



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

**Impatto della pandemia da COVID19, intelligenza emotiva
e coping: confronto tra adolescenti con malattia
oncoematologica e coetanei**

**Impact of the COVID19 pandemic, emotional intelligence and coping:
comparison between adolescents with oncohaematological disease and peers**

Relatrice
Prof.ssa Marta Tremolada

Laureanda: Arianna Dall'Olio
Matricola: 2019018

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

Introduzione.....	1
1. La qualità di vita negli adolescenti e l’impatto della pandemia da COVID19	3
1.1 La qualità di vita	3
1.2 La qualità di vita associata allo stato di salute.....	6
1.3 L’impatto del COVID19 sulla vita degli adolescenti	8
2. La malattia oncologica in età adolescenziale.....	14
2.1 I compiti di sviluppo psicosociale in adolescenza e l’evento della malattia oncologica.....	14
2.2 Le malattie oncologiche più diffuse in età adolescenziale	18
2.3 La comunicazione della diagnosi e l’esperienza dell’ospedalizzazione.....	22
2.4 L’importanza della rete di supporto sociale.....	26
3. Costrutti chiave dello sviluppo psicosociale in adolescenza	30
3.1 L’intelligenza emotiva	31
3.2 Il coping	37
4. Il progetto di ricerca.....	42
4.1 Introduzione e obiettivi del progetto.....	42
4.2 Le domande di ricerca.....	43
4.3 Il metodo	47
4.3.1 I partecipanti	47
4.3.2 Gli strumenti	50
4.3.3 La procedura	55
4.3.4 Piano delle analisi statistiche	56
4.4 I risultati.....	56
5. Discussione	71

5.1 Limiti e punti di forza del progetto80

Bibliografia..... I

SitografiaXX

Introduzione

Secondo i dati più recenti, in Italia il tasso di sopravvivenza in seguito alla diagnosi di una malattia oncologica è in aumento, nonostante il cancro rappresenti ancora oggi la seconda forma di malattia cronica più diffusa al mondo (AIOM¹-AIRTUM², 2021; WHO³, 2022). Il sopraggiungere di un tumore in giovane età costituisce un evento dirompente in grado di mettere a rischio il delicato equilibrio psicofisico che caratterizza il periodo adolescenziale e le successive traiettorie evolutive. Per questa ragione, garantire la migliore qualità di vita e preservare il benessere psicologico degli adolescenti è un obiettivo prioritario insieme alla cura della loro salute fisica.

Alla luce di queste premesse, il presente progetto di ricerca si prefigge lo scopo di indagare la relazione tra la qualità di vita, l'intelligenza emotiva, le strategie di coping e l'impatto della pandemia da COVID19 in un gruppo di adolescenti afferenti all'Oncoematologia Pediatrica di Padova. L'obiettivo, oltre che meramente conoscitivo, è anche diretto a comprendere i bisogni specifici di questa fascia di popolazione per poter progettare interventi di supporto e potenziamento efficaci.

L'elaborato in questione è stato suddiviso in due parti principali. La prima è costituita da un approfondimento bibliografico sui temi trattati e prende in esame lo stato della ricerca sulla qualità di vita, l'intelligenza emotiva e il coping negli adolescenti malati di tumore. Nella seconda parte si espone il progetto di ricerca realizzato elucidando i risultati emersi.

¹ Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM)

² Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

³ World Health Organization (WHO)

In particolare, il primo capitolo affronta la nascita e la diffusione del costrutto di qualità di vita e la sua declinazione nel contesto della salute fisica e psicologica. Inoltre, si sofferma sugli effetti della pandemia da COVID19 riscontrati sugli adolescenti, la fascia di popolazione che più ha risentito dei suoi stressor secondari.

Nel secondo capitolo si descrivono i compiti di sviluppo dell'età adolescenziale e l'evento della malattia in questa fase evolutiva di per sé complessa in quanto caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, psicologici e sociali. Si riportano, inoltre, dati sulla diffusione delle malattie oncologiche in adolescenza e le sue conseguenze sul piano psicologico e sociale.

