anticipi puberali può considerarsi maggiormente a rischio di sviluppare sintomi d'ansia. Un ulteriore predittore dell'insorgenza di questa classe di disturbi è quello della familiarità: figli di genitori con disturbi d'ansia sono maggiormente a rischio di sviluppare a loro volta questa sintomatologia, inoltre, comportamenti genitoriali come l'iperprotezione, il controllo, il rifiuto o la mancanza di calore, così come i modelli di attaccamento infantile sono in grado di predire l'insorgenza di disturbi d'ansia (Grant, 2013). Le relazioni positive che l'adolescenza offre l'opportunità di stringere possono costituire un forte fattore protettivo, tuttavia, relazioni negative con pari o con i familiari possono facilmente diventare un fattore di rischio per lo sviluppo dell'ansia (Adorjan & Stubbe, 2023). Anche lo sviluppo cognitivo influenza tale ambito: il modo in cui l'adolescente pensa a sé e al mondo, le attribuzioni di significato, le distorsioni cognitive e il senso di controllo sulla propria vita sono meccanismi che possono contribuire al mantenimento della sintomatologia ansiosa. Le comorbilità maggiori per questa classe di disturbi sono altri disturbi d'ansia e la depressione (Grant, 2013). Non a caso questi due disturbi sono stati tra i più comuni durante la recente pandemia. In questo periodo, i fattori di stress ambientale hanno fortemente contribuito all'insorgenza della sintomatologia ansiosa: l'isolamento in casa, la paura del contagio, la riduzione dell'attività fisica e le compromissioni degli ambienti di vita hanno rappresentato stressor importanti per lo sviluppo della salute mentale delle più giovani fasce d'età (Wang et al., 2022). Anche la grave crisi economica si può considerare un fattore di stress importante che ha impattato il benessere non solo degli adolescenti, ma anche dei loro genitori, creando contesti familiari in cui la probabilità di insorgenza di disturbi d'ansia o dell'umore era significativamente più alta. Gli stressor ambientali possono innescare processi di neuroinfiammazione intimamente connessi al funzionamento dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene, il che può portare ad un incremento di sintomi d'ansia e depressione (Wang et al., 2022). Inoltre, adolescenti sottoposti a traumi, come quello che la pandemia di Covid-19 può aver rappresentato, hanno mostrato iperattività dell'amigdala, associata in adolescenza a disregolazione degli affetti (Wang et al., 2022).

Anticipando quanto tratterò nelle prossime pagine, è bene sottolineare come si possano individuare diversi fattori di moderazione rispetto all'insorgenza dei disturbi dell'umore e delle manifestazioni ansiose. L'età e il genere, così come il supporto sociale e la presenza di routine strutturate, sono aspetti in grado di proteggere adolescenti e non solo dall'insorgenza dei disturbi d'ansia. Come visto in

precedenza, gli adolescenti più grandi, in particolare di sesso femminile, sono risultati particolarmente più a rischio di bambini e adulti; tuttavia, la presenza di una rete di supporto sociale costituisce un fattore fortemente protettivo del benessere di queste persone. Adulti significativi che fungono da modelli di comportamento e supporto, promuovendo strategie di coping efficace, così come positive relazioni con i coetanei possono ridurre la sintomatologia ansiosa in contesti di eventi stressanti cronici come quello pandemico (Shoshani, 2023). Anche la presenza di routine coerenti e strutturate come programmi di sonno definiti, diete equilibrate, impegno nell'attività fisica, riduzione del tempo di esposizione agli schermi, rituali familiari e momenti di socialità hanno garantito una maggiore salute mentale durante la pandemia (Shoshani, 2023).

Risulta particolarmente interessante che i sintomi d'ansia e, più in generale, i livelli di una bassa salute mentale hanno raggiunto il loro picco nelle misurazioni effettuate più recentemente. Studi longitudinali ci presentano quindi l'idea che la pandemia, con le sue misure di isolamento e quarantena, abbia esposto le persone ad una sorta di accumulo di fattori di stress che probabilmente lasceranno un segno a lungo termine sullo sviluppo sociale ed emotivo delle più giovani generazioni (Shoshani, 2023).

3.2.2 DEPRESSIONE

Già prima dell'inizio della pandemia di Covid-19, depressione e ansia costituivano le due psicopatologie con la maggiore incidenza tra la popolazione di adolescenti e adulti emergenti in Europa, con la sintomatologia depressiva che, nel 50% dei casi, permaneva anche in età adulta (Ludwig-Walz et al., 2022).

La depressione maggiore si caratterizza per un calo della spinta vitale, profonda tristezza e perdita di interesse verso le attività della vita quotidiana, pensieri negativi, disturbi nelle funzioni cognitive, agitazione o ritardo psicomotorio e sintomi vegetativi come cambiamenti ponderali e dei ritmi sonno-veglia. Come per l'ansia, i tassi di incidenza sono bassi prima dell'avvento della pubertà e aumentano, soprattutto nel sesso femminile, a partire dall'ingresso in adolescenza. La depressione adolescenziale a lungo termine si associa inoltre a suicidalità, problemi nel funzionamento sociale e scarsa salute fisica e mentale (Maughan et al., 2013).

I fattori di rischio maggiori per l'insorgenza della sintomatologia depressiva sono una storia familiare di depressione ed eventi di vita stressanti, come quelli potenzialmente costituiti dalla pandemia di Covid-19. La trasmissione familiare, invece, coinvolge sia processi psicosociali che ereditari, combinando influenze genetiche e ambientali. Figli di genitori depressi hanno una probabilità dalle

tre alle quattro volte maggiore di presentare depressione, l'ereditarietà tuttavia spiega in parte l'insorgenza nel contesto familiare: studi sull'adozione testimoniano come il rischio di insorgenza aumenti anche in coppie madri-bambino geneticamente non correlate, validando ancora una volta il ruolo dell'influenza psicosociale nell'insorgenza delle psicopatologie. I rischi psicosociali includono lutti, separazioni, conflitti e maltrattamenti, inoltre, gli stressor cronici sembrano avere un impatto maggiore rispetto agli eventi acuti e isolati. Le avversità infantili possono poi presentare rischi distali per l'insorgenza della depressione, che può quindi insorgere nel corso della vita a molti anni di distanza (Maughan et al., 2013).

La depressione si presenta frequentemente in comorbidità con altre condizioni psichiatriche: la sopracitata ansia e, durante l'età scolare, anche l'ADHD, il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta. Si tratta, inoltre, di una condizione cronica e ricorrente, sebbene molti episodi si risolvano entro un anno, il rischio di recidiva nei campioni clinici è molto elevato, vi è infatti il 50-70% di probabilità di sviluppare un ulteriore episodio nei cinque anni successivi al primo (Maughan et al., 2013).

La riduzione dei contatti sociali, la chiusura delle scuole, la diminuzione dell'interazione tra pari e i cambiamenti nel sistema familiare hanno influenzato in modo significativo l'incidenza della depressione nelle giovani generazioni. Quindi, se da un lato la pandemia ha costituito un importante fattore di stress dovuto ai contagi e alle morti, la quarantena, interrompendo le routine quotidiane e aumentando la solitudine, ha esacerbato le manifestazioni depressive in una generazione di giovani adolescenti già a rischio di sviluppare psicopatologie (Ludwig-Walz et al., 2022). Secondo lo studio condotto da Helena Ludwig-Walz e collaboratori, l'incremento maggiore della sintomatologia depressiva è avvenuto tra i maschi tra i sedici e i diciannove anni, questo non è in contrasto con i dati riportati precedentemente che vedevano nel sesso femminile la maggiore incidenza di questa sintomatologia, ma si spiega in termini incrementali con la popolazione maschile avente punteggi di depressione relativamente bassi prima del periodo pandemico. Questo dato, unitamente alla stabilità della sintomatologia depressiva durante e dopo la pandemia (Liu et al., 2022), deve far porre l'urgenza sul monitoraggio della depressione tra i bambini, gli adolescenti e gli adulti emergenti nel corso del prossimo decennio. La depressione influisce sui livelli di partecipazione sociale, fondamentale per uno sviluppo sano, e influenza i livelli di suicidalità; gli effetti a lungo termine devono essere osservati e affrontati con interventi preventivi e misure dedicate (Ludwig-Walz et al., 2022).

3.2.3 IDEAZIONE SUICIDARIA

Il suicidio è definito come la morte risultante da un comportamento lesivo attuato con l'intento di morire; il tentativo di suicidio è un comportamento non fatale ma attuato con l'intento di morire; l'ideazione suicidaria, invece, consiste in pensieri e considerazioni circa la possibilità di ledere o togliersi la vita, senza però che questi pensieri si traducano in azione (Dobrin-De Grace et al., 2023). L'adolescenza è un'età in cui si è particolarmente sensibili alle valutazioni sociali da parte del gruppo dei pari, in cui si è maggiormente sensibili a fattori di stress e durante la quale si assiste ad una profonda ristrutturazione cerebrale che rende particolarmente sensibili agli stati emotivi. Questi fattori sostengono un aumento nei tassi di suicidio tra gli adolescenti che si sta verificando già da due decenni a livello globale (Dobrin-De Grace et al., 2023), rendendo il suicidio la terza causa di morte nelle ragazze adolescenti e la quarta tra i ragazzi tra i quindici e i diciannove anni (Madigan et al., 2023). Prima della pandemia, quindi, l'ideazione suicidaria e l'autolesionismo erano comportamenti molto diffusi: un adolescente su sette tra i dodici e i diciotto anni riferiva di aver pensato al suicidio, mentre un adolescente su sei tra i tredici e diciotto anni riferiva di aver messo in atto comportamenti autolesionistici (Madigan et al., 2023).

I cambiamenti comportati dall'avvento della pandemia, come la chiusura delle scuole, l'obbligo di permanenza all'interno delle proprie abitazioni e l'isolamento sociale, si possono considerare come fattori fortemente limitanti i bisogni di sviluppo degli adolescenti e fattori di rischi per la loro salute mentale, tra cui il suicidio (Dobrin-De Grace et al., 2023). La limitata possibilità di accedere a fonti di supporto per il disagio mentale durante gli anni di pandemia è sicuramente stato uno dei motivi che ha portato i tassi di suicidio e ideazione suicidaria a diminuire nei primi mesi del 2020 per poi aumentare successivamente, soprattutto tra le ragazze (Madigan et al., 2023), seguendo un andamento tipico osservato in seguito ai disastri naturali (Dobrin-De Grace et al., 2023).

La pandemia non ha però cambiato quello che Madigan e collaboratori definiscono come il "paradosso sessuale" del suicidio, ovvero il fatto che nonostante siano le ragazze ad avere la maggiore probabilità di tentare il suicidio, queste ricorrono anche maggiormente a servizi di assistenza sanitaria, mentre sono i ragazzi ad avere una maggiore probabilità di morire per suicidio (Madigan et al., 2023). Oltre al genere, anche l'etnia risulta essere un fattore di rischio connesso alla probabilità di comportamenti suicidari; anche maltrattamenti e abusi fisici, assieme all'età adolescenziale, sono risultati essere ulteriori fattori di rischio per l'ideazione e i tentativi di suicidio durante la pandemia. Forti relazioni interpersonali sembrano invece essersi associate ad una minore ideazione suicidaria durante questo periodo (Dobrin-De Grace et al., 2023).

La Corea del Sud è stata la nazione tra gli stati membri dell'OCSE che nel 2020 ha riportato il tasso più alto di suicidi, salito del 9,4% rispetto al 2019. Lo studio condotto da Bveon ha quindi indagato quello che sembrava essere diventato un fenomeno di massa tra gli adolescenti durante il periodo pandemico, individuando come siano presenti alcuni fattori predittivi della possibilità di commettere comportamenti suicidi. In particolare, un'esperienza di depressione negli ultimi dodici mesi, un forte stress soggettivo, sentimenti di solitudine nel corso dell'ultimo anno, un peggioramento delle condizioni economiche della famiglia, così come il rendimento scolastico e i voti di laurea sono risultati predittivi della possibilità di mettere in atto comportamenti o ideazione suicidaria durante l'adolescenza e l'adulità emergente (Bveon, 2022).

Durante l'adolescenza e la giovane età adulta il suicidio, tentato o contemplato, si configura essere una problematica quantomai diffusa e attuale, aggravata dallo stress rappresentato dalla recente pandemia. In Italia ogni anno quasi quarantaseimila adolescenti muoiono a causa di suicidi, un report di UNICEF, riportato dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute della regione Piemonte, intima di aumentare significativamente gli investimenti a lungo termine nei servizi di salute e promozione mentale. Al momento, in Italia la spesa pubblica per questo settore è una delle più basse degli Stati OCSE (Longo & Penasso, 2023).

Garantire un sistema uniforme di assistenza neuropsichiatrica, così come attuare interventi di promozione del benessere mentale rivolti a genitori e famiglie è, ora più che mai, di fondamentale importanza. Strategie attuabili per prevenire i comportamenti suicidi possono essere interventi preventivi attuati nelle scuole e focalizzati sulla gestione dei momenti di crisi, sulla psicoeducazione e il rafforzamento di autostima e risorse personali. L'apprendimento di competenze socio-emotive attenua i fattori di rischio di suicidio in adolescenza e gli interventi school-based che durano almeno una settimana e coinvolgono più membri della rete di sviluppo degli adolescenti riducono dal 13 al 15% i pensieri suicidi e dal 28 al 34% i tentativi di suicidio (Longo & Penasso, 2023).

Al prossimo paragrafo, l'analisi di quattro possibili fattori di mediazione responsabili di influenzare lo stress e il benessere psicologico delle giovani generazioni durante e dopo la pandemia.

3.3 IL RUOLO DI ALCUNI FATTORI DI MEDIAZIONE

Conoscere i fattori di vulnerabilità e di protezione della salute mentale risulta fondamentale per comprendere le traiettorie di sviluppo adattivo e disadattivo in adolescenza (Moksne & Reidunsdatter, 2019). Il seguente paragrafo ha l'obiettivo di offrire una disamina di quattro costrutti che la letteratura ha indicato come rilevanti per la promozione e la protezione della salute mentale adolescenziale e

pertanto utilizzati all'interno di questo progetto di ricerca come possibili mediatori dell'impatto della pandemia di Covid-19 sul benessere psicologico e lo stress percepito da adolescenti e adulti emergenti. Tali fattori sono: l'autostima, il supporto sociale percepito, la capacità di regolare le proprie emozioni e la resilienza.

3.3.1 AUTOSTIMA

L'autostima contribuisce a definire il concetto di sé durante l'adolescenza e si riferisce alla valutazione soggettiva che un individuo fa di sé come persona. Fondamentale per un sano consolidamento della salute mentale adolescente, lo sviluppo dell'autostima per gli adolescenti è soggetto a continue sfide e ritrattazioni nel corso della vita quotidiana e nel confronto con il gruppo dei pari (Moksne & Reidunsdatter, 2019). L'autostima, intesa come insieme di sentimenti sul proprio valore personale, incontra quindi molteplici influenze nel corso dell'adolescenza che ne influenzano le traiettorie nel corso del tempo e che la rendono un tratto relativamente stabile ma non immutabile (Moksne & Reidunsdatter, 2019). I maschi sembrano presentare livelli più elevati di autostima, anche se le differenze di genere in questo ambito sono meno impattanti che in altri visti nel corso di questa trattazione. Una bassa autostima si connota come un forte predittore dell'insorgenza di ansia e depressione, mentre una solida autostima funge da fattore di protezione nei confronti dei fattori di stress che l'adolescente può incontrare nel corso dello sviluppo.

In un articolo redatto da Rossi e collaboratori e pubblicato nel 2020 sulla rivista *Frontiers in Psychology*, l'autostima viene analizzata come mediatore dell'insorgenza di sintomi d'ansia e depressione nel processo innescato da paura e solitudine all'inizio del periodo pandemico. Secondo tale ipotesi, infatti, la paura del contagio, inducendo a vigilanza cronica, può contribuire allo sviluppo dell'ansia, a sua volta catalizzatrice di sintomi depressivi attraverso l'attivazione dei meccanismi che portano a preoccupazioni persistenti, aspettative negative e pensieri di morte. In questo quadro, l'autostima agisce come uno schermo protettivo nei confronti degli stressor ambientali e dei pensieri negativi, così come della solitudine, ulteriore predittore dell'insorgenza di depressione durante il periodo pandemico (Rossi et al., 2020). Il modello finale analizzato all'interno dello studio ha confermato tale ruolo protettivo dell'autostima, un ruolo di mediazione parziale che rallenta l'insorgenza della sintomatologia psicopatologica a partire dai sentimenti di solitudine e paura innescati dall'avvento del Covid-19. Inoltre, visto che la solitudine deriva dalla discrepanza tra la quantità percepita e quella desiderata delle relazioni, questi risultati evidenziano anche l'importanza del supporto sociale percepito come importante mediatore nella relazione tra benessere psicologico e

insorgenza di disturbi quali ansia e depressione durante e dopo il periodo pandemico (Rossi et al., 2020).

3.3.2 SUPPORTO SOCIALE PERCEPITO

Il supporto sociale è un fattore protettivo in relazione a eventi stressanti a lungo termine, con un ruolo centrale nella recente pandemia. L'assenza di adulti significativi o di figure amicali di riferimento può rappresentare infatti un rischio elevato per l'insorgenza di comportamenti a rischio così come per l'insorgenza di psicopatologie (Shoshani, 2023). L'isolamento e la quarantena sono fattori di rischio documentati per l'insorgenza e l'esacerbazione di problematiche relative alla salute mentale e le misure adottate per fronteggiare la recente pandemia hanno interrotto l'interconnessione sociale, aumentando il rischio di difficoltà psicologiche (Grey et al., 2020).

La letteratura sul supporto sociale storicamente attua una distinzione tra supporto sociale percepito e supporto sociale ricevuto: il primo riguarda una valutazione soggettiva di come gli individui percepiscono le persone a sé vicine come fonte di supporto fisico e psicologico, il secondo, invece, si riferisce alla quantità effettiva di supporto che viene ricevuto nella quotidianità (Grey et al., 2020). Per quanto terminologicamente affini, i due costrutti correlano solo parzialmente l'uno con l'altro: gli studi di metanalisi non supportano l'ipotesi secondo cui il supporto sociale ricevuto sia un fattore costitutivo di quello percepito. Interessante, poi, è il fatto che esista una relazione forte e validata tra il supporto sociale percepito e i livelli di salute mentale, relazione non riscontrabile con la stessa intensità quando si analizza il supporto sociale ricevuto (Grey et al., 2020).

Un alto sostegno sociale percepito predice la presenza di un migliore funzionamento di salute mentale e si può considerare come un fattore protettivo per l'insorgenza di psicopatologie: chi riferisce maggiori livelli di supporto sociale percepito presenta minori livelli di depressione e di disturbo post traumatico da stress. Durante la pandemia di Covid-19 il supporto sociale percepito è risultato anche associato a una migliore qualità del sonno e a minori livelli di ansia e stress. Un supporto sociale di alta qualità può infatti proteggere contro lo sviluppo di una psicopatologia legata al trauma e aumentare la resilienza allo stress, fattore scatenante di disturbi come ansia e depressione. Durante la recente pandemia, infatti, chi ha presentato maggiori livelli di supporto sociale percepito ha anche presentato una probabilità del 63% inferiore di sviluppare un disturbo di depressione maggiore (Grey et al., 2020).

Inoltre, per creare un ponte con il precedente paragrafo e sviluppare una sinergia tra i diversi fattori di mediazione e protezione, è bene sottolineare che esiste una relazione positiva tra i livelli di

autostima degli adolescenti e i livelli degli agenti di sostegno sociale percepiti, siano essi emotivi, strumentali, finanziari o informativi. Indipendentemente dal genere, quando in adolescenza aumentano i livelli di supporto sociale percepito, aumenta anche l'autostima, migliorando i livelli di adattamento accademico e sociale e costituendo una rete non solo di fattori di protezione ma di risorse per una crescita positiva (Ikiz & Cakar, 2010).

3.3.3 REGOLAZIONE EMOTIVA

La regolazione emotiva è la capacità di modificare l'esperienza e l'espressione delle emozioni (Lennarz et al., 2009). Prove convincenti sostengono che un'efficace regolazione delle emozioni sia associata a diversi benefici psico-fisiologici e sia fondamentale per ridurre le emozioni negative e migliorare il benessere psicologico: prestare attenzione ai propri sentimenti e cercare attivamente modi per migliorarli porta ad esiti positivi sulla salute mentale (Restubog et al., 2020).

Ci sono diverse strategie che permettono di regolare le proprie emozioni di fronte a situazioni di stress o di difficoltà: l'evitamento, la ruminazione, il problem solving, l'accettazione, la distrazione, la rivalutazione delle situazioni e lo stesso supporto sociale; è proprio l'adolescenza il periodo nel quale si deve imparare ad utilizzare in maniera efficace questi meccanismi, coadiuvati dalle crescenti capacità cognitive che permettono di identificare e regolare meglio le emozioni (Lennarz et al., 2009). Gran parte delle sfide che gli adolescenti si trovano a fronteggiare riguarda il modo in cui essi regolano le proprie emozioni, dal confronto con i genitori alle relazioni all'interno del gruppo dei pari, una corretta regolazione delle emozioni è centrale per lo sviluppo psicosociale e per il benessere psicologico. Lo studio condotto da Lennarz e collaboratori ci permette di cogliere quali siano le strategie che gli adolescenti mettono prevalentemente in atto per regolare le proprie emozioni in situazioni o contesti percepiti come stressanti. La negatività delle situazioni, infatti, influenza la selezione delle strategie messe in atto per regolare le emozioni; il campione di adolescenti indagato utilizzava quindi problem solving, ruminazione, evitamento e supporto sociale trovandosi a fronteggiare eventi maggiormente stressanti, mentre l'accettazione veniva utilizzata quando l'intensità della situazione era minore. Sono proprio l'accettazione, il problem solving e la rivalutazione a condurre a esiti positivi nella regolazione dei picchi emotivi, mentre la ruminazione e anche il supporto sociale, se fornito sotto forma di co-ruminazione, correlano positivamente con l'insorgenza di depressione (Lennarz et al., 2009). Non è quindi la quantità di utilizzo di una strategia a mediare il rapporto con i sintomi depressivi, ma la sua appropriatezza di utilizzo ed efficacia. La recente pandemia ha richiesto più che mai agli adolescenti la conoscenza e l'utilizzo di queste

strategie, processi in via di sviluppo che le giovani generazioni hanno messo in atto con le difficoltà e i rischi di chi fa le prime esperienze durante un periodo di forte emergenza.

3.3.4 RESILIENZA

La resilienza è un processo dinamico di risposta a eventi di vita stressanti che consente il recupero e l'adattamento alle avversità ed è considerato protettivo nei confronti dei disturbi mentali (Verdolini et al., 2021). Il costrutto di resilienza si compone quindi, da un lato, del rischio o della minaccia che minano il benessere soggettivo e, dall'altro, dei criteri che permettono la valutazione del successo di adattamento o recupero nei confronti della situazione lesiva del benessere soggettivo (Mesman et al., 2021).

La prospettiva orientata ai tratti considera la resilienza come una caratteristica costitutiva degli individui che può permettere loro il superamento delle avversità tramite strategie di autoregolazione. La prospettiva orientata al processo, invece, definisce la resilienza come il risultato dell'interazione tra individuo e ambiente, suggerendo che quello della resilienza sia un processo co-costruito nel corso dell'esposizione stessa ad avversità o eventi traumatici (Shi et al., 2022).

La resilienza di stato è un processo che comprende: una salute mentale stabile in presenza di un periodo prolungato di avversità, la possibilità di riacquistare la precedente stabilità mentale dopo l'epilogo del periodo stressante e una traiettoria di crescita che permette di raggiungere un livello di funzionamento ancora migliore di quello presente prima del verificarsi dell'esperienza avversa. Tratti di personalità quali motivazione, speranza e umorismo, così come abilità e interessi possono proteggere dalle difficoltà della vita (Verdolini et al., 2021).

Non ci si può limitare a definire la resilienza come la semplice assenza di psicopatologia: quello della resilienza è un processo di risposta e di recupero che riflette un andamento dinamico di fronte alle avversità che si presentano ciclicamente nel corso della vita e che si associa ad esiti positivi per la salute mentale (Mesman et al., 2021). In particolare, una migliore qualità delle relazioni interpersonali e strategie di coping funzionali risultano essere correlate a livelli più elevati di resilienza e, di rimando, a una minore incidenza di sintomatologia ansiosa e soprattutto depressiva: l'assenza di resilienza e di strategie di problem solving familiare si associa infatti alla depressione. La resilienza è influenzata positivamente anche da livelli adeguati di autostima e promossa dal sostegno sociale (Mesman et al., 2021).

Studi condotti durante la recente pandemia hanno evidenziato come, all'interno di sottogruppi di pazienti psichiatrici, una cattiva resilienza sia risultata essere correlata a peggiori esiti di salute

mentale, tra cui più elevati tassi di depressione. Inoltre, indipendentemente dal sottogruppo analizzato, bassi livelli di resilienza di stato sono stati associati a esperienze depressive e psicotiche. Una minore resilienza è risultata essere associata anche a maggiori preoccupazioni per gli effetti del Covid-19 (Verdolini et al., 2021). Studi longitudinali condotti su adolescenti cinesi hanno poi confermato queste tesi: la resilienza, misurata prima dello scoppio pandemico, ha predetto minori livelli di ansia e depressione nel corso della pandemia, viceversa depressione e ansia pre-pandemiche sono risultate associate a inferiori livelli di resilienza nel corso del periodo pandemico (Shi et al., 2022).

LA RICERCA

Quanto emerge dalle pagine precedenti è che la pandemia di Covid-19 e le misure che le diverse nazioni hanno messo in atto per fronteggiarla hanno rappresentato un evento determinante per la salute mentale della popolazione: le psicopatologie sono aumentate e, a oggi, la loro epidemiologia non è ancora tornata ai livelli pre-pandemici.

La sfida costituita dalla pandemia è risultata particolarmente gravosa per chi ha vissuto durante questo periodo la propria adolescenza e adultità emergente, periodi sensibili per lo sviluppo e la costruzione dell'identità.

Se la comparsa del virus a inizio 2020 ha unito l'Italia, riscopertasi fragile e trasversalmente permeabile al contagio, la fine dell'emergenza pandemica ci ha riportato alla realtà di una penisola divisa, dove le conseguenze economiche e psicologiche della pandemia hanno avuto una rilevanza diversa a seconda delle età, del sesso, dello status socioeconomico e della possibilità di cogliere e rispondere alla sofferenza intrapsichica.

A tre anni di distanza dallo scoppio pandemico la presente ricerca si propone di analizzare la relazione tra lo stress esperito in riferimento al Covid-19 e il benessere psicologico e l'impatto dell'evento che la pandemia ha determinato nella popolazione di preadolescenti, adolescenti e adulti emergenti italiani. L'ipotesi di ricerca è che la relazione tra stress e benessere e tra stress e impatto della pandemia, possa essere mediata da alcuni fattori quali la capacità di regolare le emozioni, il supporto sociale percepito, l'autostima e la resilienza che la letteratura ha evidenziato come protettivi e determinanti per il benessere psicologico delle giovani generazioni.

Infine, si è analizzato il ruolo di alcune variabili sociodemografiche di tipo ambientale e personale nel determinare la risposta individuale non solo in riferimento al benessere psicologico, all'impatto dell'evento e allo stress, ma anche in relazione alla risposta fornita circa i costrutti analizzati come possibili fattori di mediazione e riportati sopra.

Nel prossimo paragrafo presenterò nel dettaglio gli obiettivi e le ipotesi della ricerca.

4.1 OBIETTIVI E IPOTESI

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è quello di approfondire come alcuni fattori sociodemografici e alcuni mediatori psicologici possano aver influenzato e continuare a influenzare il rapporto tra lo stress esperito durante la pandemia e l'impatto che essa ha avuto sulla salute mentale di adolescenti e adulti emergenti. Lo scopo dello studio è dunque quello di cercare di individuare alcune caratteristiche personali che possono aiutare gli adolescenti a gestire momenti difficili, come una pandemia, con l'obiettivo di poter in futuro lavorare per favorire lo sviluppo e il potenziamento di tali caratteristiche.

Al fine di perseguire questo obiettivo, sono state avanzate le ipotesi di ricerca che troveranno spazio nelle righe seguenti ed è stato messo a punto un questionario self-report, compilato mediante la piattaforma Google Forms da un campione di 505 adolescenti italiani.

Basandosi sulla letteratura analizzata nei precedenti capitoli, si è ipotizzato che, anche a più di un anno di distanza dalla fine dell'emergenza pandemica, lo stress riferito al Covid-19 potesse essere correlato al benessere psicologico delle più giovani generazioni, in particolare correlato a un aumento della sintomatologia ansiosa (OCSE, 2022) e di quella depressiva (Ludwig-Waltz et al., 2022). Si è inoltre ipotizzato che lo stress riferito all'esperienza pandemica potesse associarsi in alcuni soggetti a un aumento della sintomatologia post-traumatica in riferimento al periodo del Covid-19.

In questo lavoro di ricerca è poi stato analizzato il ruolo di mediazione svolto da alcuni costrutti nell'influencare la relazione tra stress e benessere e la relazione tra stress e impatto dell'evento. Si è ipotizzato quindi che la difficoltà di regolazione emotiva potesse avere un ruolo centrale nel mediare i livelli di benessere psicologico (Restubog et al., 2020). La letteratura ha poi evidenziato come il supporto sociale percepito sia un costrutto centrale e protettivo rispetto all'insorgenza di sintomatologie ansiose (Shoshani, 2023) e possa mediare l'emersione di depressione e disturbi post-traumatici da stress (Grey et al., 2020). Al pari, se l'autostima funge da mediatore rispetto all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in riferimento alla paura del contagio (Rossi et al., 2020), anche la resilienza si è ipotizzata essere un fattore centrale nel mediare le strategie di risposta allo stress pandemico e nell'influencare l'impatto che la pandemia ha avuto sul benessere di adolescenti e adulti emergenti (Mesman et al., 2021).

Un ulteriore obiettivo della ricerca è stato poi quello di capire come alcune variabili sociodemografiche potessero influenzare l'impianto teorico sopra descritto, correlandosi con le variabili di stress, impatto dell'evento e benessere psicologico e con i costrutti di mediazione utilizzati.

Sulla base della letteratura si è ipotizzato che il genere e l'età potessero rappresentare due variabili determinanti: da un lato il sesso femminile, maggiormente a rischio per l'insorgenza di problematiche relative alla salute mentale (OCSE, 2022), e, dall'altro, l'età adolescenziale come periodo di vita maggiormente sensibile alle restrizioni imposte durante il periodo pandemico (Petruzzelli et al., 2022). Si è dunque ipotizzato che malessere psicologico, maggiori livelli di stress e una maggiore difficoltà di regolazione emotiva possano essere riscontrati nel campione di sesso femminile, mentre maggiori livelli di autostima, resilienza e benessere in quello maschile. Al pari, le ipotesi convergono nel sostenere che la fascia di età degli anni centrali dell'adolescenza (diciassette – diciannove anni) sia quella maggiormente a rischio per presentare maggiori livelli di stress in riferimento alla pandemia e un minore livello di benessere psicologico.

Seguendo la disamina attuata nel corso dei capitoli precedenti, ulteriori variabili indagate sono quindi state: le ore spese guardando cellulare, televisione e computer e il loro aumento di utilizzo dopo la pandemia, ipotizzando non solo che l'utilizzo di social network e dispositivi si associ a peggiori esiti per la salute mentale (Roqué et al., 2021), ma anche che chi ha riferito che i social sono stati un mezzo per rimanere in contatto con gli amici abbia potuto beneficiarne maggiormente in un'ottica protettiva (Cooper et al., 2021 e Shapiro & Marlon, 2014).

Si è ipotizzato che l'aumento delle ore di attività fisica si associasse a migliori esiti per la salute mentale e a minori livelli di stress (D'Auria & Massariolo, 2023) e che le ore di sonno, il loro aumento o diminuzione e soprattutto le difficoltà di addormentamento potessero correlare con peggiori livelli di benessere, in particolare di ansia e depressione (Tarokh et al., 2016).

Come evidenziato da Golberstein e collaboratori, poi, il reddito familiare e un suo decremento sono stati associati a esiti di stress e salute mentale peggiori (Golberstein et al., 2020). Così come un peggioramento del contatto con gli amici si è ipotizzato correlare con minore autostima, minore supporto sociale percepito e minore benessere personale (Brown & Larson, 2009).

Infine, le ultime variabili indagate all'interno della sezione sociodemografica del questionario hanno riguardato la prevalenza dei contagiati da Covid-19 tra i rispondenti e dei contagi e dei decessi tra i loro familiari. Si è poi richiesta una risposta circa la possibilità che la pandemia avesse permesso loro di porre maggiore attenzione alla salute mentale, se avessero richiesto un supporto psicologico dopo la pandemia e quanto si ritenesse attuale parlare di Covid-19.

L'ipotesi sottesa a tutte queste domande è quella che il contagio, la morte di un parente a causa della pandemia, così come ritenere di attualità l'argomento trattato e usufruire di un supporto psicologico fossero variabili associabili a minori livelli di benessere, a maggiori livelli di stress e a un impatto della pandemia più forte sulla salute mentale dei giovani rispondenti.

4.2 PARTECIPANTI E STATISTICHE DESCRITTIVE

Hanno partecipato alla ricerca 505 giovani compresi tra i 12 e i 26 anni, le cui risposte sono state raccolte mediante un questionario self-report realizzato e pubblicato sulla piattaforma Google Forms e reso disponibile mediante link di accesso.

I dati che presenterò provengono dal mio lavoro, congiunto a quello di Gloria Sciacca, altra tesista che ha intrapreso questo progetto di ricerca, e si suddividono nella seguente maniera: 200 partecipanti, il 39,6% del totale del campione, sono stati reclutati dalla Dott.ssa Sciacca nell'area geografica della provincia di Catania, nel periodo compreso tra aprile e luglio 2023, mentre i restanti 305, corrispondenti al 60,4% del campione, sono stati reclutati nell'area della provincia di Bologna tra marzo e luglio 2023. In entrambi i casi i dati sono stati ottenuti dopo aver preso contatto con alcuni dirigenti scolastici degli istituti superiori delle aree geografiche sopra indicate e mediante la distribuzione del questionario tra gruppi informali quali doposcuola, gruppi scout, parrocchie e gruppi di studenti universitari.

Al momento della compilazione del questionario, previa presa visione del consenso informato, firmato dai genitori nel caso di partecipanti minorenni, è stata lasciata la possibilità di indicare il proprio genere con le seguenti opzioni: “donna”, “uomo”, “altro” e “preferisco non specificare”. Il campione indagato ha assunto pertanto la distribuzione per genere riportata nella tabella 4.1.

Tabella 4.1: Distribuzione per genere del campione indagato.

	FREQUENZA	PERCENTUALE	PERCENTUALE CUMULATIVA
DONNA	343	67,9	67,9
UOMO	154	30,5	98,4
ALTRO	4	0,8	99,2
PREFERISCO NON SPECIFICARE	4	0,8	100,0
TOTALE	505	100,0	

Per quanto riguarda invece l'età dei partecipanti, ai fini delle analisi dei dati si è scelto di suddividere il campione indagato in tre diverse fasce che tenessero conto sia delle suddivisioni temporali che dell'adolescenza vengono fatte in letteratura, sia di una distribuzione equilibrata dei dati all'interno del campione.

Si è quindi scelto di individuare una fascia di età tra i dodici e i sedici anni, corrispondente alla preadolescenza e alla media adolescenza, una fascia di età tra i diciassette e i diciannove anni, corrispondente agli anni centrali dell'adolescenza e una fascia dai venti ai ventisei anni per l'adultità emergente. Il campione si è quindi ripartito nella seguente maniera: il 25,5% nella prima fascia di età, il 47,8% in quella centrale e il 26,7% nell'ultima fascia: nella tabella 4.2 sono riportate in dettaglio le frequenze ripartite per genere di ognuna delle tre fasce d'età e le medie e deviazioni standard corrispondenti.

Tabella 4.2: Distribuzione per età del campione indagato.

ETÀ	GENERE	FREQUENZA	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
12-16	UOMO	50	15,02	1,02
	DONNA	79	14,99	1,21
17-19	UOMO	73	17,89	0,77
	DONNA	166	17,77	0,74
	ALTRO	2	17,50	0,71
20-26	UOMO	31	22,74	1,73
	DONNA	98	22,58	1,41
	ALTRO	2	21,50	2,12
	PREFERISCO NON SPECIFICARE	4	22,00	1,63

È opportuno specificare, inoltre, che il 98,6% del campione indagato, corrispondente a 498 partecipanti, ha dichiarato avere nazionalità italiana; solo due rispondenti (0,4% del campione) hanno dichiarato nazionalità nord-africana mentre rispettivamente un rispondente ha nazionalità asiatica, uno proviene da un altro paese dell'Unione Europea e un altro non ha specificato la sua provenienza (cumulativamente lo 0,6% del campione, 0,2% ciascuno).

4.3 STRUMENTI

Il questionario self-report utilizzato per questa ricerca è costituito da sei scale che valutano: la difficoltà di regolazione emotiva (DERS), il supporto sociale percepito (MSPSS), l'autostima (RSES), la resilienza dell'io (ER89-R), lo stress associato alla pandemia di Covid-19 (CSSQ), l'impatto traumatico della pandemia (IES-R) e il benessere psicologico (PGWBI).

Nei seguenti sottoparagrafi verrà presentata nel dettaglio la scelta degli strumenti e la loro attendibilità calcolata per la presente ricerca.

4.3.1 DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale

La Difficulties in Emotion Regulation Scale è una misura utilizzata per cogliere la capacità di regolazione delle emozioni soggettive (Hallion et al., 2018).

Modulata a partire dai modelli di terapia cognitivo-comportamentale che teorizzano il ruolo centrale dell'evitamento dell'esperienza, ovvero della messa in atto di sforzi disadattivi per evitare esperienze emotive negative, questa scala permette di misurare la capacità di regolazione delle emozioni, capacità considerata intatta quando l'individuo è in grado di raggiungere obiettivi anche in presenza di affetti o esperienze negativi (Hallion et al., 2018).

L'adattamento italiano di Sighinolfi e collaboratori (Sighinolfi et al., 2010) utilizzato all'interno di questa ricerca presenta trentasei item su scala likert a cinque punti da 1 = “*Quasi mai*” a 5 = “*Quasi sempre*” che afferiscono a sei diverse sottodimensioni. La struttura a sei fattori è infatti a lungo stata ritenuta la più interpretabile e si suddivide nelle seguenti sottoscale: Mancanza di consapevolezza emotiva (item 2, 6, 8, 10, 17, 34), Mancanza di chiarezza emotiva (item 1, 4, 5, 7, 9), Difficoltà nel controllo degli impulsi (item 3, 14, 19, 24, 27, 32), Difficoltà a impegnarsi in un comportamento orientato al raggiungimento di obiettivi (item 13, 18, 20, 26, 33), Indisponibilità ad accettare alcune risposte emotive (item 11, 12, 21, 23, 25, 29) e Incapacità di accedere a strategie di regolazione emotiva (item 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36).

Questa struttura, nella sua formulazione originale, è stata utilizzata all'interno del questionario somministrato per questa ricerca; diversi studi hanno infatti dimostrato che tale modello offre un buon adattamento in diverse popolazioni, tra cui adolescenti e studenti universitari (Hallion et al., 2018). È bene sottolineare, però, che studi più recenti suggeriscono l'utilizzo di un modello a cinque fattori, escludendo la sottoscala della “Consapevolezza” (Lack of Emotional Awareness): mentre le altre sottoscale valutano la reazione individuale alle emozioni, quest'ultima scala valuta se un individuo si

accorge o meno delle emozioni, criterio necessario ma non sufficiente per la regolazione delle emozioni e quindi ipotizzabile essere parte di un altro costrutto (Hallion et al., 2018).

Per il presente lavoro di ricerca, è stata utilizzata unicamente la misura globale di difficoltà di regolazione emotiva calcolata sul totale di trentasei item, rispetto alla quale le analisi statistiche hanno evidenziato un'alta attendibilità, con $\alpha = .93$. Al crescere del punteggio corrispondono maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni.

4.3.2 MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

La Multidimensional Scale of Perceived Social Support valuta la percezione dell'adeguatezza del supporto sociale percepito da parte di famiglia, amici e altri significativi, presentando pertanto una solida struttura a tre sottoscale validata in differenti contesti (Canty-Mitchell & Zimet, 2000).

La scala è stata validata in diverse popolazioni, tra cui studenti universitari, adolescenti, medici specializzandi, adolescenti ricoverati all'interno di reparti di pediatria e pazienti psichiatrici ambulatoriali. Il lavoro di Canty-Mitchell e Zimet ha poi permesso di validare con successo lo strumento anche all'interno di un campione non clinico di adolescenti urbani (Canty-Mitchell & Zimet, 2000).

I risultati della letteratura confermano quindi che la Multidimensional Scale of Perceived Social Support sia uno strumento affidabile e valido, in grado di distinguere tra tre differenti fonti di supporto sociale ("Famiglia", "Amici", "Altri significativi") in diversi contesti di ricerca. Il confronto tra generi ha poi indicato che le adolescenti di sesso femminile tendono a riferire maggiore sostegno da parte degli amici e degli "altri significativi" rispetto alla loro controparte maschile (Canty-Mitchell & Zimet, 2000).

All'intero del presente lavoro di ricerca la scala MSPSS ha presentato ottimi risultati di attendibilità calcolati mediante l'Alfa di Cronbach $\alpha = .91$. L'attendibilità è stata calcolata anche su ognuna delle tre sottoscale, con risultati altrettanto ottimi ("Famiglia" $\alpha = .92$, "Amici" $\alpha = .94$, "Altri significativi" $\alpha = .92$); è bene sottolineare però che ai fini di questo progetto di tesi si è presa in considerazione unicamente la misura complessiva di supporto sociale percepito calcolata sul totale di dodici item.

L'MSPSS presenta infatti un formato di risposta a dodici item aventi un formato di risposta su scala likert a sette punti da 1 = *"Fortemente in disaccordo"* a 7 = *"Fortemente d'accordo"* e suddivisi equamente in gruppi di quattro per ogni sottoscala sopra presentata ("Famiglia", item 3, 4, 8, 11, "Amici", item 6, 7, 9, 12, "Altri significativi", item 1, 2, 5, 10). Punteggi più alti si associano a un maggiore livello di supporto sociale percepito (Canty-Mitchell & Zimet, 2000).

4.3.3 RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

Rosenberg considerava l'autostima come un costrutto unitario che rifletteva le differenze individuali nella valutazione di sé, identificando l'autostima globale di una persona come la sensazione di essere abbastanza bravi (Gnambs et al., 2018).

A lungo in letteratura si è però evidenziata la necessità di proporre dei modelli multifattoriali per spiegare il costrutto di autostima, indagato mediante la Rosenberg Self-Esteem Scale. In contrasto con una concettualizzazione monolitica, quindi, diversi autori hanno proposto una struttura diversa per la RSES individuando una distinzione tra autostima positiva, corrispondente agli item formulati positivamente, e autostima negativa, corrispondente agli item formulati negativamente e il cui punteggio deve essere invertito (Gnambs et al., 2018).

La Rosenberg Self-Esteem Scale, infatti, valuta le autovalutazioni positive e quelle negative con item a chiave opposta. Alcuni autori hanno sostenuto che tale differenza costituisca un fattore sostanziale nella descrizione dell'autostima, con gli item a chiave negativa espressione di un affetto negativo verso di sé e maggiormente associabili a comportamenti a rischio e a consumo di sostanze (Gnambs et al., 2018). Tuttavia, questi modelli hanno mostrato un adattamento peggiore rispetto a quelli che spiegavano la varianza presente nei punteggi come un aspetto imputabile agli effetti della formulazione del questionario, riguardando principalmente gli item negativi. Quindi, sebbene la Rosenberg Self-Esteem Scale non sia strettamente unidimensionale, le dimensioni secondarie hanno solo un impatto marginale sulle risposte agli item e la validità del fattore generale di autostima sembra essere difficilmente intaccata (Gnambs et al., 2018).

Anche l'analisi dell'attendibilità della scala valutata per la presente ricerca concorda con questi risultati, presentando un valore di Alfa di Cronbach calcolato sulla totalità degli item corrispondente a $\alpha = .89$. La versione della RSES utilizzata per questo lavoro di tesi presenta dieci item valutanti un costrutto generale di autostima su scala likert a cinque punti: le risposte con bassa autostima sono “*in disaccordo*” o “*fortemente in disaccordo*” negli item 1, 3, 4, 7, 10 e “*d'accordo*” o “*fortemente d'accordo*” negli item 2, 5, 6, 8, 9, che sono gli item il cui punteggio deve essere invertito. Punteggi maggiori indicano un'autostima più alta.