Il terzo capitolo si concentra su due costrutti specifici in quanto ritenuti fondamentali come risorse psicologiche per far fronte agli stressor: l'intelligenza emotiva e il coping.

Nel quarto capitolo viene presentato il progetto di ricerca portato a termine nella Clinica di Oncoematologia Pediatrica di Padova in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (Università degli Studi di Padova); si descrivono le ipotesi, il metodo e i risultati analizzati.

Infine, nel quinto e ultimo capitolo si discute quanto emerso evidenziando i limiti e i punti di forza dello studio e le implicazioni per la ricerca futura.

1. La qualità di vita negli adolescenti e l'impatto della pandemia da COVID19

1.1 La qualità di vita

L'Organizzazione mondiale della salute (OMS) definisce la qualità di vita come la "percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, abitudini e preoccupazioni" (WHOQOL Group⁴, 1995, p. 1405). La qualità di vita, quindi, è la valutazione globale della posizione di una persona in diversi domini della sua esistenza, tra cui le relazioni interpersonali, il lavoro, la situazione economica, la salute e il tempo libero. In questo processo esercitano un'influenza anche caratteristiche individuali come la percezione di controllo, l'autostima, lo stile cognitivo e il bilancio degli eventi di vita positivi e negativi (Jones & Drummond, 2021).

Misurare la qualità di vita è fondamentale per aumentare l'efficacia di qualsiasi intervento che mira al miglioramento del benessere della persona (Jones & Drummond, 2021).

Tale costrutto proviene dal campo delle scienze sociali dove fu utilizzato per la prima volta negli anni '20 in riferimento all'impatto delle politiche di supporto messe in atto dal governo sulle vite delle persone e sulle finanze dello Stato (Wood-Dauphinee, 1999).

Dall'ambito socio-economico, negli anni '60 si diffuse anche nel settore medico per indicare il divario tra il livello di funzionamento del paziente al momento della valutazione e quello ideale (Cella, 1994). Nel corso del tempo l'evoluzione della medicina ha permesso la diminuzione del tasso di mortalità associato a determinate condizioni e procedure mediche; dunque, è diventato necessario disporre di indicatori per valutare la

⁴ World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)

qualità di vita a livello globale rispetto all'utilizzo della riuscita del trattamento come unico indice di successo nella cura del paziente (Karimi & Brazier, 2016).

Oggi si è raggiunto un consenso piuttosto diffuso nel considerare la qualità di vita un concetto multidimensionale che comprende la valutazione di diverse aree, uguali per tutte le persone. Inoltre, la sua misurazione è influenzata da fattori oggettivi, soggettivi e dalla specifica interazione tra questi (Cummins, 2005).

L'individuo, infatti, deve essere inteso all'interno di una prospettiva ecologica: le persone sono dotate sì di caratteristiche psicologiche, fisiche e biologiche, ma sono inserite all'interno di un contesto più ampio che si articola su vari livelli. Le caratteristiche personali e dell'ambiente circostante si influenzano bidirezionalmente. Secondo la Teoria ecologica sullo sviluppo umano di Bronfenbrenner partendo da una dimensione più prossima all'individuo si distinguono quattro tipologie di contesti (Bronfenbrenner, 1977). Il microsistema è composto da vari ambienti quali la famiglia, la scuola e il gruppo dei pari, in cui si sviluppa la vita quotidiana dell'individuo e all'interno dei quali egli gioca ruoli diversi. Il mesosistema è invece composto dalle interazioni tra i contesti del microsistema come, per esempio, possono prodursi relazioni tra la scuola e la famiglia. Vi è poi l'esosistema che comprende elementi più distanti dalla persona che non esercitano un'influenza diretta bensì indiretta, come il lavoro dei genitori o i media. Infine, l'individuo è immerso nel macrosistema che corrisponde all'insieme dei valori e delle credenze della cultura di riferimento (Bronfenbrenner, 1977). Nei contributi forniti successivamente alla sua teoria, Bronfenbrenner introduce anche l'importanza della dimensione temporale in quanto i contesti cambiano dinamicamente assumendo pesi e significati diversi durante lo sviluppo (Eriksson et al., 2018).