Sottolineo, infine, che la criticità più importante che si evidenzia in letteratura riguarda la diversa interpretazione degli item della RSES a seconda del contesto culturale di provenienza dei rispondenti, facendo sì che i punteggi della scala non possano essere confrontati in modo significativo (Gnambs et al., 2018). Il campione utilizzato per l'attuale ricerca, come descritto nel paragrafo precedente, è però per il 98,6% di nazionalità italiana, rendendo quindi decisamente meno impattante questa problematica.

4.3.4 ER89-R – Ego Resiliency Scale Revised

Il costrutto di Ego Resiliency è stato sviluppato da Block e Block nel 1980 e si riferisce alla capacità di un individuo di modificare dinamicamente un livello di controllo dell'io in base alla domanda e alle caratteristiche del contesto ambientale nel quale si è inseriti (Alessandri et al., 2007). Con il termine controllo dell'io ci si riferisce al grado in cui si esprimono gli impulsi: un elevato ipercontrollo si assocerà a inibizione comportamentale e a disturbi internalizzanti, mentre un basso controllo dell'io è associato a impulsività e problematiche esternalizzanti (Alessandri et al., 2007).

In maniera più ampia, quindi, quando si parla di Ego Resiliency ci si riferisce a una capacità di adattamento flessibile a fattori di stress interni ed esterni. Individui con bassa Resilienza dell'Io si adattano male a nuove situazioni e hanno tempi di ripresa più lunghi di fronte a situazioni stressanti durante le fasi di sviluppo. Solo recentemente si è convenuto di associare il costrutto teorico di Ego Resiliency al significato che il termine resilienza ha assunto all'interno dell'uso comune (Alessandri et al., 2007). Un significato che abbiamo imparato ampiamente a conoscere durante la pandemia di Covid-19.

Le analisi fattoriali condotte sulla scala ER89, ovvero la prima versione della Ego Resiliency Scale, non hanno mostrato evidenze sufficienti a sostenere l'unidimensionalità della scala; pertanto, la Resilienza dell'Io non può essere considerata un costrutto unitario e la struttura bifattoriale è quella che è sembrata adattarsi meglio alla scala. Inoltre, lo studio di Alessandri e collaboratori, condotto su un campione italiano, ha evidenziato come, rimuovendo quattro item, si potesse migliorare la validità interna dello strumento, giunto quindi alla forma a dieci item utilizzata per la presente ricerca (Alessandri et al., 2007).

L'ER89-R presenta una sottoscala di "Regolazione ottimale" (item: 1, 2, 3, 7, 9, 10) e una sottoscala di "Apertura alle esperienze di vita" (item: 4, 5, 6, 8); dieci item presentati su una scala likert a sette punti, dove punteggi maggiori corrispondono a maggiori livelli di resilienza.

Da un punto di vista teorico l'Ego Resiliency è concettualizzata come una dimensione di ordine superiore che sottende a una generale regolazione ottimale e a una buona apertura alle esperienze di vita (Alessandri et al., 2007).

Seguendo tale concettualizzazione, anche all'interno di questa ricerca è stata utilizzata solo la misura totale di Ego Resiliency, senza riferimento alle due sottoscale; l'attendibilità di questa scala, valutata con Alfa di Cronbach sul totale di dieci item, è stata di $\alpha = .72$, un valore più basso rispetto a quelli degli altri strumenti utilizzati ma comunque attendibile.

4.3.5 CSSQ – Covid-19 Student Stress Questionnaire

Il Covid-19 Student Stress Questionnaire è uno strumento di assesment delle fonti di stress tra gli studenti universitari, validato su un campione universitario italiano durante il periodo pandemico.

Le osservazioni cliniche e la letteratura hanno infatti suggerito che, durante i periodi di lockdown imposti dalla pandemia di Covid-19, gli studenti abbiano presentato maggiori livelli di stress dovuti sia alla paura del contagio che alle limitazioni imposte alla propria vita sociale e relazionale (Zurlo et al., 2020).

Lo studio di Zurlo e collaboratori si è quindi proposto di validare uno strumento breve per la valutazione delle fonti di stress legate alla pandemia di Covid-19 tra gli studenti universitari: il CSSQ. Tale strumento presenta un'adeguata validità fattoriale e si caratterizza per una struttura a tre fattori, traducibili in altrettante sottoscale: la sottoscala “Relazioni e vita accademica”, a cui afferiscono gli item 1, 2, 3, 4, analizza lo stress legato alle relazioni con i familiari, ai rapporti con altri studenti e professori e lo stress connesso allo studio accademico; la sottoscala “Isolamento” comprende gli item 5 e 6 ed esplora lo stress connesso all'isolamento sociale e ai cambiamenti nella vita relazionale e sessuale dovuti alle misure di contenimento pandemico, tale fattore coglie inoltre il senso soggettivo di malattia e solitudine legato alla vita in lockdown; la terza sottoscala, infine, costituita dall'item 7, valuta lo stress legato al rischio di infezione (Zurlo et al., 2020).

All'interno del presente lavoro di ricerca si è deciso di adattare il contenuto di alcuni item, originariamente validati su di un campione universitario, in modo da renderli utilizzabili anche con studenti delle scuole medie e superiori. Termini come “*colleghi universitari*” sono stati sostituiti da “*compagni di scuola*”, mentre sono stati rimossi i riferimenti alla vita sessuale, sostituiti dal termine “*vita sentimentale*” nella versione del questionario inoltrata alla fascia dodici – diciannove anni.

Questi sette item si presentano su scala likert a cinque punti da 0 = “*Per niente stressante*” a 4 = “*Estremamente stressante*”, punteggi inferiori al 6 indicano bassi livelli di stress in relazione al Covid-19, mentre punteggi sopra il 16 indicano alti livelli di stress in relazione al Covid-19 (Zurlo et al., 2020).

Nell'analisi svolta all'interno di questo progetto di tesi si è scelto di considerare unicamente la misura sovraordinata di stress calcolata sulla totalità dei sette item, lo strumento presenta pertanto una soddisfacente misura di attendibilità calcolata mediante l'Alfa di Cronbach, corrispondente a $\alpha = .75$.

4.3.6 IES-R – Impact of Event Scale Revised

La scala Impact of Event Scale Revised è stata utilizzata all'interno di questa ricerca per valutare l'impatto traumatico che la pandemia di Covid-19 può avere avuto sulla vita di adolescenti e adulti emergenti. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress è inserito all'interno dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti nella classificazione diagnostica del DSM-V (2013) e si può manifestare in seguito all'esposizione a un evento traumatico vissuto in prima persona, al quale si ha semplicemente assistito o accaduto a terzi. Una delle caratteristiche del PTSD è quella di sintomi dissociativi che fanno sì che l'individuo senta o agisca come se l'evento traumatico fosse ricorrente (Carparo et al., 2013).

Lo studio di Carparo e collaboratori ha avuto come obiettivo quello di analizzare le proprietà psicometriche di una versione rivista della Impact of Event Scale su di un campione italiano.

La IES-R, analizzata nel contesto italiano, ha presentato una chiara struttura fattoriale con tre dimensioni indipendenti: "Intrusività", "Evitamento" e "Iperarousal". Alla subscale "Intrusività" afferiscono gli item 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20, a quella "Evitamento" gli item 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22, mentre della sottoscale "Iperarousal" fanno parte 4, 10, 15, 18, 19, 21; tutti i ventidue item sono presentati su scala likert a cinque punti da 0 = "Per niente" a 4 = "Estremamente" e punteggi maggiori si associano a una maggiore compromissione dovuta a un possibile Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Nonostante sia stata suggerita l'opportunità di ulteriori studi al fine di verificarne la validità, la scala IES-R ha buone proprietà psicometriche e si è ben adattata al contesto italiano, tanto da suggerirne l'utilizzo sia per la ricerca, sia per la pratica clinica in Italia (Carparo et al., 2013).

Anche all'interno del presente campione di ricerca l'attendibilità della scala, calcolata sul totale di ventidue item con l'Alfa di Cronbach, è risultata molto alta $\alpha = .93$ e pertanto molto affidabile.

4.3.7 PGWBI – Psychological General Well Being Index

Il PGWBI o Indice di benessere psicologico generale è una misura del livello di benessere soggettivo. Esso valuta le auto-rappresentazioni degli stati affettivi ed emotivi cogliendo, quindi, una percezione soggettiva del benessere in riferimento alle ultime quattro settimane (Grossi & Compare, 2012).

Il Psychological General Well Being Index nella sua forma estesa, utilizzata per la presente ricerca, è costituito da ventidue item autosomministrati e presentati su scala likert a sei punti, dove punteggi maggiori corrispondono a un maggiore benessere psicologico.

I ventidue item si suddividono equamente in sei diverse sottoscale, ognuna valutante una diversa dimensione del benessere individuale; esse sono: “Ansia” (item 5, 8, 17, 19, 22), “Depressione” (item 3, 7, 11), “Positività e Benessere” (item 1, 9, 15, 20), “Autocontrollo” (item 4, 14, 18), “Stato di Salute Generale” (item 2, 10, 13) e “Vitalità” (item 6, 12, 16, 21).

Gli item 1, 4, 6, 7, 9, 10, 14, 16, 21 devono essere invertiti per il calcolo del punteggio complessivo. I punti di forza di questo questionario sono svariati: a livello strutturale non solo il benessere viene analizzato nei sei ambiti sopra indicati, ma sono anche utilizzati diversi tipi di presentazione degli item (sedici domande e sei affermazioni). Inoltre, le opzioni di risposta differiscono per quanto riguarda la direzione dei punteggi e nelle risposte vengono utilizzate diverse matrici di frequenza e intensità a seconda del costrutto indagato; in questo modo, si è costretti a leggere il contenuto sia dell’item sia della scala a sei punti (Grossi & Compare, 2012).

Il PGWBI è inoltre in grado di misurare l’equilibrio tra stati affettivi negativi e positivi, evita riferimenti a sintomi fisici del disagio emotivo e si correla bene con altri strumenti volti a indagare la salute psichica (Grossi & Compare, 2012).

Per il presente lavoro di ricerca è stata calcolata l’affidabilità dello strumento con Alfa di Cronbach non solo sulla totalità dei ventidue item costitutivi, $\alpha = .94$, ma è stata calcolata anche sui cinque item della sottoscala “Ansia”, $\alpha = .87$, e sui tre item della sottoscala “Depressione”, $\alpha = .80$, dimensioni entrambe centrali per questa tesi e risultate molto attendibili.

4.4 RISULTATI

Una volta calcolati i punteggi totali di ognuno degli strumenti sopra elencati e analizzata l'affidabilità di ognuno di essi tramite il coefficiente Alfa di Cronbach, sono state verificate le ipotesi di ricerca esposte precedentemente, tramite l'utilizzo del software SPSS.

La verifica si è realizzata svolgendo delle Correlazioni di Pearson per appurare il grado di correlazione tra le varie scale e costrutti indagati; successivamente, si è analizzata la relazione tra alcuni fattori contestuali e le risposte fornite alle diverse scale utilizzando il Coefficiente di Spearman, il Test T per l'eguaglianza delle medie e il Coefficiente D di Cohen per valutare la dimensione dell'effetto nelle differenze di risposta su ogni variabile.

Per testare le differenze di genere all'interno di ognuna delle tre fasce d'età sopra descritte (dodici- sedici anni, diciassette-diciannove anni e venti-ventisei anni) si è eseguita un'analisi della varianza ANOVA per ogni variabile considerata (DERS, MSPSS, RSES, ER89-R, CSSQ, IES-R, PGWBI); per quanto riguarda il Psychological General Well Being Index è stata eseguita anche una MANOVA per valutare gli effetti di genere ed età anche sulle sottoscale "Ansia" e "Depressione".

Infine, tramite un'analisi di regressione lineare e una path analysis sono stati testati i quattro modelli di mediazione in cui le componenti del funzionamento emotivo (difficoltà di regolazione delle emozioni, supporto sociale percepito, autostima e resilienza dell'io) si pongono come mediatori sia della relazione tra stress e impatto dell'evento sia tra stress e benessere psicologico, nelle sue componenti di ansia e depressione. I modelli, sotto forma di diagramma, sono riportati in maniera schematica nelle figure 4.1 e 4.2.

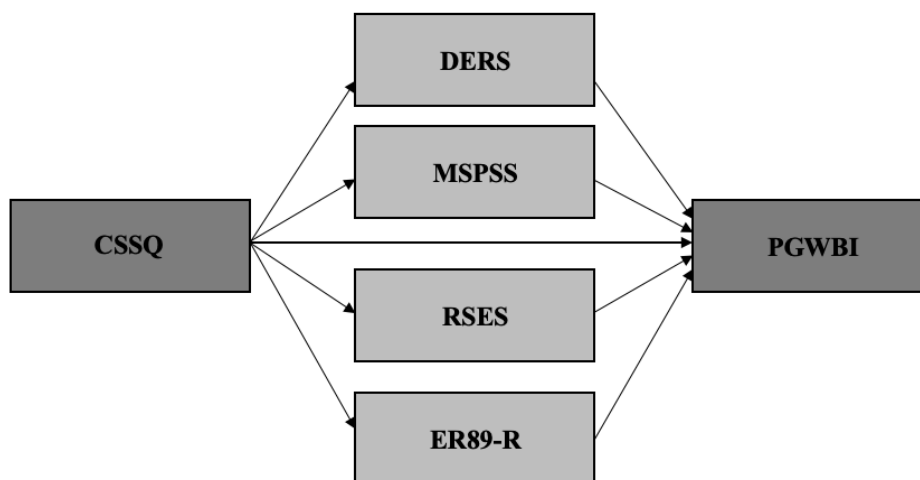


Figura 4.1: Diagramma del modello di mediazione tra stress e benessere psicologico.³

³ Sono stati analizzati anche altri due modelli analoghi, qui non riportati, dove, al posto della misura totale di PGWBI sono state considerate singolarmente quelle di Ansia e Depressione.

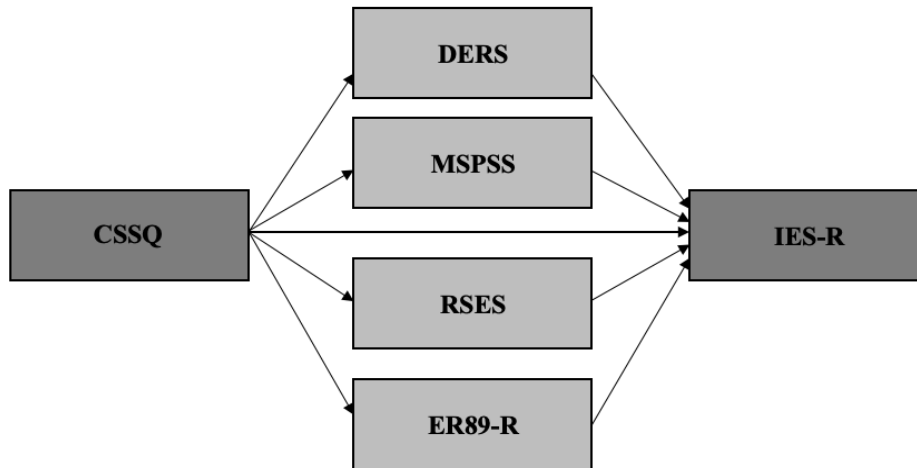


Figura 4.2: Diagramma del modello di mediazione tra stress e impatto dell'evento.

4.4.1 ANALISI DELLA VARIANZA: confronti tra genere ed età

Per verificare se, come ipotizzato, vi fossero delle differenze di genere e di età riguardo la capacità di regolazione emotiva, il supporto sociale percepito, l'autostima, la resilienza, lo stress, l'impatto pandemico e il benessere, come prime analisi sono state condotte delle analisi della varianza con il genere (a due livelli) e l'età (a tre livelli) come variabili indipendenti, mentre come variabili dipendenti sono stati considerati i punteggi ottenuti in ciascuno strumento somministrato.

Per quanto riguarda le difficoltà di regolazione emotiva (DERS), dai confronti condotti emergono delle differenze in base al genere ($F_{(1,491)} = 45,23$; $p < .001$; $\eta^2 = .08$): come evidenziato dalle statistiche descrittive, infatti, le femmine riportano punteggi più elevati nella difficoltà di regolazione emotiva ($M = 103,56$; $DS = 23,24$) rispetto ai maschi ($M = 87,96$; $DS = 22,23$). Non sono emerse differenze in base all'età, né un effetto di interazione. I risultati dei confronti condotti sui punteggi alla scala DERS sono riportati nelle tabelle 4.3 e 4.4 e nella figura 4.3.

Tabella 4.3: Test di effetti tra soggetti, DERS.

DERS	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	45,23	0,000	0,08
ETÀ	2	1,46	0,234	0,01
GENERE * ETÀ	2	0,07	0,931	0,00
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.4: Statistiche descrittive DERS.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	89,10	23,83
	17-19	73	88,38	20,91
	20-26	31	85,13	23,04
	Totale	154	87,96	22,23
FEMMINE	12-16	79	105,48	24,72
	17-19	166	104,96	23,22
	20-26	98	99,62	21,75
	Totale	343	103,56	23,24
TOTALE	12-16	129	99,13	25,57
	17-19	239	99,90	23,76
	20-26	129	96,14	22,84
	Totale	497	98,72	24,02

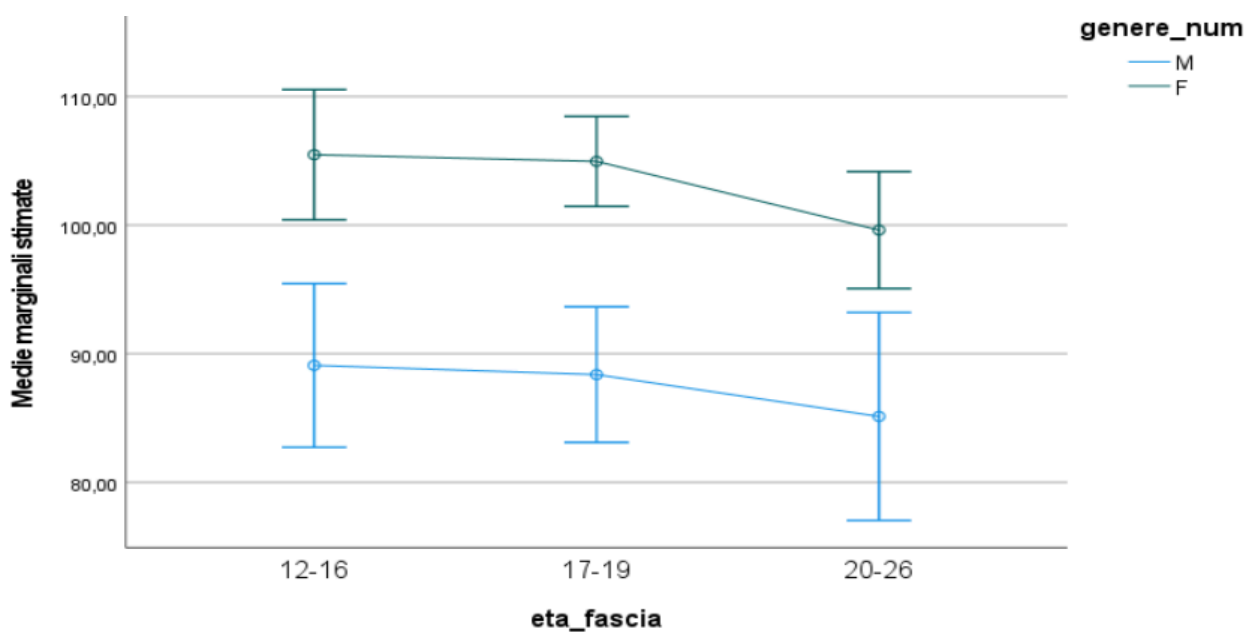


Figura 4.3: Medie marginali stimate, DERS.

Per verificare se vi fossero differenze nel supporto sociale percepito in base al genere e all'età, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi totali alla Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Dai confronti condotti non si evidenzia alcun effetto né del genere, né dell'età, né della loro

interazione sui punteggi totali ottenuti. Nella tabella 4.5 sono riportati i risultati dei confronti condotti, nella tabella 4.6 e in figura 4.4.

Tabella 4.5: Test di effetti tra soggetti, MSPSS.

MSPSS	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	0,03	0,858	0,00
ETÀ	2	2,03	0,133	0,01
GENERE * ETÀ	2	1,58	0,207	0,01
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.6: Statistiche descrittive MSPSS.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	5,30	1,02
	17-19	73	5,25	1,34
	20-26	31	5,70	1,32
	Totale	154	5,36	1,24
FEMMINE	12-16	79	5,25	1,25
	17-19	166	5,55	1,19
	20-26	98	5,51	1,12
	Totale	343	5,47	1,19
TOTALE	12-16	129	5,27	1,16
	17-19	239	5,46	1,24
	20-26	129	5,56	1,17
	Totale	497	5,44	1,21

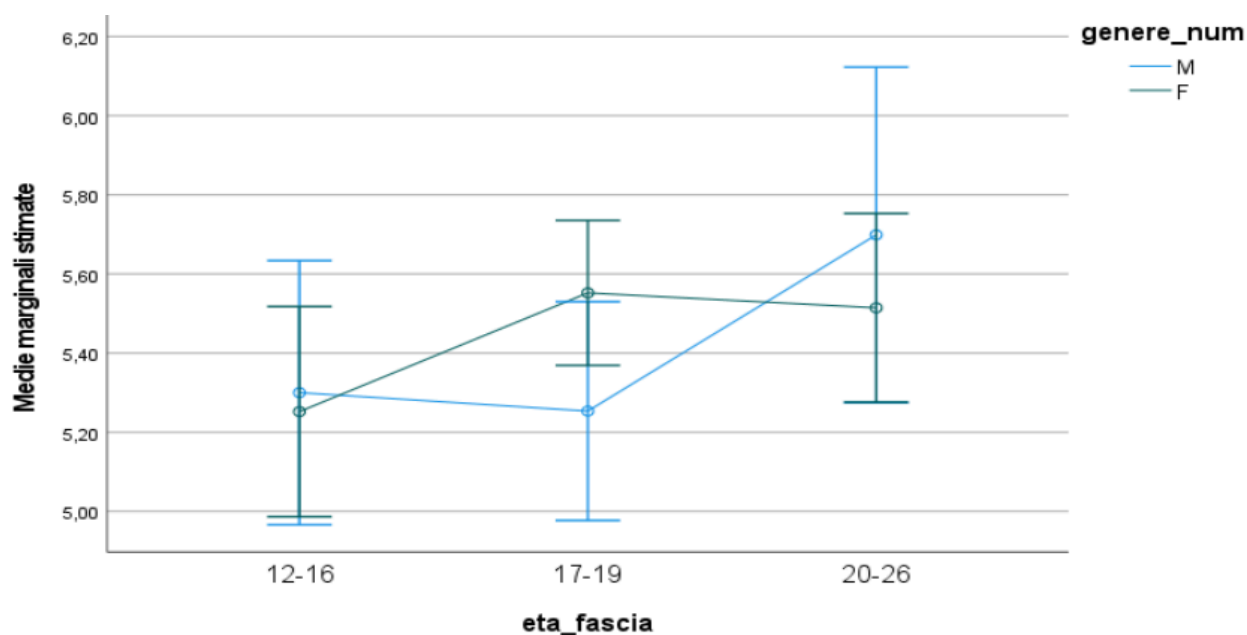


Figura 4.4: Medie marginali stimate, MSPSS.

Per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nell'autostima, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi alla Rosenberg Self-Esteem Scale. È emerso un effetto del genere nelle risposte fornite ($F_{(1,491)} = 50,03$; $p < .001$; $\eta^2 = .09$), e osservando le statistiche descrittive si evince che i maschi riportano punteggi maggiori ($M = 31,84$; $DS = 8,11$) rispetto alle femmine ($M = 25,64$; $DS = 8,59$). Quindi, come ipotizzato, anche all'interno del nostro campione il genere ha un effetto nel determinare i punteggi di autostima. Non si può invece dire la stessa cosa per quanto riguarda l'età: non sono presenti differenze sostanziali per quanto riguarda l'espressione dell'autostima tra le diverse fasce d'età, né è presente un effetto interazione tra età e genere. Tali risultati sono riportati nelle tabelle 4.7 e 4.8 e nella figura 4.5.

Tabella 4.7: Test di effetti tra soggetti, RSES.

RSES	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	50,03	0,000	0,09
ETÀ	2	0,61	0,543	0,01
GENERE * ETÀ	2	0,27	0,762	0,00
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.8: Statistiche descrittive RSES.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	30,98	8,98
	17-19	73	32,22	7,28
	20-26	31	32,32	8,62
	Totale	154	31,84	8,11
FEMMINE	12-16	79	25,30	9,15
	17-19	166	25,27	8,53
	20-26	98	26,52	8,24
	Totale	343	25,64	8,59
TOTALE	12-16	129	27,50	9,47
	17-19	239	27,39	8,77
	20-26	129	27,91	8,66
	Totale	497	27,56	8,91

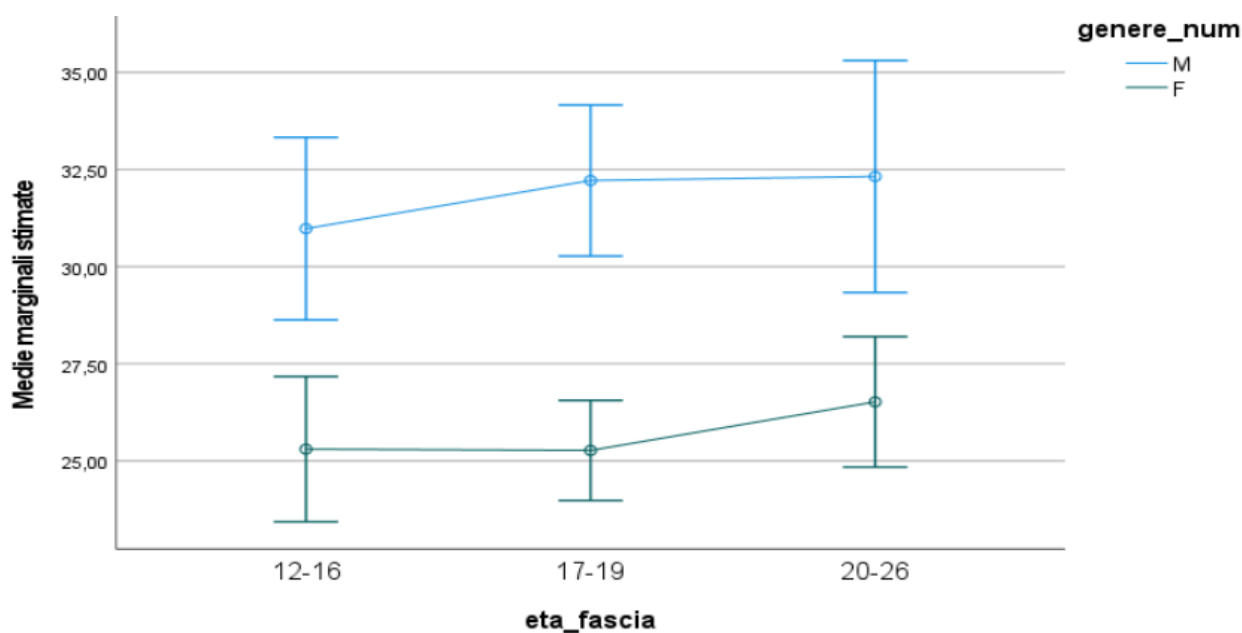


Figura 4.5: Medie marginali stimate, RSES.

Per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nella resilienza, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi al ER89-R. Anche in questo caso è emerso un effetto del genere ($F_{(1,491)} = 16,37$; $p < .001$; $\eta^2 = .03$). Osservando le statistiche descrittive si nota come i maschi presentino punteggi

maggiori di resilienza ($M = 4,91$; $DS = 0,80$) rispetto alle femmine ($M = 4,52$; $DS = 0,87$). Tali differenze non si riscontrano tra le diverse fasce d'età e per quanto riguarda l'interazione tra età e genere. I risultati relativi alla resilienza sono riportati nelle tabelle 4.9 e 4.10 e in figura 4.6.

Tabella 4.9: Test di effetti tra soggetti, ER89-R.

ER89-R	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	16,37	0,000	0,03
ETÀ	2	0,16	0,849	0,00
GENERE * ETÀ	2	1,77	0,172	0,01
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.10: Statistiche descrittive ER89-R.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	4,83	0,84
	17-19	73	5,01	0,78
	20-26	31	4,81	0,77
	Totale	154	4,91	0,80
FEMMINE	12-16	79	4,60	0,93
	17-19	166	4,46	0,87
	20-26	98	4,55	0,76
	Totale	343	4,52	0,86
TOTALE	12-16	129	4,69	0,90
	17-19	239	4,63	0,88
	20-26	129	4,61	0,77
	Totale	497	4,64	0,86

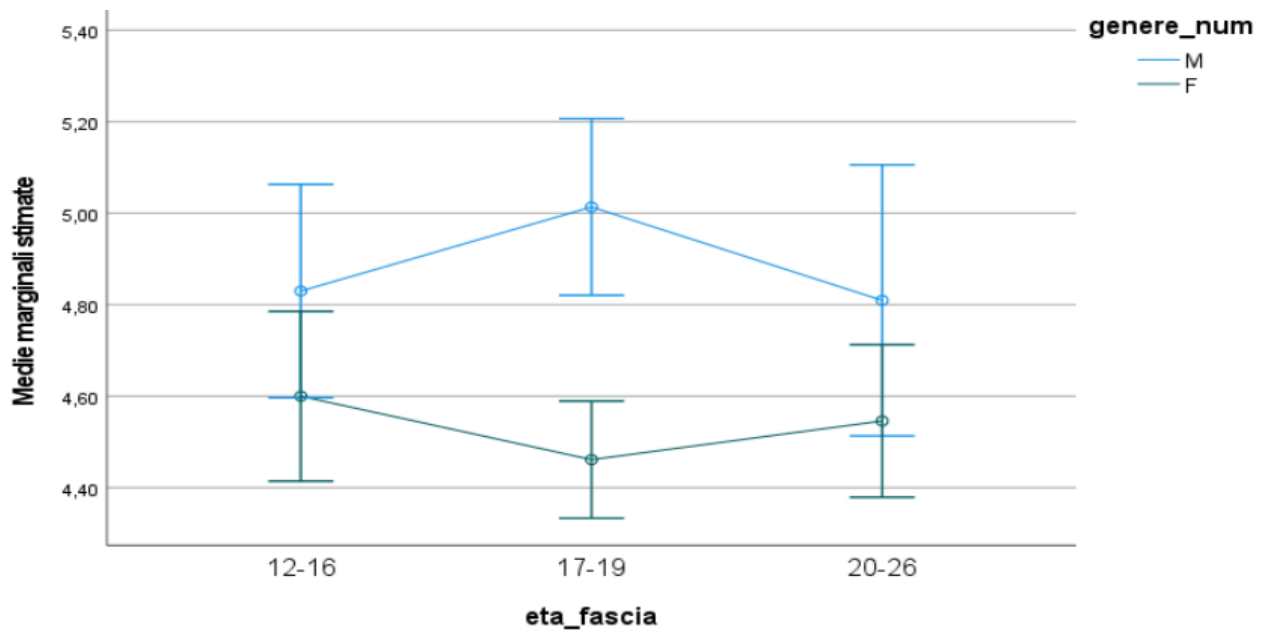


Figura 4.6: Medie marginali stimate, ER89-R.

Per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nello stress percepito, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi al CSSQ. Lo stress, in linea con la letteratura presentata nei paragrafi precedenti e con le ipotesi di ricerca formulate all'inizio dello studio, ha mostrato differenze significative per quanto riguarda il genere ($F_{(1,491)} = 32,68$; $p < .001$; $\eta^2 = .06$). Le statistiche descrittive mostrano come siano le femmine ad attribuirsi livelli più alti di stress esperito durante la pandemia ($M = 13,93$; $DS = 5,37$) rispetto ai maschi ($M = 10,58$; $DS = 5,86$).

Come evidenziato in letteratura, quindi, il genere femminile è risultato essere più sensibile allo stress anche all'interno di questo campione, un dato molto importante alla luce della rilevanza che lo stress connesso alla pandemia può avere nell'insorgenza di psicopatologie.

In tabella 4.11 e 4.12 e in figura 4.7 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza per quanto riguarda il CSSQ.

Tabella 4.11: Test di effetti tra soggetti, CSSQ.

CSSQ	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	32,68	0,000	0,06
ETÀ	2	0,04	0,959	0,00
GENERE * ETÀ	2	0,18	0,832	0,00
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.12: Statistiche descrittive CSSQ.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	10,68	6,04
	17-19	73	10,49	5,82
	20-26	31	10,65	5,85
	Totale	154	10,58	5,86
FEMMINE	12-16	79	13,63	5,83
	17-19	166	14,17	5,44
	20-26	98	13,78	4,87
	Totale	343	13,93	5,37
TOTALE	12-16	129	12,49	6,06
	17-19	239	13,05	5,80
	20-26	129	13,02	5,27
	Totale	497	12,90	5,73

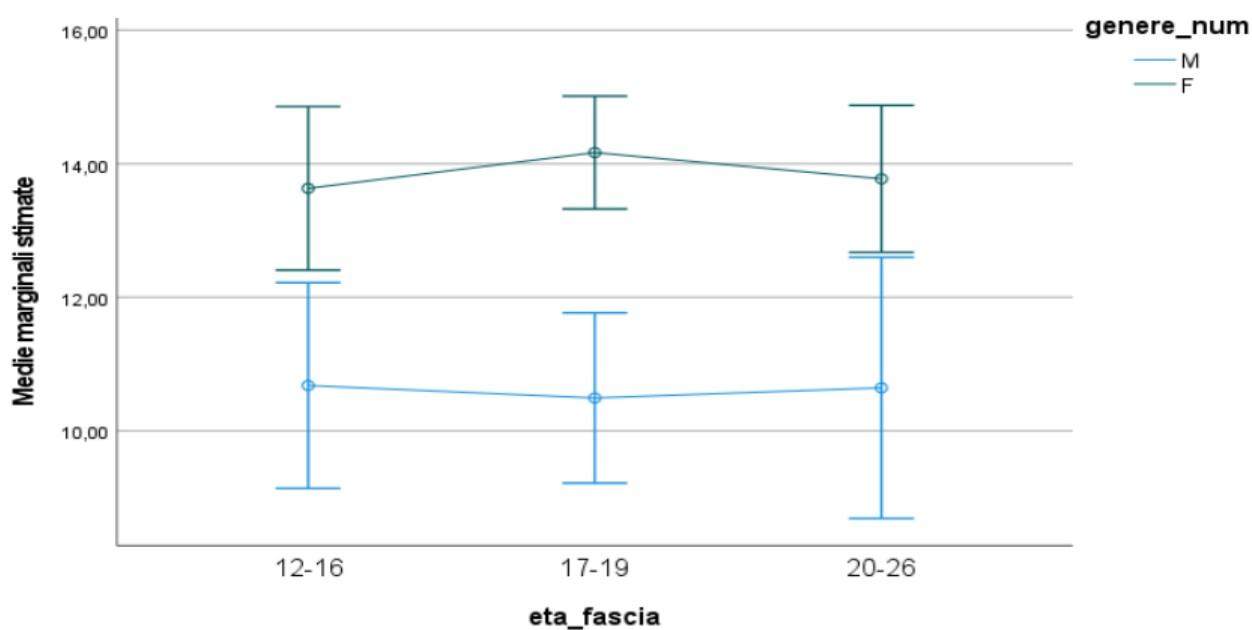


Figura 4.6: Medie marginali stimate, CSSQ.

Per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nell'impatto traumatico dell'evento, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi alla scala IES-R. I confronti condotti hanno mostrato differenze significative sia per quanto riguarda il genere ($F_{(1,491)} = 16,38; p < .001; \eta^2 = .03$), sia per quanto riguarda l'età ($F_{(1,491)} = 6,90; p < .001; \eta^2 = .03$).

Le statistiche descrittive mostrano che le femmine, coerentemente con quanto ipotizzato, riportano punteggi di impatto dell'evento maggiori ($M = 32,83$; $DS = 17,64$) dei maschi ($M = 25,72$; $DS = 17,28$) e che la fascia centrale d'età, quella dai diciassette ai diciannove anni, mostra più delle altre l'impatto traumatico della pandemia: ($M = 32,55$; $ES = 1,21$) contro ($M = 27,48$; $ES = 1,56$) della fascia dai dodici ai sedici anni e ($M = 25,22$; $ES = 1,78$) della fascia d'età dai venti ai ventisei anni.

Non è presente alcun effetto di interazione tra le due variabili genere ed età. I risultati sopra descritti sono riportati nelle tabelle 4.13 e 4.14 e in figura 4.7.

Tabella 4.13: Test di effetti tra soggetti, IES-R.

IES-R	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	16,38	0,000	0,03
ETÀ	2	6,90	0,001	0,03
GENERE * ETÀ	2	0,29	0,747	0,00
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.14: Statistiche descrittive IES-R

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	23,00	15,22
	17-19	73	28,93	18,60
	20-26	31	22,55	16,33
	Totale	154	25,72	17,28
FEMMINE	12-16	79	31,95	16,57
	17-19	166	36,17	17,05
	20-26	98	27,89	18,38
	Totale	343	32,83	17,64
TOTALE	12-16	129	28,48	16,58
	17-19	239	33,96	17,82
	20-26	129	26,60	17,99
	Totale	497	30,63	17,82

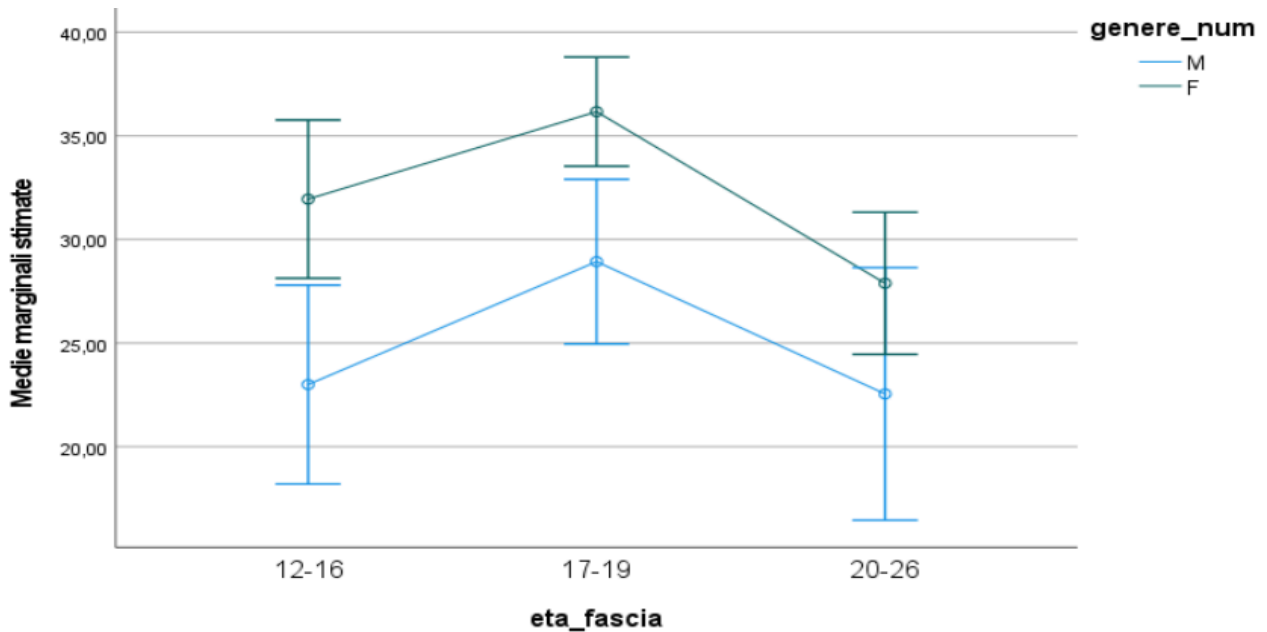


Figura 4.7: Medie marginali stimate, IES-R.

Infine, per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nel benessere psicologico, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi totali alla scala PGWBI. Dai confronti è emersa la presenza di differenze significative sia in base al genere ($F_{(1,491)} = 46,30$; $p < .001$; $\eta^2 = .09$), sia tra le tre diverse fasce d'età ($F_{(1,491)} = 4,99$; $p < .001$; $\eta^2 = .02$). Nello specifico, in linea con le ipotesi di ricerca e la letteratura trattata, i maschi riportano punteggi maggiori di benessere psicologico ($M = 71,51$; $DS = 18,71$) rispetto alle femmine ($M = 59,05$; $DS = 17,22$), mentre la fascia di età tra i dodici e i sedici anni presenta punteggi più alti rispetto alle altre due ($M = 68,60$; $ES = 1,59$).

Per verificare se vi fossero differenze di genere e di età nell'ansia e nella depressione, è stata condotta una MANOVA sui punteggi alle due corrispondenti sottoscale del PGWBI. In particolare, l'ansia ($F_{(2,491)} = 48,82$; $p < .001$; $\eta^2 = .09$) risulta più alta nelle femmine ($M = 13,15$; $DS = 5,27$) rispetto ai maschi ($M = 9,32$; $DS = 5,49$), e lo stesso si verifica per la depressione ($F_{(2,491)} = 22,21$; $p < .001$; $\eta^2 = .04$), con le femmine che riportano punteggi maggiori ($M = 4,88$; $DS = 3,02$) rispetto ai maschi ($M = 3,43$; $DS = 3,13$).

Si registra un effetto anche dell'età sia per quanto riguarda l'ansia ($F_{(2,491)} = 5,10$; $p < .001$; $\eta^2 = .02$), sia per quanto riguarda la depressione ($F_{(2,491)} = 4,75$; $p < .001$; $\eta^2 = .02$): la fascia di età compresa tra i diciassette e i diciannove anni presenta punteggi maggiori sia di ansia ($M = 12,13$; $ES = 0,37$) sia di depressione ($M = 4,63$; $ES = 0,21$), dai confronti post hoc è emerso che a differenziarsi sono il gruppo dai dodici ai sedici anni dal gruppo dai diciassette ai diciannove anni, sia per la sottoscala dell'ansia ($M = 10,39$; $ES = 0,48$), sia per quella della depressione ($M = 3,61$; $ES = 0,27$).

Nelle figure 4.8 e 4.9 sono riportati graficamente i risultati dell'analisi sulle sottoscale di "Ansia" e "Depressione". Nelle tabelle 4.15 e 4.16 e in figura 4.10 sono riportati i dati relativi alle analisi condotte sul punteggio totale al questionario Psychological General Well Being Index.

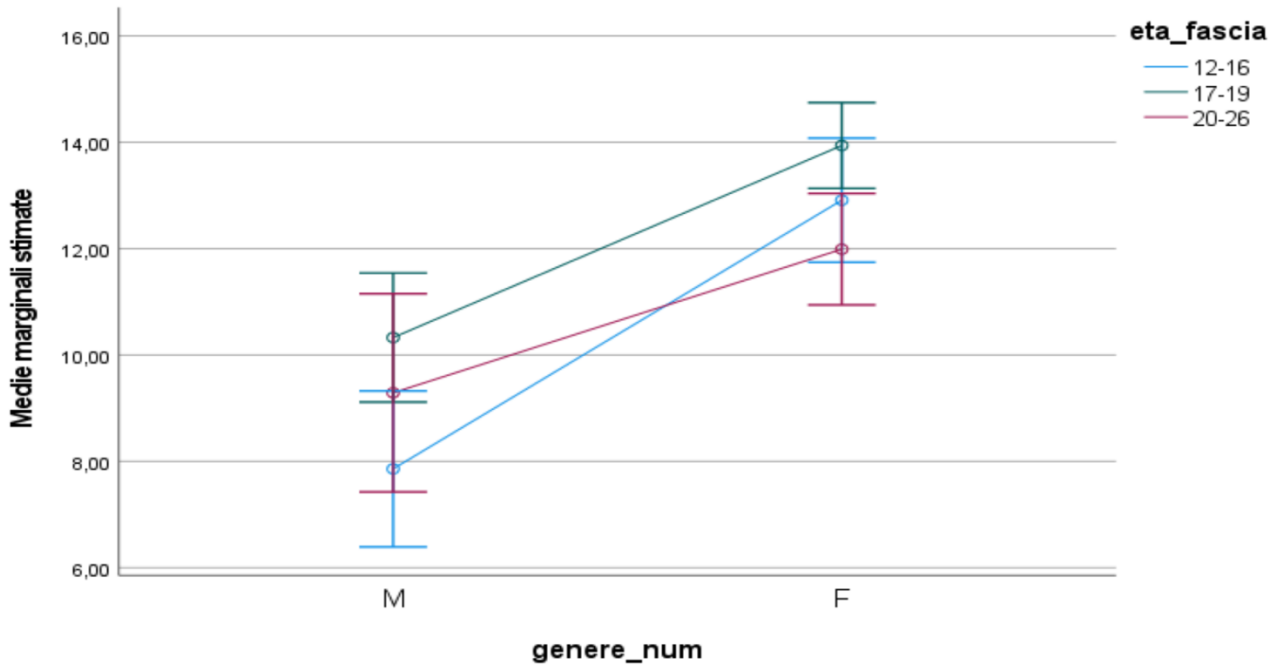


Figura 4.8: Medie marginali stimate, PGWBI - Ansia.