In generale, un ostacolo che si presenta a qualsiasi livello di questa scala può avere un impatto sulla qualità di vita dell'individuo.

Molti autori hanno tentato di fornire una definizione operativa della qualità di vita cercando di stabilire le opportune distinzioni con altri costrutti spesso usati in maniera interscambiabile. Per esempio, il concetto di qualità di vita si distingue da quello di soddisfazione per la vita in quanto quest'ultimo si riferisce ad un sentimento puramente soggettivo di felicità nei confronti della propria esistenza e non tiene in considerazione fattori oggettivi che invece sono indispensabili per misurare la qualità di vita (Meeberg, 1993). Questa distinzione è molto simile a quella che Veenhoven propone tra felicità e apprezzamento della vita, la quale rappresenta solo una delle quattro dimensioni che costituiscono la qualità di vita. Nel suo modello, infatti, tale costrutto è funzione di fattori esterni come le opportunità fornite dall'ambiente in cui si vive e gli obiettivi raggiunti e da caratteristiche interne all'individuo. Dall'incrocio di queste variabili risulta che la qualità di vita si può misurare su quattro dimensioni principali: la vivibilità dell'ambiente, le abilità vitali che si riferiscono alla capacità di far fronte positivamente ai problemi, l'apprezzamento della vita che deriva dal raggiungimento di obiettivi personalmente significativi e la funzionalità di questi obiettivi rispetto al contesto in cui si vive (Veenhoven, 2014).

Definire operativamente la qualità di vita rimane tutt'ora molto complesso: fare chiarezza sul costrutto e sui domini che esso comprende è sicuramente un obiettivo futuro della ricerca in questo settore.

1.2 La qualità di vita associata allo stato di salute

È importante sottolineare che, trattandosi di una valutazione soggettiva che l'individuo fa della sua situazione rispetto a diverse aree vitali in riferimento al proprio sistema di valori, la qualità di vita può subire cambiamenti nell'arco temporale o presentare allo stesso tempo discrepanze tra i diversi domini che la sua misurazione include. Questo può avvenire a causa dello sviluppo dell'individuo o al sopraggiungere di circostanze esterne (Felce & Perry, 1995).

Per esempio, l'insorgere di una malattia è un fattore largamente studiato che interferisce a vari livelli della qualità di vita. Quando ci si riferisce alla valutazione della propria qualità di vita in funzione della salute psicofisica è meglio utilizzare il costrutto di qualità di vita associata allo stato di salute (HRQoL) (Ware, 2003). Tale concetto indaga più precisamente l'impatto degli aspetti di salute sulla qualità di vita di una persona. Secondo il modello di Wilson e Cleary, revisionato successivamente da Ferrans e colleghi, tale costrutto dovrebbe contenere indicatori riguardanti cinque aree in particolare: le variabili fisiologiche e biologiche, i sintomi, lo stato funzionale, la percezione generale di salute e la qualità di vita generale del paziente. Tutti i fattori appena citati sono interdipendenti tra loro e ognuno di essi può essere influenzato da caratteristiche dell'individuo come la sua motivazione e i valori di riferimento e da caratteristiche dell'ambiente come il supporto sociale o lo status economico sociale (Ferrans et al., 2005; Wilson & Cleary, 1995).

La qualità di vita associata allo stato di salute si differenzia dal concetto stesso di salute. Quest'ultimo costrutto, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della salute, è "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di

malattia o di infermità” (OMS⁵, 1948, p.1). Il possesso del massimo stato di salute che si è capaci di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.