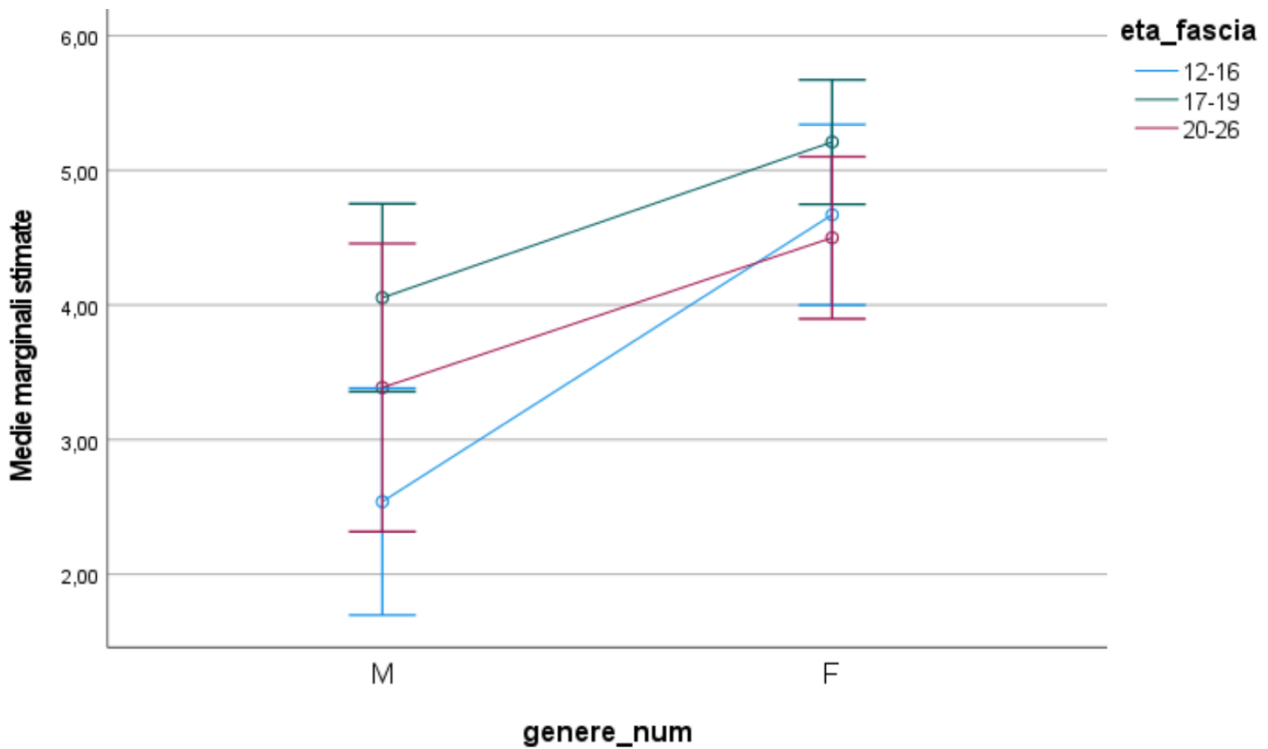


Figura 4.9: Medie marginali stimate, PGWBI - Depressione.

Tabella 4.15: Test di effetti tra soggetti, PGWBI.

PGWBI	df	F	SIGNIFICATIVITÀ	η^2 PARZIALE
GENERE	1	46,30	0,000	0,09
ETÀ	2	4,99	0,007	0,02
GENERE * ETÀ	2	0,65	0,521	0,00
ERRORE	491			
TOTALE	497			

Tabella 4.16: Statistiche descrittive PGWBI.

GENERE	ETÀ	N	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
MASCHI	12-16	50	76,18	18,91
	17-19	73	68,34	18,33
	20-26	31	71,45	18,26
	Totale	154	71,51	18,71
FEMMINE	12-16	79	61,03	17,32
	17-19	166	56,63	17,35
	20-26	98	61,55	16,50
	Totale	343	59,05	17,22
TOTALE	12-16	129	66,90	19,35
	17-19	239	60,21	18,43
	20-26	129	63,93	17,39
	Totale	497	62,91	18,59

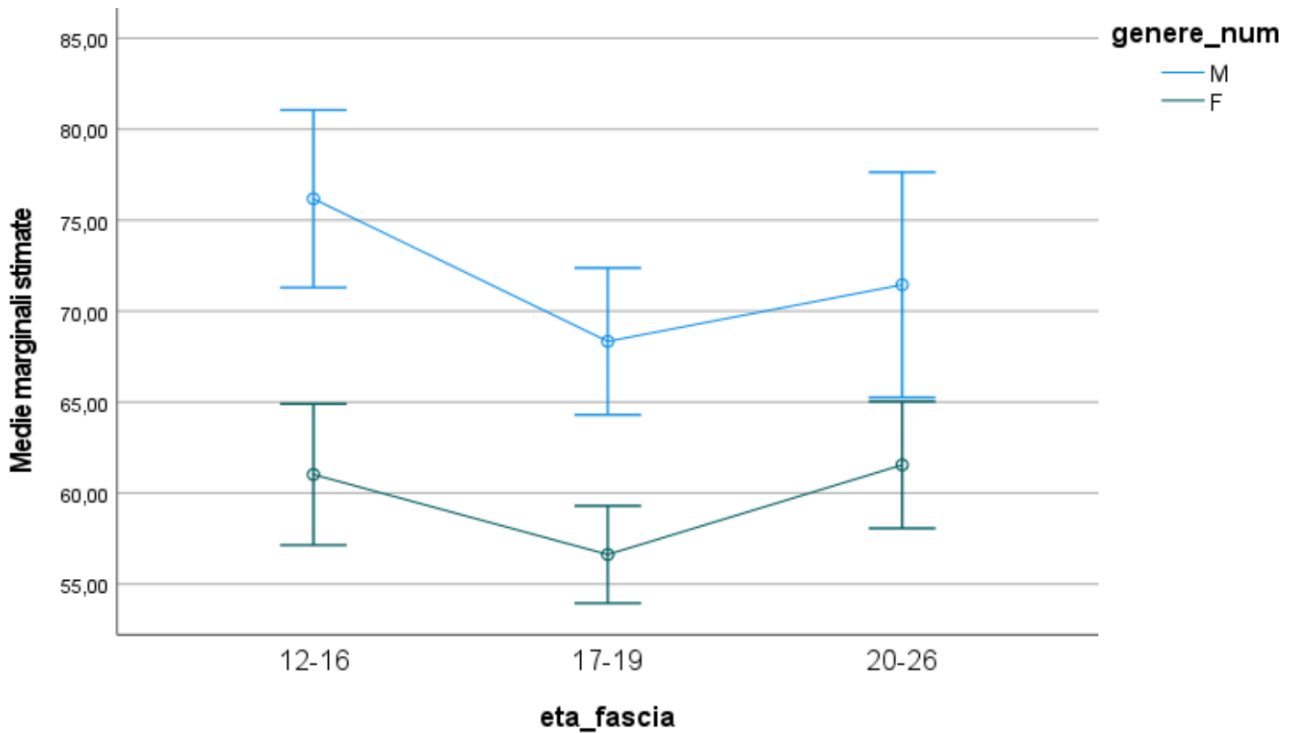


Figura 4.10: Medie marginali stimate, PGWBI.

4.4.2 CORRELAZIONI TRA LE VARIABILI INDAGATE ALL'INTERNO DEL MODELLO DI MEDIAZIONE

Per procedere con l'analisi del modello di mediazione, si sono analizzate le correlazioni tra le diverse scale impiegate. Tale analisi ha permesso di cogliere la relazione tra le diverse componenti del modello e di formulare una prima idea rispetto alle ipotesi di ricerca avanzate.

Dall'analisi delle correlazioni svolte utilizzando il Coefficiente di Pearson emerge che sussiste una relazione moderata tra le tre variabili principali del modello, ovvero il benessere psicologico, indicato dalla sigla PGWBI, lo stress esperito durante la pandemia (CSSQ) e l'impatto traumatico dell'esperienza pandemica (IES-R).

Nello specifico, lo stress provato durante la pandemia correla positivamente con l'impatto traumatico esperito dai rispondenti ($r = .50$; $p < .001$) e negativamente con il benessere psicologico valutato a distanza di più di un anno dall'emergenza pandemica ($r = -.41$; $p < .001$). Sussiste poi una correlazione di segno negativo tra il benessere psicologico e la misura di impatto dell'evento ($r = -.41$; $p < .001$). Questi risultati confermano quanto era stato ipotizzato, ovvero che un maggiore stress esperito durante la pandemia si associa a un maggiore impatto traumatico del Covid-19 e a un minore

benessere psicologico. Inoltre, un maggiore impatto dell'evento si associa a sua volta a più bassi livelli di benessere psicologico.

Per quanto riguarda la misura di benessere psicologico, vi sono anche altre variabili che mostrano alti livelli di correlazione: l'autostima (RSES) presenta infatti una correlazione positiva ($r = .65$; $p < .001$), mentre la difficoltà di regolazione emotiva (DERS) correla negativamente con il benessere esperito ($r = -.66$; $p < .001$). Tra autostima e difficoltà di regolazione emotiva sussiste poi un'alta correlazione di segno negativo ($r = -.68$; $p < .001$). Dai dati emerge che l'autostima e la capacità di regolazione emotiva sono due fattori strettamente legati al benessere psicologico di adolescenti e adulti emergenti; due variabili da attenzionare nell'analisi del modello di mediazione.

Prendendo in considerazione i punteggi relativi alle sottoscale che compongono il PGWBI, è possibile osservare come la misura di "Ansia" correli positivamente con quella di difficoltà di regolazione emotiva ($r = .54$; $p < .001$) e con quella di stress ($r = .38$; $p < .001$) e impatto dell'evento ($r = .38$; $p < .001$); al contrario, essa correla negativamente con l'autostima ($r = -.51$; $p < .001$). La sottoscala "Depressione", al pari, correla negativamente con l'autostima ($r = -.58$; $p < .001$), mentre correla positivamente con le misure di stress ($r = .30$; $p < .001$), impatto traumatico dell'evento ($r = .34$; $p < .001$) e difficoltà di regolazione emotiva ($r = .59$; $p < .001$).

Maggiori livelli di ansia e depressione nella popolazione di adolescenti e adulti emergenti si associano quindi a una minore autostima e a maggiori livelli di difficoltà di regolazione emotiva, stress e impatto traumatico della pandemia.

Le correlazioni delle altre variabili indagate all'interno del modello di mediazione, seppur presenti, sono tutte risultate da piccole a moderate e pertanto sono state riportate nella tabella seguente (tabella 4.17).

Tabella 4.17: Correlazioni di Pearson tra le varie scale del modello di mediazione.

		DERS	MSPSS	RSES	ER89-R	CSSQ	IES-R	PGWBI
DERS*	C. di Pearson	--						
	N	505						
MSPSS*	C. di Pearson	-.23**	--					
	Sign. (a due code)	0,000						
	N	505						
RSES*	C. di Pearson	-.68**	.30**	--				
	Sign. (a due code)	0,000	0,000					
	N	505	505					

		DERS	MSPSS	RSES	ER89-R	CSSQ	IES-R	PGWBI
ER89-R*	C. di Pearson	-.34**	.30**	.39**	--			
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,000				
	N	505	505	505				
CSSQ*	C. di Pearson	.36**	-.08	-.34**	-.04	--		
	Sign. (a due code)	0,000	0,077	0,000	0,347			
	N	505	505	505	505			
IES-R*	C. di Pearson	.39**	-.08	-.27**	-.02	.50**	--	
	Sign. (a due code)	0,000	0,061	0,000	0,743	0,000		
	N	505	505	505	505	505		
PGWBI*	C. di Pearson	-.66**	.29**	.65**	.35**	-.41**	-.41**	--
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	505	505	505	505	505	505	505

*DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*), MSPSS (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*), RSES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), ER89-R (*Ego Resiliency Scale Revised*), CSSQ (*Covid Student Stress Questionnaire*), IES-R (*Impact of Event Scale Revised*), PGWBI (*Psychological General Well Being Index*)

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

4.4.3 MODELLO DI MEDIAZIONE

Al fine di testare i modelli di mediazione descritti all'inizio del paragrafo 4.4, è stata dapprima eseguita un'analisi di regressione lineare in cui il benessere psicologico, misurato tramite il punteggio globale al PGWBI, è stato posto come variabile dipendente. Questo, al fine di osservare come lo stress provato da adolescenti e adulti emergenti nel corso dell'emergenza pandemica potesse influenzare il benessere psicologico a più di tre anni di distanza dal suo scoppio. È stata inoltre analizzata la funzione di mediazione delle seguenti variabili: difficoltà di regolazione emotiva, supporto sociale percepito, autostima e resilienza.

Quanto emerge dall'analisi è che i predittori inclusi nel il modello spiegano il 44% della varianza del benessere ($R^2 = 0.44$; $p < .001$). Inoltre, analizzando la predittività di ogni singola variabile di mediazione presa in esame, si può notare come lo stress costituisca autonomamente un predittore significativo del benessere psicologico ($\beta = -.19$; $p < .001$), mentre la difficoltà di regolazione emotiva

($\beta = -.38$; $p < .001$) e l'autostima ($\beta = .33$; $p < .001$) costituiscono i due maggiori fattori di mediazione della relazione tra stress e benessere. Infatti, il supporto sociale percepito e la resilienza dell'io non risultano essere due predittori significativi all'interno di questo modello. È bene specificare che alla luce di questi dati la difficoltà di regolazione emotiva e l'autostima costituiscono due mediatori parziali della relazione tra stress e benessere, in quanto permane un effetto diretto dello stress esperito durante la pandemia e il benessere analizzato a più di un anno di distanza dal suo termine.

Tali risultati sono poi stati confermati da una path analysis condotta sul modello precedentemente descritto: anche in questo caso lo stress esercita un effetto indiretto sul benessere psicologico attraverso le difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = -.14$; $p < .001$) e attraverso l'autostima ($\beta = -.11$; $p < .001$), mentre il ruolo del supporto sociale percepito e della resilienza dell'io continuano a non risultare significativi.

Lo stress spiega quindi il 42% della varianza del benessere all'interno del modello, mentre la difficoltà di regolazione emotiva ne spiega il 31% e l'autostima il 24%. Il modello di mediazione descritto è riportato nella figura 4.11.

La dimensione del benessere psicologico, per come è stata teorizzata all'interno del Psychological General Well Being Index, è poi stata scomposta nelle sue componenti di "Ansia" e "Depressione", calcolando per entrambe un modello di mediazione. Questo con lo scopo di approfondire l'influenza dello stress pandemico sul benessere attualmente esperito da adolescenti e adulti emergenti. La letteratura ha infatti evidenziato più volte come ansia e depressione costituiscano due dei più comuni esiti che la pandemia ha presentato a lungo termine sulla salute mentale delle più giovani generazioni e pertanto considero centrale ai fini di questa ricerca l'analisi che segue.

Il modello di regressione lineare proposto per analizzare la mediazione della difficoltà di regolazione emotiva, del supporto sociale percepito, dell'autostima e della resilienza nel rapporto tra stress e ansia spiega in questo caso il 29% della varianza totale dell'ansia del modello ($R^2 = 0.29$; $p < .001$). Inoltre, anche per questo modello lo stress costituisce un predittore diretto dei livelli di ansia misurati dal PGWBI ($\beta = .21$; $p < .001$).

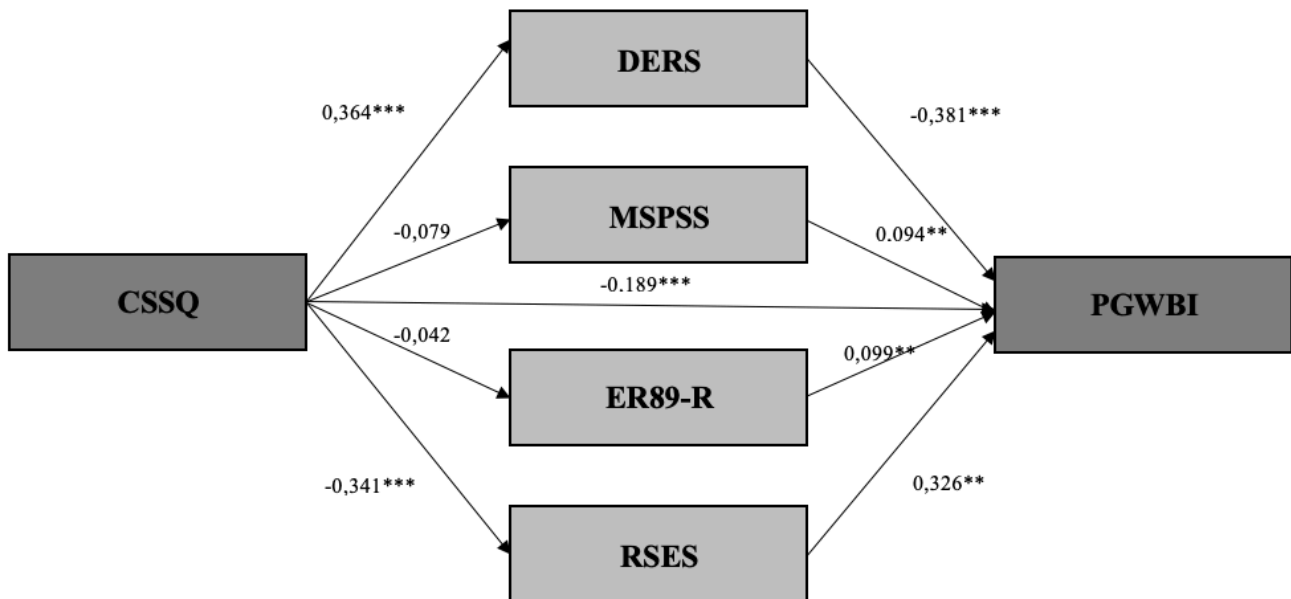


Figura 4.11: Modello di mediazione tra le variabili considerate, stress e benessere (*** $p < .001$; ** $p < .05$).

Inoltre, difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .31$; $p < .001$) e autostima ($\beta = -.20$; $p < .001$) rappresentano per l'ansia gli unici due fattori che mediano l'azione dello stress; come per la misura di benessere generale, infatti, anche in questo caso la resilienza risulta avere una relazione significativa con il costrutto d'ansia, ma non media la relazione che sussiste tra essa e lo stress: invece, il supporto sociale percepito, in questo caso, non risulta affatto significativo.

Questi risultati sono confermati anche dalla path analysis che sottolinea nuovamente come lo stress eserciti un effetto indiretto sull'ansia tramite l'azione delle difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .11$; $p < .001$) e dell'autostima ($\beta = .07$; $p < .001$). In figura 4.12 è raffigurato il modello di mediazione risultante.

Per quanto riguarda la depressione, invece, il modello ipotizzato ne spiega il 33% della varianza ($R^2 = 0.33$; $p < .001$). Di particolare interesse in questo caso vi è il fatto che lo stress legato al Covid-19 non eserciti un ruolo diretto di mediazione: questo significa che non sussiste un effetto diretto tra lo stress esperito durante l'emergenza pandemica e la depressione misurata a più di un anno di distanza: la relazione tra queste due variabili è dipesa quindi unicamente dall'azione dei fattori di mediazione.

Anche nel caso della depressione le uniche due variabili indagate che sembrano svolgere un ruolo di mediazione con lo stress sono la difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .35$; $p < .001$) e l'autostima ($\beta = -.33$; $p < .001$).

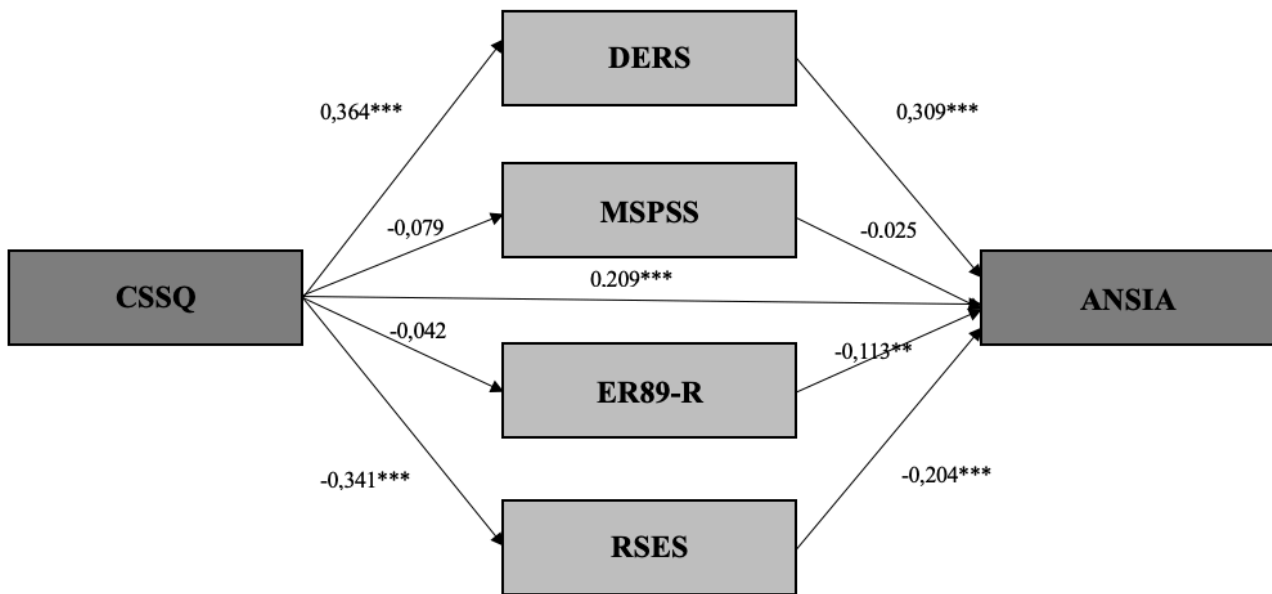


Figura 4.12: Modello di mediazione tra le variabili considerate, stress e ansia (*** $p < .001$; ** $p < .05$).

Anche in questo caso la resilienza dell'io non svolge alcun ruolo di mediazione, così come il supporto sociale percepito, nonostante questo presenti un'associazione negativa con la depressione. Il ruolo di mediazione svolto dalla difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .13$; $p < .001$) e dall'autostima ($\beta = .11$; $p < .001$) sono stati confermati anche dalla path analysis. Questi risultati sono esemplificati nel modello in figura 4.13.

Infine, l'ultimo modello di mediazione analizzato è quello che indaga la relazione a lungo termine tra lo stress associato al Covid-19 e l'impatto traumatico che la pandemia può avere avuto su adolescenti e adulti emergenti. In questo caso il modello spiega il 32% della varianza dell'impatto dell'evento ($R^2 = 0.32$; $p < .001$) e si riscontra una relazione diretta tra lo stress misurato tramite il CSSQ e la Impact of Event Scale Revised (IES-R) ($\beta = .40$; $p < .001$). Questo fa sì che le variabili indagate possano essere solo mediatori parziali; in questo caso in particolare, l'unica variabile che media il rapporto tra lo stress esperito durante la pandemia e l'impatto traumatico che essa ha avuto a lungo termine è la difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .28$; $p < .001$): né l'autostima, né il supporto sociale percepito svolgono un ruolo di mediatori all'interno di questa relazione. La resilienza dell'io si associa alla misura di impatto dell'evento, ma a sua volta non svolge alcun ruolo di mediazione.

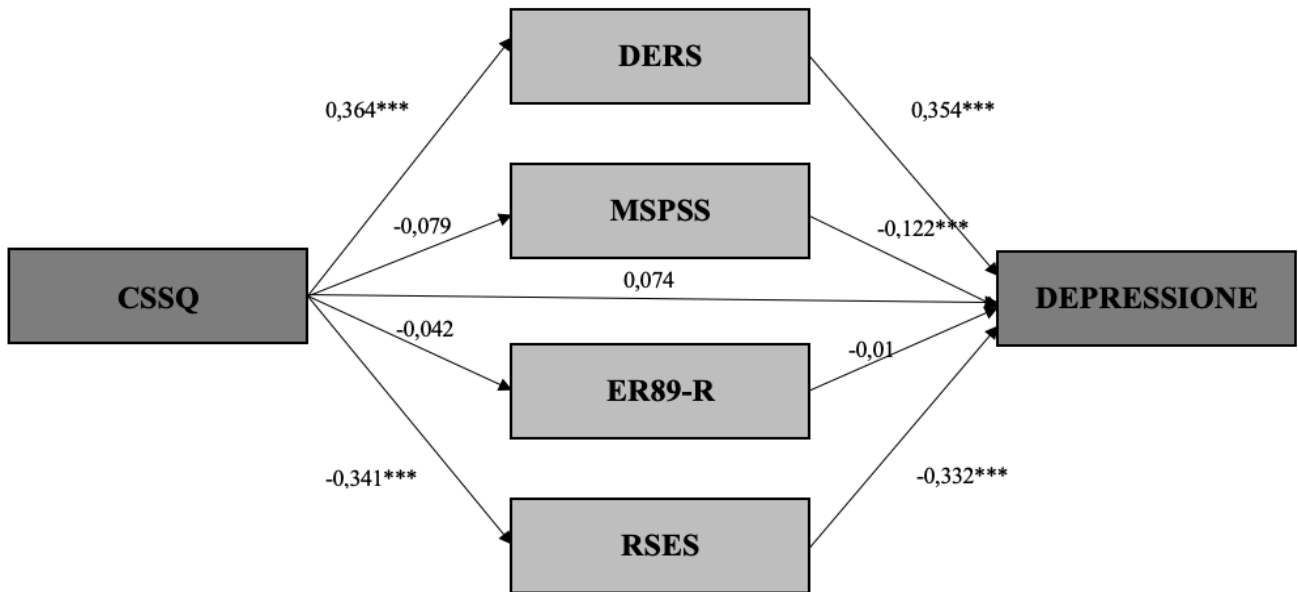


Figura 4.13: Modello di mediazione tra le variabili considerate, stress e depressione (*** $p < .001$; ** $p < .05$).

Tali risultati vengono confermati anche dalla path analysis che sottolinea come lo stress abbia un ruolo indiretto sulla misura di impatto dell'evento tramite l'azione della difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = .10$; $p < .001$). Il modello di mediazione risultante è esemplificato in figura 4.14.

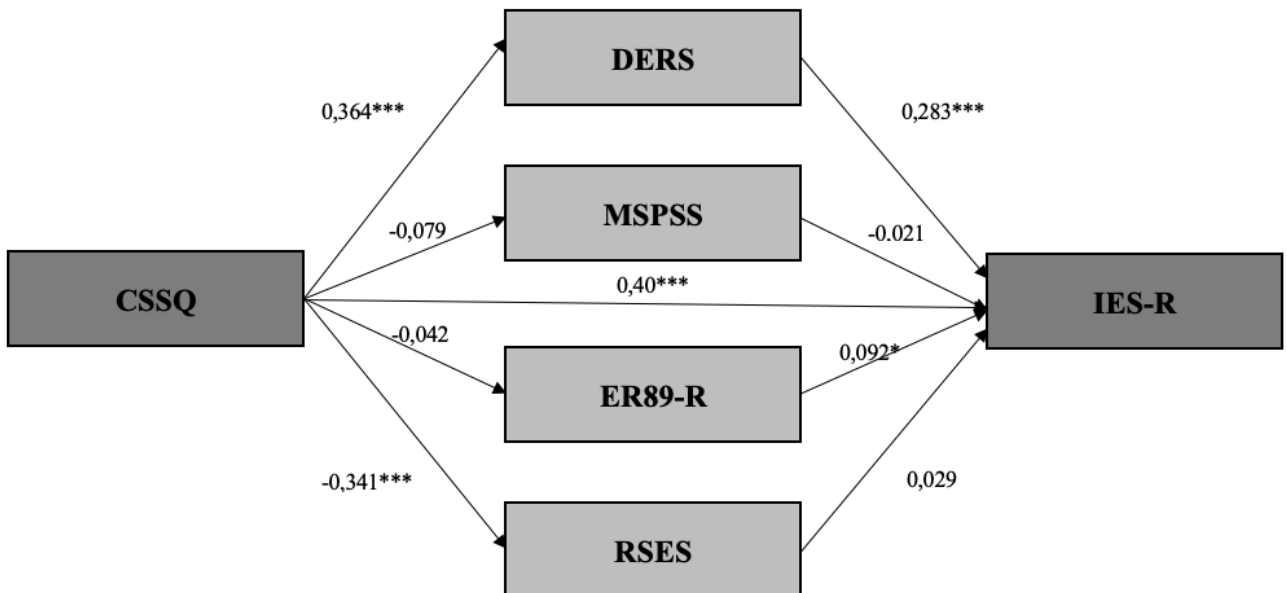


Figura 4.14: Modello di mediazione tra le variabili considerate, stress e impatto dell'evento (*** $p < .001$; ** $p < .05$).

4.4.4 CORRELAZIONI BIVARIATE TRA FATTORI SOCIODEMOGRAFICI

Come discusso nella parte teorica della presente tesi, alcune caratteristiche sociodemografiche e individuali possono aver svolto un ruolo di primaria importanza rispetto ai costrutti trattati in questa ricerca, in particolare nell'influenzare la relazione tra benessere e stress percepito. Seguendo le indicazioni della letteratura e le ipotesi di ricerca, riportate all'interno del paragrafo 4.1, ci si è dapprima focalizzati sull'analisi dell'aumento del tempo speso utilizzando un dispositivo elettronico. Tale variabile è stata esplorata attraverso il seguente item: (Item 12: *Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri utilizzando i dispositivi elettronici e i social media? NON considerare il tempo speso sui dispositivi per la Didattica A Distanza.*).

È stato quindi condotto un confronto tra il tempo di utilizzo autoriferito prima e dopo l'emergenza pandemica. Quanto emerge da tale analisi è che il 74,65% del campione ($n = 377$) ha riferito un aumento dell'utilizzo dei dispositivi elettronici successivamente alla pandemia.

L'analisi dell'impatto di tale aumento è stata eseguita tramite un T Test per il confronto dell'eguaglianza delle medie, da cui emergono differenze statisticamente significative sia per quanto riguarda i livelli di stress ($t_{(503)} = 3.69$; $p < .001$) e di benessere psicologico ($t_{(503)} = 3.05$; $p < .001$), sia per quanto riguarda l'impatto dell'evento ($t_{(503)} = 3.77$; $p < .001$) e la difficoltà di regolazione emotiva ($t_{(503)} = 2.55$; $p = .011$).

Come confermato dalle statistiche descrittive, chi ha riferito un aumento del tempo speso nell'utilizzo dei dispositivi è risultato avere maggiori difficoltà di regolazione emotiva ($M = 100.65$; $DS = 24,56$) rispetto a chi non riferiva tale aumento ($M = 94.37$; $DS = 22.76$), avere maggiore stress riferito all'esperienza pandemica ($M = 13.50$; $DS = 5.69$) rispetto chi non aveva aumentato l'utilizzo dei dispositivi ($M = 11.36$; $DS = 5.66$), vivere un più forte impatto traumatico dell'evento ($M = 32.37$; $DS = 17.44$) contro il ($M = 25.59$; $DS = 18.08$) di chi non ne aveva incrementato l'utilizzo e riferiva minori livelli di benessere psicologico ($M = 61.30$; $DS = 18.77$), rispetto a chi non aveva aumentato l'utilizzo dei dispositivi elettronici ($M = 67.06$; $DS = 17.44$).

Tali risultati sono stati confermati dall'analisi condotta utilizzando l'indice D di Cohen. Questo ha permesso di cogliere la dimensione dell'effetto della differenza di utilizzo dei dispositivi per ogni variabile del modello di mediazione. Per quanto significativi, infatti, gli effetti su DERS ($D = .26$), CSSQ ($D = .38$), IES-R ($D = .39$) e PGWBI ($D = -.31$) sono medio-piccoli. Un'ulteriore variabile presa in considerazione nel presente studio è l'aumento del tempo speso nel guardare la televisione. (Item 15: *Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri guardando la TV/piattaforme di streaming?*).

In questo caso, solo il 41.98% del campione ($n = 212$) ha registrato un aumento della frequenza di utilizzo televisivo. Tuttavia, tale incremento è risultato particolarmente significativo per quanto

riguarda la sua relazione con la misura di impatto traumatico dell'evento ($t_{(503)} = 4,54$; $p < .001$). Il dato risulta confermato dal D di Cohen di 0.41 dello IES-R: un effetto medio ma superiore a quello di tutte le altre scale risultate significative per l'aumento del tempo speso guardando la televisione: DERS ($D = .28$), RSES ($D = -.22$), CSSQ ($D = .30$) e PGWBI ($D = -.19$).

Questi risultati sembrano indicare che chi ha aumentato il tempo speso guardando la televisione ha riferito maggiori livelli di impatto traumatico dell'evento ($M = 34.81$; $DS = 16.99$), rispetto a chi non ne ha aumentato il tempo di utilizzo ($M = 27.65$; $DS = 17.85$). È anche interessante quanto emerso da un'analisi correlazionale effettuata con il Coefficiente di Spearman circa la possibilità che l'utilizzo dei dispositivi e dei social network avesse favorito il contatto con i propri amici durante la pandemia. (Item 13: *Durante il periodo del distanziamento sociale e della DAD, quanto ti sembra che l'uso dei social media, delle chat e dei programmi per videochiamate ti abbia aiutato a rimanere in contatto con i tuoi amici?*). I risultati di questa analisi mostrano una correlazione statisticamente significativa, seppur con un valore basso, tra la misura di supporto sociale percepito e chi aveva risposto affermativamente al fatto che i social avessero permesso di rimanere in contatto con gli amici durante la pandemia ($\rho = .15$).

Il secondo ambito di analisi riguarda poi il cambiamento nelle ore di attività fisica e di sonno. (Item 17: *Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia cambiata la frequenza con cui fai attività fisica? Come è cambiata? Considera gli allenamenti individuali, la corsa, le passeggiate.*); (Item 23: *Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 siano cambiate le tue abitudini legate al sonno?*).

Per quanto riguarda il cambiamento delle ore di attività fisica, l'analisi, condotta tramite correlazione di Spearman, ha evidenziato che un cambiamento dell'attività fisica si associa a minori livelli di difficoltà di regolazione emotiva ($\rho = -.18$) e stress ($\rho = -.10$) e a maggiori livelli di autostima ($\rho = .16$), resilienza ($\rho = .11$) e benessere psicologico ($\rho = .15$). Il 26.3% del campione ($n = 133$) dichiara di svolgere meno attività fisica dopo la pandemia, il 40.2% ($n = 203$) dichiara una frequenza immutata, mentre il 33.5% dei rispondenti ($n = 169$) sottolinea come dopo la pandemia abbia ripreso a svolgere più sport di prima; va infatti notato come l'80% del campione ($n = 404$) non abbia svolto alcuno sport durante il periodo pandemico.

Maggiori ore di sonno, invece, si associano a minore difficoltà nella regolazione emotiva ($\rho = -.15$), più autostima ($\rho = .14$), meno stress legato alla pandemia ($\rho = -.14$) e più benessere psicologico ($\rho = .23$). Interessante notare come risultati analoghi siano emersi anche dall'analisi del cambiamento delle ore di sonno tra prima e dopo la pandemia. In questo caso, il cambiamento nelle abitudini di sonno si associa negativamente con la misura di impatto dell'evento ($\rho = -.15$). Questi dati sembrano indicare che, in linea con la letteratura trattata, la pandemia abbia permesso agli adolescenti di adottare abitudini di sonno più conformi alle proprie necessità, abitudini in parte mantenute anche successivamente (Bruni et al., 2022). Sottolineo, però, come il 38.8% del campione ($n = 196$) dorma

meno ore rispetto a prima della pandemia, il 46.5% (n = 235) non ha mutato la frequenza del sonno e solo il 14.7% (n = 74) dorme più tempo ora che prima dello scoppio pandemico. I bassi coefficienti di correlazione, inoltre, suggeriscono di considerare con cautela questi risultati.

È poi stato eseguito un T Test per valutare l'eguaglianza delle medie all'interno del campione riguardo alla possibilità del persistere di difficoltà di addormentamento anche al termine della pandemica. (Item 24: *Da quando è iniziata la pandemia diresti di avere difficoltà ad addormentarti?*).

Questa eventualità, evidenziata nel 30.69% del campione (n = 155), è risultata significativa in associazione alla difficoltà di regolazione emotiva ($t_{(503)} = 7.40$; $p < .001$), al supporto sociale percepito ($t_{(503)} = -2.66$; $p = .008$), all'autostima ($t_{(503)} = -5.11$; $p < .001$), allo stress ($t_{(503)} = 4.89$; $p < .001$), all'impatto dell'evento ($t_{(503)} = 6.66$; $p < .001$) e al benessere psicologico ($t_{(503)} = -8.08$; $p < .001$). In questo caso, sono stati riscontrati effetti alti anche per quanto riguarda il D di Cohen: DERS (D = .71), MSPSS (D = -.26), RSES (D = -.49), CSSQ (D = .47), IES-R (D = .64), PGWBI (D = .78).

Questi risultati nel complesso sembrano indicare che chi continua a presentare difficoltà di addormentamento anche a più di un anno dal termine della pandemia presenta anche maggiori livelli di difficoltà di regolazione emotiva (M = 110.46; DS = 23.77), più stress (M = 14.80; DS = 5.86) e un impatto maggiormente traumatico della pandemia (M = 38.28; DS = 16.81), ma presenta minori livelli di benessere psicologico (M = 53.30; DS = 15.98), autostima (M = 24.47; DS = 8.09) e supporto sociale percepito (M = 5.22; DS = 1.22). Tali statistiche descrittive vanno rapportate a quelle di chi non presenta difficoltà di addormentamento: DERS (M = 94.00; DS = 22.73), CSSQ (M = 12.14; DS = 5.52), IES-R (M = 22.27; DS = 17.24), PGWBI (M = 66.95; DS = 18.14), RSES (M = 28.78; DS = 9.01).

Un ulteriore ambito sociodemografico indagato è stato quello del cambiamento del reddito familiare. (Item 32: *Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 le possibilità economiche della tua famiglia siano cambiate?*).

Il 38.6% del campione (n = 195) ha dichiarato che il reddito della propria famiglia è mutato da dopo l'inizio del periodo pandemico. Tali risultati si associano a differenze statisticamente significative nelle risposte fornite circa lo stress ($t_{(503)} = 2.52$; $p = .012$), l'impatto dell'evento pandemico ($t_{(503)} = 2.84$; $p = .005$) e il benessere psicologico ($t_{(503)} = -2.20$; $p = .028$), come confermato dalla misura di dimensione dell'effetto del D di Cohen: CSSQ (D = .23), IES-R (D = .26), PGWBI (D = -.20). Come riscontrato in letteratura (Golberstein et al., 2020), quindi, un cambiamento nel reddito familiare si associa a maggiori livelli di stress (M = 13.76; DS = 5.81) e di impatto traumatico dell'evento (M = 33.47; DS = 17.66), così come a minori livelli di benessere psicologico (M = 60.48; DS = 18.14). Queste conclusioni appaiono evidenti nel raffronto con le statistiche descrittive di chi

non ha presentato un cambiamento nel reddito familiare: CSSQ (M = 12.45; DS = 5.68), IES-R (M = 28.88; DS = 17.74) PGWBI (M = 64.20; DS = 18.76).

Si è poi proceduto nell'indagare come il cambiamento del rapporto con gli amici potesse aver influenzato le risposte alle variabili misurate all'interno della presente ricerca. (Item 33: *Ti sembra che dopo la fine del periodo di isolamento sociale sia cambiata la frequenza del rapporto con i tuoi amici?*).

Il 23.4% del campione (n = 118) ha riferito di avere meno contatti con gli amici rispetto a prima dell'emergenza pandemica, il 38.6% (n = 195) dichiara un effetto opposto, mentre, il 38% del campione (n = 192) non evidenzia differenze nel rapporto con gli amici tra prima e dopo la pandemia di Covid-19.

Infine, ritengo che alcuni dati circa l'epidemiologia del Covid-19 all'interno del campione indagato possano essere utili per la lettura dei dati esposti nel corso di queste pagine.

Il 64.6% del campione (n = 326) si è ammalato di Covid-19, questo dato risulta associato a differenze significative nei livelli di supporto sociale percepito ($t_{(503)} = 3.04$; $p = .002$), come confermato sia dal D di Cohen (MSPSS: 0.28) sia dalle statistiche descrittive (M = 5.55; DS = 1.18) contro (M = 5.21; DS = 1.22) di chi non è risultato contagiato. (Item 34: *Hai avuto il Covid-19?*).

Nell'85.1% dei casi (n = 430), invece, a risultare contagiato è stato almeno un membro della famiglia. (Item 35: *Qualcuno all'interno del tuo nucleo familiare ha avuto il Covid-19?*).

Anche questo dato correla unicamente con il supporto sociale percepito ($t_{(503)} = 1.80$; $p = .072$), facendo presagire che la propria malattia e quella di un membro della famiglia abbiano aumentato il supporto sociale percepito all'interno dell'ambiente familiare (M = 5.47; DS = 1.20), contro (M = 5.20; DS = 1.20) di chi non ha avuto alcun familiare contagiato. Il D di Cohen dell'MSPSS in questo caso corrisponde a 0.23, attestando un effetto piccolo.

Il 13.9% del campione (n = 70) ha poi sperimentato la perdita di un conoscente o familiare a causa della pandemia. (Item 36: *Qualcuno, tra i tuoi familiari, parenti e amici, è venuto a mancare a causa del Covid-19?*).

In questo caso il dato comporta differenze significative sia nella difficoltà di regolazione emotiva ($t_{(503)} = 1.74$; $p = .082$), sia nello stress ($t_{(503)} = 2.79$; $p = .006$) e nell'impatto traumatico dell'evento ($t_{(503)} = 2.74$; $p = .006$). Il D di Cohen (DERS: 0.22; CSSQ: 0.36; IES-R: 0.35) e le statistiche descrittive sottolineano come il decesso di una persona vicina al rispondente si associ a maggiore difficoltà di regolazione emotiva (M = 103.73; DS = 22.89), più stress (M = 14.73; DS = 5.75) e a un maggiore impatto traumatico della pandemia di Covid-19 (M = 36.03; DS = 18.73). Queste medie vanno confrontate con quelle di chi non ha sperimentato alcun decesso che sono: per la DERS (M = 98.30; DS = 24.40), per il CSSQ (M = 12.68; DS = 5.71) e per quanto riguarda lo IES-R (M = 29.79; DS = 17.55).

Durante la stesura del questionario si è poi scelto di introdurre anche altre quattro variabili. Si è quindi domandato ai rispondenti se la pandemia li avesse aiutati a porre maggiore attenzione sulla propria salute mentale e il 65,3% del campione (n = 330) ha confermato questa ipotesi. (Item 37: *Ti sembra che la pandemia da Covid-19 ti abbia portato a porre maggiore attenzione alla tua salute mentale?*).

Inoltre chi ritiene che la pandemia abbia aiutato a porre maggiore attenzione circa la propria salute mentale ha presentato livelli significativi di resilienza ($t_{(503)} = 3.32$; $p = .001$), difficoltà di regolazione emotiva ($t_{(503)} = 3.15$; $p = .002$), stress ($t_{(503)} = 6.36$; $p < .001$), impatto traumatico dell'evento ($t_{(503)} = 6.35$; $p < .001$) e benessere psicologico ($t_{(503)} = -4.43$; $p < .001$).

Come confermato dalla dimensione dell'effetto, testimoniata dal D di Cohen (DERS: 0.30; ER89-R: 0.31; CSSQ: 0.60; IES-R: 0.59; PGWBI: -0.41), chi ha aumentato l'attenzione circa la propria salute mentale dopo la pandemia ha anche sperimentato un maggiore impatto traumatico dell'evento (M = 34.21; DS = 17.24) e maggiori livelli di stress (M = 14.10; DS = 5.61), così come più difficoltà di regolazione emotiva (M = 101.40; DS = 22.92), più resilienza (M = 4.73; DS = 0.86) e meno benessere psicologico (M = 60.19; DS = 17.55), rispetto a chi non ha posto maggiore attenzione alla salute mentale, i cui dati sono riportati di seguito: DERS (M = 94.35; DS = 25.79), ER89-R (M = 4.47; DS = 0.83), CSSQ (M = 10.80; DS = 5.43), IES-R (M = 24.00; DS = 17.08), PGWBI (M = 67.75; DS = 19.49).