Negli ultimi decenni in Europa l’aspettativa di vita è cresciuta in modo considerevole nonostante ultimamente abbia subito una decelerazione a causa delle passate stagioni influenzali e della pandemia da COVID19. Nel 2018 in Europa i Paesi che hanno registrato l’aspettativa di vita più alta, oltrepassando gli 83 anni, sono stati Spagna e Italia. Insieme all’aspettativa di vita, è aumentata anche la prevalenza di malattie croniche, è diminuito invece il tasso di mortalità infantile (OECD⁶ & European Union, 2020). Allo stesso tempo nel trentennio 1990-2020 si è registrato un aumento di problemi di salute mentale che riguardano attualmente circa il 13% della popolazione europea (WHO-Regional Office for Europe, 2022).

Sebbene l’aspettativa di vita si sia allungata e questo rispecchi un’importante evoluzione nel settore della medicina, milioni di persone vivono anni della propria vita con sintomi di varia natura o disabilità. Convivere con una malattia cronica, sottostare a lunghi periodi di trattamento, affrontare un dolore cronico sono stressors che gravano sulla qualità di vita: minimizzarne l’impatto è una delle priorità di qualsiasi sistema sanitario.

Purtroppo, in letteratura di ricerca manca ancora una visione univoca sugli indicatori che dovrebbero costituire la qualità di vita e la qualità di vita associata allo stato di salute, fatto che comporta l’utilizzo erroneamente interscambiabile dei due termini. Al momento attuale una buona norma per sopperire a questa lacuna è quella di selezionare gli indicatori di interesse rispetto allo scopo della ricerca che si intende intraprendere (Post, 2014).

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development

1.3 L'impatto del COVID19 sulla vita degli adolescenti

Come ampiamente descritto nel paragrafo precedente, la valutazione della qualità di vita è soggetta a cambiamenti che derivano dal naturale processo di sviluppo dell'individuo o dall'influenza esercitata da circostanze esterne. Quest'ultimo caso rimanda al periodo storico attuale in cui l'avvento della pandemia da COVID19 avvenuto nei primi mesi del 2020 ha apportato innumerevoli conseguenze nella vita delle persone.

Il primo caso del virus SARS-CoV-2 è stato registrato nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei, il 31 dicembre 2019. Nei due mesi successivi si è diffuso anche in Europa arrivando prima nel Nord Italia e poi in tutto il resto del continente. L'11 marzo 2020 è stato raggiunto un numero di contagi tale per cui l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia. Nel frattempo, dal 9 marzo 2020 in Italia erano già state messe in atto misure cautelative di contenimento del virus, tra cui la chiusura dei luoghi d'aggregazione (scuole, cinema, teatri, ristoranti...), il confinamento a casa con divieto di spostamenti immotivati e la chiusura di tutte le attività non necessarie a garantire beni di prima necessità (Coronavirus, Le misure adottate dal Governo, 2020, www.governo.it).

Il confinamento, durato circa tre mesi, ha costituito una sfida per la popolazione sotto molti punti di vista, primo tra tutti quello sanitario. Il picco di casi noti riscontrati in Italia si è verificato l'ultima settimana di marzo 2020 con 5500 nuovi casi al giorno. Il sistema sanitario italiano si è trovato alquanto impreparato a sostenere il peso di una pandemia, in particolar modo per quanto riguarda il numero insufficiente di letti nelle terapie intensive, motivo per il quale molti reparti sono stati dedicati all'esclusivo accesso di pazienti affetti da COVID19 a discapito delle restanti richieste meno urgenti. In tutto il periodo della fase acuta di diffusione del virus il personale sanitario è stato soggetto a un livello di stress senza precedenti. A partire da aprile 2020 si è iniziato ad assistere a un

lento declino dei casi giornalieri di COVID19 a cui è seguito anche quello del numero di morti (Magnani et al., 2020).