In linea con quanto riportato, va citato anche l'aumento del ricorso a un aiuto psicologico: a fronte di una percentuale del 10.9% (n = 55) di rispondenti che si rivolgeva a uno psicologo prima della pandemia, tale percentuale è cresciuta al 20.2% (n = 102) dopo l'emergenza pandemica. (Item 38: *Facevi ricorso ad un aiuto psicologico prima della pandemia da Covid-19?*); (Item 39: *Hai iniziato a fare ricorso ad un aiuto psicologico dopo la fine del periodo di isolamento sociale?*).

Infine, l'ultima domanda del questionario chiedeva se si considerasse ancora attuale parlare di Covid-19. (Item 40: *Ti sembra che parlare di Covid-19 sia ancora attuale?*).

Questa domanda, a cui il 48.1% del campione (n = 243) ha risposto affermativamente, è risultata significativa rispetto alle risposte fornite sulla scala CSSQ ($t_{(503)} = 3.16$; $p = .002$) e IES-R ($t_{(503)} = 3.29$; $p = .001$). La dimensione dell'effetto, calcolata con il D di Cohen, ha evidenziato come ritenere attuale parlare di Covid-19 si associasse a maggiori livelli di stress in riferimento alla pandemia (D = 0.28) e a un maggiore impatto traumatico dell'evento (D = 0.29). Tale dato è rimarcato anche dalle statistiche descrittive: CSSQ (M = 13.79; DS = 5.49) di chi ritiene attuale parlare di Covid-19, contro il (M = 12.19; DS = 5.90) di chi non lo ritiene attuale; IES-R (M = 33.34; DS = 18.02) di chi ritiene attuale parlare di Covid-19, contro il (M = 28.16; DS = 17.326) di chi non lo ritiene attuale.

4.5 DISCUSSIONE

L'obiettivo della presente ricerca è stato quello di indagare l'azione di alcune componenti del funzionamento emotivo nel mediare la relazione tra lo stress provato nel corso dell'esperienza pandemica e il benessere indagato a più di un anno di distanza dal suo termine.

Coadiuvati dalla letteratura esposta nel corso dell'intera tesi e sintetizzata nel paragrafo 4.1 del presente capitolo, si è ipotizzato che la difficoltà di regolazione emotiva (Restubog et al., 2020), il supporto sociale percepito (Grey et al., 2020), l'autostima (Rossi et al., 2020) e la resilienza dell'io (Mesman et al., 2021) potessero mediare la relazione tra lo stress e il benessere psicologico e tra lo stress e l'impatto traumatico della pandemia su un campione di adolescenti e adulti emergenti italiani. Per ognuna di queste variabili è stata indagata anche la possibile influenza del genere e dell'età sulle risposte raccolte. In questo caso, l'ipotesi di partenza era quella che il genere femminile e gli anni centrali dell'adolescenza potessero caratterizzarsi per inferiori livelli di benessere psicologico e una maggiore percezione di stress durante il periodo pandemico (OCSE, 2022).

Infine, si è proceduto nell'indagare gli effetti di alcuni fattori sociodemografici e personali che, in linea con la letteratura in materia di adolescenza e Covid-19, sono stati ritenuti centrali nell'influenzare il benessere psicologico delle più giovani generazioni. Si è ipotizzato, anche, che l'aumento del tempo di utilizzo dei dispositivi si potesse associare a peggiori esiti per la salute mentale (Roqué et al., 2021) e che, allo stesso tempo, i social network potessero aver favorito vicinanza e contatto durante il periodo pandemico (Shapiro & Margolin, 2014; Cooper et al., 2021).

Si è inoltre ipotizzato che i ritmi sonno-veglia si fossero modificati durante questo periodo e che maggiori ore di sonno potessero associarsi a migliori esiti per la salute mentale (Tarokh et al., 2016), così come per l'intensificarsi dell'attività fisica (D'Auria & Massariolo, 2023).

In linea con il lavoro di Golberstein e collaboratori, si è ipotizzata una riduzione del reddito delle famiglie durante la pandemia e la sua associazione con maggiori livelli di stress e minore benessere (Golberstein et al., 2020). Infine, si è formulata l'ipotesi che maggiori contatti con gli amici fossero correlati con migliori esiti di salute mentale (Brown & Larson, 2009).

Quanto emerge dalla ricerca è che la pandemia di Covid-19 ha esacerbato la sofferenza psichica tra adolescenti e adulti emergenti. Significativo in tal senso è il dato che attesta un forte incremento della richiesta di aiuto psicologico, rapportato ai livelli pre-pandemici: il 10.9% del campione era in cura da un terapeuta prima della pandemia, mentre tale percentuale dopo l'emergenza di Covid-19 è del 20.2%, quasi raddoppiata. Il 48.1% del campione, inoltre, ritiene ancora attuale parlare di Covid-19.

Tale dato permette di aprire la discussione dei risultati di questa ricerca e sottolinea come l'impatto a medio-lungo termine di un'emergenza come quella vissuta nel recente passato non deve essere sottovalutato.

Quello delle giovani generazioni è un messaggio chiaro, una richiesta d'aiuto, formulata con consapevolezza nei confronti delle istituzioni che si devono fare carico della salute mentale. La pandemia ha creato un'urgenza in termini economici, sociali e di psicopatologie, ma è a lungo termine, se rimane silente e trascurato, che il malessere psicologico può compromettere la vita e gli equilibri delle persone.

Questa tesi, attraverso l'analisi dei modelli di mediazione sopra descritti, ha confermato che lo stress sperimentato durante l'emergenza pandemica influenza ancora oggi il benessere psicologico di adolescenti e adulti emergenti. Maggiori livelli di stress non solo si associano a un minore benessere, ma anche, come ipotizzato, a un maggiore impatto traumatico della pandemia, che, a sua volta, predice maggiore malessere individuale. Lo stress pandemico e l'impatto traumatico dell'evento si associano anche a maggiori livelli di ansia e depressione, le due psicopatologie più diffuse dopo l'emergenza pandemica.

Interessante è l'analisi delle variabili analizzate come fattori di mediazione della relazione, prima tra stress e benessere (nelle sue componenti di ansia e depressione), dopo tra stress e impatto dell'evento. Nel primo caso emerge chiaramente un'azione di mediazione parziale svolta dall'autostima e dalla difficoltà di regolazione emotiva. Tali risultati si ripresentano anche nel modello tra stress e ansia e in quello tra stress e depressione. In quest'ultimo, tuttavia, lo stress legato all'esperienza pandemia non svolge un'azione diretta sul costrutto della depressione, operazionalizzato secondo il PGWBI, ma l'autostima e la difficoltà di regolazione emotiva catturano tutto il rapporto di mediazione tra le due variabili in esame.

Questi risultati confermano precedenti lavori di tesi svolti durante il periodo pandemico, ma rimangono comunque molto importanti. Essi, infatti, evidenziano come l'autostima e la capacità di regolare le proprie emozioni svolgano, anche a lungo termine, un ruolo centrale nel mediare il rapporto tra lo stress e il benessere psicologico, espresso sotto le forme di ansia e depressione.

L'autostima e la capacità di regolazione delle emozioni possono quindi costituire uno schermo protettivo di fronte a stressor ambientali. Lo studio di Rossi e collaboratori descrive efficacemente come l'autostima possa rappresentare un fattore protettivo nei confronti di pensieri negativi, solitudine e altri fattori di stress predittivi dell'insorgenza di depressione e ansia durante il periodo pandemico (Rossi et al., 2020). Lo studio di De Moor e collaboratori, inoltre, evidenzia come l'autostima abbia un ruolo centrale nel mediare il legame tra esperienze stressanti e manifestazioni internalizzanti ed esternalizzanti: la relazione tra esperienze stressanti e problemi internalizzanti è

infatti più debole in adolescenti con alti livelli di autostima, mentre, adolescenti con bassa autostima in situazioni di stress presentano un incremento di comportamenti sia esternalizzanti che internalizzanti (De Moor et al., 2019).

Non sorprende, al pari, che anche la capacità di regolazione delle emozioni, da cui dipendono tante scelte fatte durante l'adolescenza, rappresenti un potenziale fattore di protezione di fronte a situazioni di stress e difficoltà. È di grande importanza poter implementare interventi e occasioni che suggeriscano agli adolescenti, ma anche agli adulti emergenti, delle strategie efficaci di regolazione emotiva. È proprio l'adolescenza il periodo nel quale si deve imparare a utilizzare in maniera efficace questi meccanismi, coadiuvati dalle crescenti capacità cognitive che permettono di identificare e regolare meglio le emozioni (Lennarz et al., 2009).

Il modello di mediazione tra stress e impatto traumatico dell'evento presenta, invece, un quadro leggermente diverso. In questo caso, l'unico mediatore parziale continua a essere la capacità di regolare le proprie emozioni; tuttavia, è presente anche una forte relazione diretta tra lo stress esperito durante la pandemia e il trauma a essa associato. I due costrutti risultano infatti difficilmente scindibili. Va sottolineata anche l'alta variabilità nelle risposte fornite allo strumento IES-R, possibile limite da considerare nell'interpretazione di questi dati.

Il supporto sociale percepito e la resilienza dell'io, contrariamente a quanto ipotizzato, non hanno svolto alcuna azione di mediazione tra i costrutti presi in esame. Questo risultato può essere fonte di approfondimenti per ricerche successive. Alcune ipotesi in merito possono essere le seguenti: il costrutto di Ego Resiliency, anzitutto, è un costrutto complesso nella sua teorizzazione, solo recentemente è stato fatto corrispondere al significato che nel gergo comune si dà al termine "resilienza". Esso si riferisce alla capacità di un individuo di modificare dinamicamente un livello di controllo dell'io in base alla domanda e alle caratteristiche del contesto ambientale nel quale si è inseriti (Alessandri et al., 2007). Quella dell'Ego Resiliency è quindi una capacità dinamica e flessibile in risposta a eventi di vita stressanti, che ipotizzo possa non influenzare il benessere a lungo termine. Forse, risultati diversi del modello di mediazione sarebbero stati ottenuti analizzando la resilienza presente nel momento dell'emergenza pandemica. La resilienza, infatti, non è l'assenza di patologia, è un processo più articolato e dinamico di risposta e di recupero di fronte alle avversità contingenti (Mesman et al., 2021).

Per quanto riguarda il supporto sociale percepito, credo si possa ipotizzare un ragionamento analogo a quello appena fatto. Un dato risulta particolarmente utile in tal senso: maggiori livelli di supporto sociale percepito sono stati dichiarati da chi, nel questionario, ha riportato di aver avuto un parente malato di Covid-19 o di aver contratto in prima persona il virus. Ipotizzo, quindi, che anche la dimensione del supporto sociale percepito potesse più probabilmente svolgere un ruolo di mediazione

tra stress e benessere psicologico nella contingenza dell'emergenza pandemica, piuttosto che a più di un anno di distanza dalla sua fine.

Entrambi gli aspetti si prestano però a essere ulteriormente indagati e possono costituire un potenziale limite del presente studio.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca sono stati ottenuti dei risultati in linea con le aspettative attese: il genere ha influenzato la risposta fornita in tutte le scale utilizzate. Chi si identifica nel genere femminile ha pertanto riportato maggiori livelli di difficoltà di regolazione emotiva, stress e impatto traumatico dell'evento accompagnati a minori livelli di benessere psicologico, resilienza, autostima e supporto sociale percepito. Per contro, chi si identifica nel genere maschile ha riportato maggiore autostima, resilienza, supporto sociale percepito e benessere psicologico e minori livelli di stress, difficoltà di regolazione emotiva e impatto traumatico della pandemia.

L'età, invece, ha rappresentato un fattore influente solo nel caso del benessere psicologico e dell'impatto traumatico del Covid-19. Anche in questo caso, in linea con le ipotesi attese, la fascia di età tra i diciassette e i diciannove anni ha presentato maggiori livelli di ansia, depressione e impatto dell'evento, soprattutto rispetto alla fascia di età compresa tra i dodici e i sedici anni, probabilmente ancora più protetta all'interno del nucleo familiare durante la pandemia e, in media, con minore disagio derivante dalle tematiche adolescenziali rispetto ai diciassetenni e ai diciannovenni.

Infine, le variabili sociodemografiche analizzate hanno tutte presentato degli effetti di correlazione da piccoli a medi, seppur significativi.

L'aumento del tempo di utilizzo dei dispositivi elettronici è risultato essere associato a più stress e difficoltà di regolazione emotiva, così come a un maggiore impatto traumatico del Covid-19 e a un minore benessere psicologico. Tuttavia, l'84.4% del campione ha riferito che l'utilizzo dei dispositivi elettronici, in particolare dei social network, abbia favorito il contatto con i propri amici, un dato che si associa a maggiori livelli di supporto sociale percepito.

L'80% dei rispondenti ha interrotto l'attività fisica durante la pandemia e il 26.3% dichiara che prima della pandemia ne svolgeva di più, ma non va dimenticato il 33.5% del campione che dichiara di praticare più sport attualmente rispetto a prima dell'emergenza pandemica. Questo dato può essere influenzato da vari fattori, tra cui l'età e lo stesso impatto della pandemia sulle risposte individuali. Si presta, pertanto, a essere oggetto di ulteriori analisi. Coerentemente con quanto ipotizzato, però, più ore di attività fisica si associano a una migliore regolazione emotiva, a livelli più alti di autostima, resilienza e benessere, mentre correlano negativamente con lo stress percepito.

Il 58.6% del campione riferisce di dormire dalle sei alle sette ore a notte, preoccupa, invece, una percentuale del 13.1% che dichiara di dormire massimo cinque ore a notte. Il 38.8% del campione dorme meno ore rispetto a prima della pandemia, mentre un 14.7% dorme di più attualmente. In questi

risultati possiamo leggere un'influenza negativa della pandemia sul sonno, ma anche la possibilità che la pandemia abbia permesso a una percentuale di adolescenti di sviluppare un rapporto fisiologico con le proprie abitudini di sonno (Bruni et al., 2022). Il 69.3% del campione, infatti, non fatica ad addormentarsi, mentre il 30.7%, sì. Quest'ultima percentuale di rispondenti mostra le correlazioni più elevate riscontrate all'interno di questa analisi: chi dichiara difficoltà nell'addormentamento presenta forti difficoltà nella regolazione emotiva e un forte impatto traumatico della pandemia di Covid-19 e allo stesso tempo, presenta bassi livelli di benessere psicologico, più stress e una minore autostima. Questi dati, purtroppo, sono in linea con la letteratura, e, ancora una volta, impongono di prestare attenzione al benessere psicologico delle più giovani generazioni e, alle abitudini del sonno, fattore centrale in un sano sviluppo (Tarokh et al., 2016).

Il reddito familiare, cambiato nel 38.6% del campione dopo la pandemia, qualora sia mutato correla con maggiori livelli di stress e impatto traumatico dell'evento, così come con un minore benessere.

Il decesso di un familiare a causa del Covid-19, eventualità occorsa nel 13.9% del campione, è risultato a sua volta associato a maggiori livelli di stress, impatto della pandemia e minore capacità di regolare efficacemente le proprie emozioni.

Infine, il 65.3% dei rispondenti ha dichiarato che l'emergenza pandemica ha permesso loro di porre maggiore attenzione alla propria salute mentale. Tale risultato conclusivo nasconde, però, un lato di maggiore sofferenza. L'aumento dell'attenzione per la salute mentale sembra essere stato maturato a proprie spese: esso si associa ad alti livelli nelle risposte di stress e impatto traumatico della pandemia, a maggiori livelli di resilienza e a minori livelli di regolazione delle emozioni, così come a un minore benessere psicologico.

Il quadro che emerge da tali risultati è chiaro ed è in linea con le evidenze riportate dalla letteratura. Queste pagine si propongono di contribuire all'investimento di attenzioni e risorse sulla salute mentale di adolescenti e adulti emergenti, anche anni dopo la fine dell'emergenza pandemica.

Questo, con la consapevolezza che le peculiarità di questi periodi di sviluppo li rendono momenti critici per l'insorgenza di psicopatologie, ma anche ricchi di risorse da promuovere, come nel caso dell'autostima e della capacità di regolazione emotiva.

Infine, sottolineo alcuni limiti del presente lavoro di ricerca, che impongono cautela nel generalizzare i risultati riportati e le conclusioni esposte.

L'utilizzo di strumenti self-report può considerarsi un limite, in quanto le risposte fornite possono essere state distorte a causa della desiderabilità sociale. Inoltre, il campione di ricerca, che ha scelto autonomamente di partecipare a questo studio, può considerarsi non totalmente rappresentativo e costituito da rispondenti particolarmente motivati e sensibili alle tematiche trattate all'interno di questa ricerca. I tre gruppi di età selezionati non sono stati equamente bilanciati: la fascia di età tra i

diciassette e i diciannove anni infatti costituisce quasi la metà dell'intero campione. Infine, come ipotizzato nel corso delle pagine precedenti, alcuni strumenti (MSPSS, ER89-R) sono risultati essere non adeguati nel cogliere i costrutti indagati a più di un anno di distanza dal termine della pandemia di Covid-19. È auspicabile che ricerche future approfondiscano questo ambito di studio con maggiore accuratezza e facendo uso di disegni longitudinali.

CONCLUSIONI

Nel corso di queste pagine mi sono proposto di analizzare lo stato di benessere di adolescenti e adulti emergenti a più di un anno di distanza dal termine dell'emergenza posta in essere dalla pandemia di Covid-19.

Questa tesi evidenzia la complessità e la sovrapposizione delle strade che ci hanno portato fino a questa analisi. Le pandemie sono, infatti, fenomeni con cui l'umanità ha sempre avuto a che fare; la risposta nei loro confronti ha creato un patrimonio di consuetudini che si sono tramandate in occidente fino allo scoppio della pandemia di Coronavirus nel 2019.

La pandemia che abbiamo attraversato non sarà l'ultima che gli esseri umani si troveranno ad affrontare. Quanto vissuto nel recente passato ha per la prima volta palesato la possibilità di una rapida globalizzazione delle malattie. Il rischio, però, è che focalizzati sulle contingenze del presente ci dimentichiamo di quanto appena accaduto, o forse, facciamo finta di non vederlo.

Questa ricerca ha reso evidente come la pandemia ora in atto sia un'altra, dagli effetti meno eclatanti, più subdola: quella del malessere mentale.

L'Italia si è riscoperta unita e fragile durante gli anni dei lockdown e dei bollettini della Protezione Civile, ma, una volta finita l'emergenza, le differenze sociali, economiche e culturali sono tornate a pesare nell'influenzare la vita e la salute mentale delle persone, così come la loro possibilità di riconoscere la propria sofferenza.

Ancora una volta, sono i più giovani a gridare a gran voce che qualcosa si è rotto, che l'ansia e la depressione sono ormai compagne di un'adolescenza già piena di per sé di sfide e compiti di sviluppo. La pandemia di Covid-19 ci deve allora insegnare che le risposte delle nazioni alle emergenze hanno un impatto nel determinare a lungo termine gli esiti di salute mentale delle più giovani generazioni. Ci deve insegnare che culture di stampo collettivista, con una maggiore fiducia nel potere, un orientamento a lungo termine e una maggiore tolleranza dell'incertezza possono favorire esiti migliori nel fronteggiare le emergenze.

La pandemia di Covid-19 ci insegna che la prevenzione costituisce un approccio fondamentale e vincente per creare politiche di risposta futuribili all'interno dell'odierna società. Quanto sta accadendo ora, invece, è una rincorsa affidata alle singole persone per cercare di recuperare il proprio benessere psicologico.

Questa tesi ha offerto un'analisi parziale, ma importante, di alcuni fattori che mediano la relazione tra lo stress provato durante la pandemia e l'attuale salute psicologica, fattori con i quali ci si può alleare in un'ottica preventiva.

Infatti, se al disagio contingente bisogna offrire una risposta rapida e puntuale, di tipo clinico e sociale, l'autostima e la capacità di regolazione emotiva sono aspetti del funzionamento emotivo individuale che devono essere promossi in un'ottica preventiva. Questi risultano mediare la relazione tra stress e ansia e depressione, così come la relazione tra stress e impatto dell'evento traumatico.

Lo sport, le corrette abitudini di sonno e il contatto con gli amici sono risultati essere fattori di mediazione altrettanto importanti nel determinare, dal basso, la capacità di regolare le proprie emozioni, il benessere psicologico e l'autostima.

Non dobbiamo dimenticarci che l'adolescenza e l'adulthood emergente sono due periodi tanto critici quanto importanti per lo sviluppo di una persona e con le peculiarità di questi periodi ci si può alleare per costruire un futuro migliore.

BIBLIOGRAFIA

- Adorjan K., Stubbe H. C. (2023). *Insight into the long-term psychological impacts of the COVID-19 pandemic*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Volume 273. pp. 287–288. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-023-01599-6> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Alessandri G., Vecchio G. M., Steca P., Caprara M. G., Caprara G. V. (2007). *A revised version of Kremen and Block's Ego Resiliency Scale in an Italian sample*. TPM. Volume 14, 3-4, pp. 165-183. Consultato da: <https://www.tpmap.org/wp-content/uploads/2014/11/14.3.4.pdf> (ultima consultazione: 12 settembre 2023).
- Anzolin E., Amante a. (2020). *First italian dies of coronavirus ad outbreak flares in north*. Reuters. Consultato da: <https://www.reuters.com/article/us-china-health-italy/coronavirus-outbreak-grows-in-northern-italy-16-cases-reported-in-one-day-idUSKBN20F0UI> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Arain M., Haque M., Johal L., Mathur P., Nel W., Rais A., Sandhu R., Sharma S. (2013). *Maturation of the adolescent brain*. Neuropsychiatric Disease and Treatment. Consultato da: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/NDT.S39776> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Ariani F., Levi M., Miglietta A., Vivani P., Nisticò F., Innocenti F., Profili F., Voller F. (2020). *COVID-19, le strategie attuate nel mondo per fronteggiare l'emergenza*. AUSL Toscana e ARS Toscana. Consultato da: <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4273-nuovo-coronavirus-covid-19-strategie-nel-mondo-per-fronteggiare-emergenza.html> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Arnett J. J. (2007). *Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?*. Child Development Perspectives. Volume 1, pp.68-73. Consultato da: <https://sred.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Arnett J. J., Žukauskienė R., Sugimura K. (2014). *The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health*. The Lancet. Volume 1. Consultato da: <http://jeffreymarnett.com/Arnett%20new%20website/Articles/AZK.LANCET.2014.pdf> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).