Nel frattempo, numerosi gruppi di ricerca hanno iniziato a sperimentare la creazione di un vaccino che potesse immunizzare la popolazione dal COVID19. La sua somministrazione su larga scala è cominciata nel mese di dicembre 2020. Sebbene l'introduzione dei vaccini abbia potuto diminuire la gravità dei sintomi dovuti all'infezione da COVID19 e il tasso di mortalità associato, non ha potuto arrestare l'arrivo di nuove e cicliche ondate di contagi dettate dallo sviluppo di nuove varianti (Minnai et al., 2022; Myoung, 2022).

Oltre agli effetti della malattia vissuta in prima persona, la pandemia ha avuto ed esercita tutt'ora innumerevoli conseguenze indirette.

Durante il periodo di isolamento a casa la maggioranza della popolazione italiana riporta di aver provato sintomi di stress, seguiti da tristezza, noia, impotenza e ansia in maniera maggiore rispetto a quanto riscontrato da altri studi europei. Questo dato è stato interpretato alla luce dello stile di vita della popolazione italiana tipicamente orientata alla socialità e alla convivialità (Bonichini & Tremolada, 2021). Rispetto ai fattori sociodemografici associati a una più alta qualità di vita si trovano la convivenza con un'altra persona e l'essere sposati. Invece, un alto grado di istruzione e il fatto di aver continuato a lavorare durante il periodo di lockdown è associato ad un esito peggiore. Il mantenimento dei contatti sociali tramite il web sembra essere stato un fattore protettivo rispetto agli effetti psicologici negativi associati alla quarantena (Bonichini & Tremolada, 2021). Anche la chiusura di molte attività e la conseguente crisi economica dovuta alla pandemia ha causato il peggioramento della situazione economica di milioni di persone in tutto il mondo con importanti conseguenze sulla salute mentale. È stato, infatti,

riscontrato un legame diretto e specifico tra la diminuzione delle entrate durante la pandemia e la presenza di sintomi depressivi (Hertz-Palmor et al., 2021).

Uno studio longitudinale cinese, la prima popolazione ad essere colpita dalla diffusione del COVID19, ha rivelato una forte correlazione tra la presenza di sintomi fisici e psicologici così come tra l'esposizione a notizie relative alla salute apprese via radio e alti livelli di ansia e sintomi depressivi. Tuttavia, dalla prima alla quarta settimana di lockdown non si sono verificati cambiamenti clinicamente significativi (Wang et al., 2020). Un altro studio ha confrontato le differenze in termini di salute mentale nel periodo pre-COVID19, a più di un mese dall'inizio della quarantena e alla fine di giugno 2020. I risultati suggeriscono un peggioramento della salute mentale, misurata attraverso il General Health Questionnaire (GHQ-12) a un mese dall'inizio della quarantena (Daly et al., 2020). Nonostante i livelli di salute mentale non siano tornati ai livelli del periodo pre-pandemia hanno tuttavia mostrato un miglioramento a giugno 2020, indice della capacità di adattamento e recupero della maggioranza delle persone (Daly et al., 2020).

Un dato di notevole importanza, riscontrato sia nello studio di Wang et al. sia in quello di Daly et al. riguarda la fascia più giovane della popolazione. Precisamente, gli autori riportano un impatto più negativo sulla salute mentale rispetto al resto della popolazione tra i giovani dai 12 ai 21.4 anni nel primo studio e tra i 18 e 34 anni nel secondo studio (Daly et al., 2020; Wang et al., 2020). Il lockdown ha infatti messo a dura prova gli adolescenti che a questa età vivono importanti cambiamenti fisici e psicologici. Se, da una parte, questi ottengono sempre maggiore indipendenza dai propri genitori, dall'altra, il gruppo dei pari acquisisce sempre più importanza diventando un punto di riferimento a cui affidarsi (Magson et al., 2021). Anche i giovani adulti affrontano numerose transizioni nella loro vita personale e professionale come la conclusione del loro percorso di studi,