- Bartlett J. G. (2014). *An epidemic of epidemics*. Medscape Psychiatry. Consultato da: <https://www.medscape.com/viewarticle/821073> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Bassan V., Salvioli L., Biagio S. (2021). *Cose che noi umani*. Lab24 IISole24Ore. Consultato da: https://lab24.ilsole24ore.com/storia-coronavirus/?refresh_ce=1 (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Best O., Ban S. (2021). *Adolescence: physical changes and neurological development*. British Journal of Nursing, Volume 30, No 5. Consultato da: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.2021.30.5.272> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Bracchi M., Dalla Pria A. (2021). *Pandemia da COVID-19 in Italia e Inghilterra: due gestioni a confronto*. ReAdfiles, 3. Consultato da: https://www.readfiles.it/pages/Archivio/ReAd_files/Pandemia-da-COVID-19-in-Italia-e-Inghilterra-due-gestioni-a-confronto-idA70 (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Brown B. B., Larson J. (2009). *Peer Relationships in Adolescence*. Handbook of adolescent psychology. Capitolo 3. Consultato da: <https://prsg.wiscweb.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/1209/2019/09/Brown-Larson-09-Peer-relas-in-adol-Hndbk-Adol-Psych-3rd-ed.pdf> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Bruni O., Malorgio E., Doria M., Finotti E., Spruyt K., Melegari M. G., Villa M. P., Ferri R. (2022). Changes in sleep patterns and disturbances in children and adolescents in Italy during the Covid-19 outbreak. *Sleep Medicine*. Volume 91, pp. 166-174. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945721000940> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Brusselaers N., Steadson D., Bjorklund K., Breland S., Sörensen J. S., Ewing A., Bergmann S., Steineck G. (2022). *Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden*. Humanities and Social Sciences Communications. Volume 9, 91. Consultato da: <https://www.nature.com/articles/s41599-022-01097-5> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Byeon H. (2022). *Prediction of adolescent suicidal ideation after the COVID-19 pandemic: A nationwide survey of a representative sample of Korea*. *Frontiers Pediatrics*. Volume 10. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.951439/full> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Canty-Mitchell J., Zimet G. D. (2000). *Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents*. *American Journal of Community Psychology*. Volume 28, 3. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10945123/> (ultima consultazione: 12 settembre 2023).

- Carparo G., Faraci P., Rotondo G., Gori A. (2013). *The impact of event scale – revised: psychometric properties of the italian version in a sample of flood victims*. Neuropsychiatric Disease and Treatment. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24092980/> (ultima consultazione: 12 settembre 2023).
- Chadi N., Castellanos Ryan N., Geoffroy M. C. (2022). *COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies*. Canadian Journal of Public Health. 113. pp. 44-52. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-021-00567-8> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Cherry J. D., Krogstad P. (2004). *SARS: The First Pandemic of the 21st Century*. Pediatric Research. Volume 56, 1. Consultato da: <https://www.nature.com/articles/pr2004163> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Cherry J. D. (2004). *The chronology of the 2002–2003 SARS mini pandemic*. Paediatric Respiratory Reviews. pp. 262–269. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106085/> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Choudhury S., Blakemore S. J., Charman T. (2006). *Social cognitive development during adolescence*. Social Cognitive and Affective Neuroscience. Volume 1(3), pp. 165-174. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2555426/> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Cooper K., Hards E., Moltrecht B., Reynolds S., Shum A., McElroy E., Loades M. (2021). *Loneliness, social relationships, and mental health in adolescents during the COVID-19 pandemic*. Journal of Affective Disorders. Volume 289, pp. 98-104. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721003402> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- D’Auria F., Massariolo A. (2023). *La pandemia ha raddoppiato la prevalenza dei disturbi mentali tra i giovani nei paesi UE*. IIBoLive, Università di Padova. Consultato da: <https://ilbolive.unipd.it/it/news/pandemia-ha-raddoppiato-prevalenza-disturbi> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- De Carli S. (2022). *Adolescenti: il grande disinganno*. Minotauro, Cultura e Società. Consultato da: <https://www.minotauro.it/adolescenti-il-grande-disinganno/> (ultima consultazione: 5 agosto 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (31 gennaio 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).

- Decreto del Consiglio dei Ministri. (7 ottobre 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/07/20G00144/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (4 marzo 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/04/20A01475/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (9 marzo 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20A01558/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (22 marzo 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/22/20A01807/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (26 aprile 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (18 maggio 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/18/20A02727/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (11 giugno 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/06/11/20A03194/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (19 ottobre 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/14/21A07264/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (3 novembre 2020). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/11/04/20A06109/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (14 gennaio 2021). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/14/21G00002/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (22 aprile 2021). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/22/21G00064/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).

- Decreto del Consiglio dei Ministri. (6 agosto 2021). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/08/06/21G00125/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (1 aprile 2022). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/24/22G00034/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Decreto del Consiglio dei Ministri. (1 maggio 2022). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/30/22A02726/sg> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Degner A. J. (2006). *The Definition of Adolescence: One Term Fails to Adequately Define This Diverse Time Period*. CHARIS: A Journal of Lutheran Scholarship. Consultato da: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=1650e7b067eb70361e1683043d903636765e9943> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- De Moor E. L., Hutteman R., Korrelboom K., Laceulle O. M. (2019). *Liking Stressful Experiences and Psychological Problems: The Role of Self-Esteem*. Social Psychological and Personality Science. Volume 10. pp. 914-923. Consultato da: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1948550618795167> (ultima consultazione 22 settembre 2023).
- Dobrin De Grace R., Carvalho D., Courtney D. B., Aitken M. (2023). *Suicidal behaviour and ideation among adolescents during the COVID-19 pandemic*. Current Opinion in Psychology. Volume 52. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X23000957> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Eiland L., Romeo R. D. (2013). *Stress and the Developing Adolescent Brain*. Neuroscience. Volume 249, pp. 162-171. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601560/> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Frieden T. R., Damon I., Bell B. P., Kenyon T., Nichol S. (2014). *Ebola 2014. New challenges, new global response and responsibility*. The New England journal of medicine. 371, 13. pp.1177-1180. Consultato da: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1409903> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Gensini G., Yacoub M. H., Conti A. A. (2004). *The concept of quarantine in history: from plague to SARS*. Journal of Infection. Volume 49. pp. 257-261. Consultato da:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445304000544> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Gessen M. (2020). *What Lessons Does the AIDS Crisis Offer for the Coronavirus*. New Yorker. Consultato da: <https://www.newyorker.com/news/our-columnists/what-lessons-does-the-aids-crisis-offer-for-the-coronavirus-pandemic> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
 - Glatter K. A., Finkelman P. (2021). *History of the Plague: An Ancient Pandemic for the Age of COVID-19*. The American Journal of Medicine. Volume 134. pp. 176-18. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934320307920> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
 - Gnambs T., Scharl A., Schroeders U. (2018). *The structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale*. Hotspots in Psychology. Volume 226, 1. Consultato da: https://www.researchgate.net/profile/Timo-Gnambs/publication/320953275_The_Structure_of_the_Rosenberg_Self-Esteem_Scale_A_Cross-Cultural_Meta-Analysis/links/5a0d5a104585153829b1b965/The-Structure-of-the-Rosenberg-Self-Esteem-Scale-A-Cross-Cultural-Meta-Analysis.pdf (ultima consultazione: 12 settembre 2023).
 - Golberstein E., Wen H., Miller B. F. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents*. JAMA Pediatric. 174(9). pp. 819-820. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32286618/> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
 - Grant D. M. (2013). *Anxiety in Adolescence*. Handbook of Adolescent Health. Consultato da: https://www.researchgate.net/profile/Demond-Grant/publication/236851377_Anxiety_in_Adolescence/links/545e7e080cf27487b44f0be4/Anxiety-in-Adolescence.pdf (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
 - Greene W. C. (2007). *A history of AIDS: Looking back to see ahead*. European Journal of Immunology. 37. Consultato da: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/eji.200737441> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
 - Grey I., Arora T., Thomas J., Saneh A., Tohme P., Abi-Habib R. (2020). *The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic*. Psychiatry Research. Volume 293. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120331139> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Griffin A. (2017). *Adolescent Neurological Development and Implications for Health and Well-Being*. MDPI Healthcare. Volume 5, 62. Consultato da: <https://www.mdpi.com/2227-9032/5/4/62> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Grossi E., Compare A. (2012). *Psychological General Well Being Index*. Quality of life Encyclopedia, Editors: Alex Michalos. pp. 5152-5156. Consultato da: https://www.researchgate.net/publication/308793384_Psychological_General_Wellbeing_Index (ultima consultazione: 12 settembre 2023).
- Hallion L. S., Steinman S. A., Tolin D. F., Diefenbach G. J. (2018). *Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders*. *Frontiers in Psychology*. Volume 9, 539. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29725312/> (ultima consultazione: 12 settembre 2023).
- Hayden E. C. (2014). *The Ebola Questions*. *Nature*. 514, 7524. pp. 554-557. Consultato da: <https://www.nature.com/articles/514554a> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Ho H. K. (2020). *COVID-19 Pandemic Management Strategies and Outcomes in East Asia and the Western World: The Scientific State, Democratic Ideology, and Social Behavior*. *Frontiers in Sociology*. Volume 5, 575588. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2020.575588/full> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Ikiz F. E., Cakar F. (2010). *Perceived social support and self-esteem in adolescence*. *Procedia – Social and Behavioral Science*. Volume 5. Pp. 2338-2342. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810018343> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Ippolito G., Girardi E., Pulcinelli C. (2015). *Pandemie*. *Enciclopedia Italiana Treccani*, IX. Consultato da: https://www.treccani.it/enciclopedia/pandemie_%28Enciclopedia-Italiana%29/ (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- IRES Emilia-Romagna, Alta Scuola SPI-CGIL. (2022). *Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della Pandemia*. Consultato da: <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2022/11/chiedimicomesto-1.pdf> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Istituto Superiore di Sanità (2023). *Comunicato Stampa N°08/2023 - Gli adolescenti italiani dopo la pandemia nella fotografia dell'ISS*. Consultato da: <https://www.iss.it/-/comunicato-stampa-n°08/2023-gli-adolescenti-italiani-dopo-la-pandemia-nella-fotografia-dell-iss-1-giovane-su-2-ha-dichiarato-un-effetto-positivo-nei-rapporti-famigliari-ma-2-su-5-ne-hanno-riconosciuto-gli-effetti-negativi-sulla-salute-mentale> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Khalifa S. A. M., Mohamed B. S., Elashal M. H., Du M., Guo Z., Zhao C., Musharraf S. G., Boskabady M. H., El-Sheedi H. H. R., Efferth T., El-Seedi H. R. (2020). *Comprehensive Overview on Multiple Strategies Fighting COVID-19*. International Journal of Environmental Research and Public Health. Consultato da: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5813> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Lennarz H. K., Hollenstein T., Lichtwarck-Aschoff A., Kuntsche E., Granic I. (2019). *Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives*. International Journal of Behavioral Development. Volume 43. pp. 1-11. Consultato da: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0165025418755540> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Liu R., Chen X., Qi H., Feng Y., Su Z., Cheung T., Jackson T., Lei H., Zhang L., Xiang Y-T. (2022). *Network analysis of depressive and anxiety symptoms in adolescents during and after the COVID-19 outbreak peak*. Journal of Affective Disorders. Volume 301. pp. 463-471. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721014531> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Lloyd D. Restubog S., Carmella G. Ocampo a., Wang L. (2020). *Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic*. Journal of Vocational Behavior. Volume 119. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879120300658> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Longo R., Penasso M. (2023). *Emergenza salute mentale: in Italia un adolescente al giorno tenta il suicidio*. DORS Piemonte. Consultato da: <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3964> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Ludwig-Walz H., Dannheim I., Pfadenhauer L. M., Fegert J. M., Bujard M. (2022). *Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 109. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-022-00546-y> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Ma L., Mazidi M., Li K., Li Y., Chen S., Kirwan R., Zhou H., Yan N., Rahman A., Wang W., Wang Y. (2021). *Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders. 293. pp. 78-89. Consultato da: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/covidnov/6.pdf> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Madiagan S., Korczak D. J., Vaillancourt T., Racine N., Hopkins W. G., Pador P., Hewitt J. M. A., Al Mousawi B., McDonald S., Neville R. D. (2023). *Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Psychiatry. Volume 10. Cap. 5. pp. 342-351. Consultato da: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(23\)00036-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(23)00036-6/fulltext) (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Maftai A., Merlici J. A., Danila O. (2023). Social media use as a coping mechanism during the COVID-19 pandemic: A multidimensional perspective on adolescents' well-being. *Frontiers in Public Health*. Volume 10. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1062688/full> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Matsumoto N., Kadowaki T., Takanaga S., Shigeyasu Y., Okada A., Yorifuji T. (2023). *Longitudinal impact of the COVID-19 pandemic on the development of mental disorders in preadolescents and adolescents*. BMC Public Health. 23. pp. 1308. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-16228-z> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Maughan B., Collishaw S., Stringaris A. (2013). *Depression in Childhood and Adolescence*. *Journal of the Canadian Academy of Childhood and Adolescent Psychiatry*. 22:1. Pp. 35-40. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Mawar N., Sahay S., Pandit A., Mahajan U. (2004). *The third phase of HIV pandemic: Social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs*. *Indian Journal of Medical Research*. Consultato da: https://www.researchgate.net/profile/Seema-Sahay-2/publication/7260092_The_third_phase_of_HIV_pandemic_Social_consequences_of_HIV_AIDS_stigma_discrimination_future_needs/links/00b7d524264f6ed415000000/The-third-phase-of-HIV-pandemic-Social-consequences-of-HIV-AIDS-stigma-discrimination-future-needs.pdf (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Mead M. (2017). *L'adolescenza in Samoa*. Firenze: Giunti Psychometrics S.r.l.
- Mesman E., Vreeker A., Hillegers M. (2021). *Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions*. *Current Opinion in Psychiatry*. 34(6). pp. 586-592. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500371/> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Moksne U. K., Reidunsdatter J. R. (2019). *Self-esteem and mental health in adolescents – level and stability during a school year*. Norsk Epidemiologi. 28 (1-2). pp. 59-67. Consultato da: <https://pdfs.semanticscholar.org/793d/2f6be3e147caacb48126772188ad3895850e.pdf> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Nair N., Selvaraj P., Nambudiri R. (2022). *Culture and COVID-19: Impact of Cross-Cultural Dimensions on Behavioral Responses*. Encyclopedia. Volume 2. Consultato da: <https://www.mdpi.com/2673-8392/2/3/81> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- OCSE. (2020). *Health at a Glance: Europe*. Consultato da: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/85e4b6a1-en/index.html?itemId=/content/component/85e4b6a1-en> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- OCSE. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022. State of health in the EU cycle*. Consultato da: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1681840914&id=id&accname=guest&checksum=97269D32AF22AC3C7F4E88B4760074F2> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Palmonari A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Panchal U., Salazar de Pablo G., Franco M., Moreno C., Parellada M., Arango C., Fusar-Poli P. (2021). *The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review*. European Child & Adolescent Psychiatry. 32. pp. 1151-1177. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01856-w> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Parisi L. (2023). *La cronologia dell'emergenza Covid in Italia, Tre anni sull'ottovolante tra restrizioni e lockdown*. ANSA. Consultato da: https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/05/05/la-cronologia-dellemergenza-covid-in-italia_5a9a9be2-7b79-432e-be2d-2d8903cc11c9.html (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Paterlini M. (2020). *Covid-19: l'esperienza della Svezia*. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia. Consultato da: https://www.ordinemedici.brescia.it/pagina3685_covid-19-lesperienza-della-svezia.html (ultima consultazione 5 luglio 2023).
- Petruzzelli M. G., Furente F., Colacicco G., Anecchini F., Margari A., Gabellone A., Margari L., Matera E. (2022). *Implication of COVID-19 Pandemic on Adolescent Mental Health: An Analysis of the Psychiatric Counseling from the Emergency Room of an Italian University Hospital in the Years 2019–2021*. Journal of Clinical Medicine. Consultato da: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/20/6177> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Pulcinelli C. (2020). *Spagnola vs Covid: trova le differenze*. IlBoLive. Consultato da: <https://ilbolive.unipd.it/it/news/spagnola-vs-covid-trova-differenze> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- QN Resto del Carlino (29 marzo 2023). *Liceo Copernico Bologna occupato: “La scuola è una gabbia”*. Consultato da: <https://www.ilrestodelcarlino.it/bologna/cronaca/liceo-copernico-occupato-diretta-ns3c9nmq> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Rai News. (2023). *Ansia e depressione diffuse: gli italiani fanno crescere il fatturato degli psicologi*. Redazioni Tgr Rai 2 gennaio 2023. Consultato da: <https://www.rainews.it/articoli/2023/01/ansia-e-depressione-diffuse-cresce-il-ricorso-al-supporto-psicologico-degli-italiani-82e840ca-f1d1-4bb6-abbd-0e91be5a5976.html> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Raoult D., Mouffok N., Bitam I., Piarroux R., Drancourt M. (2013). *Plague: History and contemporary analysis*. Journal of Infections. Volume 66. pp. 18-26. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445312002770> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Rossi A., Panzeri A., Pietrabissa G., Manzoni G. M., Castelnuovo G., Mannarini S. (2020). *The Anxiety-Buffer Hypothesis in the Time of COVID-19: When Self-Esteem Protects From the Impact of Loneliness and Fear on Anxiety and Depression*. Frontiers in Psychology. Volume 11. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02177/full> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Sawyer S. M., Azzopardi P. S., Wickremarathne D., Patton G. C. (2018). *The age of adolescence*. Lancet Child Adolescent Health. Consultato da: https://www.why.org.au/sites/default/files/2019-11/2018Sawyer_Age_of_AdolescenceFINAL.pdf (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Shapiro S. L. A., Margolin G. (2014). *Growing Up Wired: Social Networking Sites and Adolescent Psychosocial Development*. Clinical Child and Family Psychology Review. Volume 17, pp. 1-18. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-013-0135-1> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Shi W., Zhao L., Liu M., Hong B., Jiang L., Jia P. (2022). *Resilience and mental health: A longitudinal cohort study of Chinese adolescents before and during COVID-19*. Frontiers in Psychiatry. Volume 13. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.948036/full> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Shoshani A. (2023). *Longitudinal changes in children's and adolescents' mental health and well-being and associated protective factors during the COVID-19 pandemic*. APA PsycArticles. Consultato da: <https://psycnet.apa.org/record/2023-93150-001> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Siddiqui S., Alhamdi H. W. S., Alghamdi H. A. (2022). *Recent Chronology of COVID-19 Pandemic*. Front Public Health. Consultato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114873/> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Sighinolfi C., Norcini Pala A., Chiri L. R., Marchetti I., Sica C. (2010). *Difficulties in emotion regulation scale (DERS): the italian translation and adaptation*. Psicoterapia Cognitiva Comportamentale. Volume 16. pp. 141-170. Consultato da: <https://biblio.ugent.be/publication/1148235> (ultima consultazione 22 Settembre 2023).
- Simonsen L., Spreeuwenberg P., Lustig R., Taylor R. J., Flemig D. M., Kroneman M., Van Kerkhove M. D., Mounts A. W., Paget W. J. (2013). *Global mortality estimates for the 2009 influenza pandemic from the GLaMOR project: a modeling study*, PLoS medicine. 10, 11. Consultato da: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001558> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- SPI-CGIL. (18 maggio 2022). *Studenti, è crisi post Covid. Disagio psicologico per 9 su 10*. Consultato da: <https://spi.cgil.it/blog/studenti-e-crisi-post-covid-disagio-psicologico-per-9-su-10> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Tarokh L., Saletin J. M., Carskadon M. A. (2016). *Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. Volume 70, pp. 182-188. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763416302664> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Taubenberger J. K., Morens D. M. (2006). *1918 Influenza: The mother of all pandemics*. Rev. Biomed. 17:69-79. Consultato da: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio061i.pdf> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- UNAIDS. (2014). *The gap report*. Consultato da: https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- UNAIDS. (2021). *The gap report*. Consultato da: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf (ultima consultazione: 5 luglio 2023).

- Vall-Roqué H., Andrés A., Saldaña C. (2021). *The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among adolescent and young women*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. Volume 110. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027858462100052X> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Varlik N. (2020). *Rethinking the history of plague in the time of COVID19*. Rutgers University Libraries. 62. pp. 285-293. Consultato da: https://scholarship.libraries.rutgers.edu/esploro/outputs/991031715875704646/filesAndLinks?institution=01RUT_INST&index=null (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Verdolini N., Amoretti S., Montejo L., Garcia-Rizo C., Hogg B., Mezquida G., Rebelo da Ponte F. D., Vallespir C., Radua J., Martinez Aran A., Pacchirotti I., Rosa A. R., Bernardo M., Vieta E., Torrent C., Solé B. (2021). *Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic*. Journal of Affective Disorders. Volume 283. pp. 156-164. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721000720> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).
- Voelker D. K., Reel J. J., Greenleaf C. (2015). *Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives*. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. Volume 6, pp. 149-158. Consultato da: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/AHMT.S68344?needAccess=true&role=button> (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Yang Y., Peng F., Wang R., Guan K., Jiang T., Xu G., Sun J., Chang C. (2020). *The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China*. Journal of autoimmunity. Volume 109. Consultato da: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841120300470> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Walters M. K. (2020). *What the HIV/AIDS Pandemic Can Teach Us About COVID-19*. Think Global Health. Consultato da: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/what-hivaids-pandemic-can-teach-us-about-covid-19> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- Wang S., Chen L., Ran H., Che Y., Fang D., Sun H., Peng J., Liang X., Xiao Y. (2022). *Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis*. Frontiers in Psychiatry. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.917552/full> (ultima consultazione: 26 agosto 2023).

- Webster P. (2021). *COVID-19 timeline events*. Nature Medicine. Volume 27. pp. 2054-2055. Consultato da: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01618-w> (ultima consultazione: 5 luglio 2023).
- World Health Organization. (2023). *Adolescent Health*. Consultato da: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 (ultima consultazione: 3 agosto 2023).
- Zurlo M. C., Cattaneo Della Volta M. F., Vallone F. (2020). *COVID-19 Student Stress Questionnaire: Development and Validation of a Questionnaire to Evaluate Students' Stressors Related to the Coronavirus Pandemic Lockdown*. Frontiers in Psychology. Volume 11, 576758. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.576758/full> (ultima consultazione: 12 settembre 2023).