l'immissione nel mondo del lavoro e le conseguenti nuove incertezze sul piano economico e delle relazioni amicali e romantiche (Shanahan et al., 2022). Questo fatto apre un'importante riflessione su come gli adolescenti in tutto il mondo hanno affrontato la pandemia, evento che ha portato un accumularsi di innumerevoli fattori di rischio per la loro salute mentale: la riorganizzazione della vita quotidiana della famiglia, pensieri relativi alla salute e alla morte, problemi economici, la perdita del quotidiano sistema di supporto sociale dovuta all'isolamento, l'assenza di opportunità per evadere dalla vita quotidiana come le attività sportive e ricreative e l'interruzione della scuola (Fegert & Schulze, 2020). Diversi studi dimostrano un rischio maggiore di soffrire di sintomi di DPTS, ansia e depressione dovuto al COVID19, l'aumento del livello di stress e della violenza intrafamiliare a causa della convivenza forzata. In particolare, la fascia maggiormente colpita sembra essere quella composta da adolescenti di genere femminile provenienti da famiglie con un basso status economico sociale e gli adolescenti con disturbi psichiatrici risalenti al periodo precedente la pandemia (Guessoum et al., 2020). Un altro studio ha dimostrato che la qualità di vita degli adolescenti si è ridotta, mentre è aumentato il rischio di insorgenza di sintomi psicologici relativi all'ansia, alla depressione e allo stress (Ravens-Sieberer et al., 2020). Un dato controverso riguarda la relazione tra il tempo di utilizzo dei social media, il livello di stress percepito, la solitudine e la quantità di sintomi depressivi. Maggiore è il tempo dedicato all'utilizzo di apparecchi tecnologici maggiori sono i sintomi depressivi e il livello di stress. Tuttavia, chi ha passato più tempo al cellulare per tenersi in contatto con i propri amici ha riportato di sentirsi meno solo (Ellis et al., 2020). La differenza nell'effetto che la tecnologia ha avuto sugli adolescenti è difficilmente interpretabile non conoscendo la direzione della relazione. È probabile che gli adolescenti con sintomi depressivi preesistenti al COVID19 cercassero selettivamente

informazioni negative rinforzando il loro basso stato umorale. Un'altra spiegazione è che durante le conversazioni online si riproducessero le stesse dinamiche di gruppo delle interazioni faccia a faccia come per esempio la co-ruminazione sulle emozioni negative, le discussioni e gli episodi di bullismo, fenomeni che portano a un peggioramento dell'umore. Al di là di questi aspetti negativi le interazioni sociali virtuali soprattutto in età adolescenziale rimangono cruciali per alleviare il senso di solitudine, per questo insegnare agli adolescenti a farne un uso positivo e consapevole può essere un importante fattore protettivo congiuntamente all'offerta di supporto sociale da parte della famiglia (Ellis et al., 2020).

Una rassegna rivela che dal periodo precedente alla pandemia alla fine del lockdown gli adolescenti che hanno riportato di avere un basso livello di qualità di vita associata allo stato di salute siano passati dal 15.3% al 40.2% (Nobari et al., 2021).

Questi dati sono in linea con i risultati di uno studio di Mastorci e colleghi sulla realtà degli adolescenti in Italia. Durante il lockdown si è infatti riscontrato un abbassamento nella percezione del benessere fisico e psicologico, un peggioramento dell'umore e una diminuzione nell'autonomia. Tali fattori hanno determinato in generale un effetto negativo sulla loro salute mentale e sui loro livelli di stress (Mastorci et al., 2021). In quasi tutti gli studi riportati, inoltre, viene sottolineata la prevalenza degli effetti negativi nel sottogruppo delle adolescenti femmine più giovani (Magson et al., 2021; Mastorci et al., 2021; Nobari et al., 2021). Questo forse riflette la generale incidenza dei sintomi depressivi e ansiosi all'interno della popolazione femminile o la maggiore reattività allo stress, ma è un dato su cui occorre indagare ulteriormente.

Infine, è bene sottolineare che l'avvento del COVID19 non è stato solo motivo di stress e fattore scatenante per l'insorgenza di sintomi psicologici. È risaputo, infatti, che la

maggioranza della popolazione è capace di dimostrarsi resiliente di fronte a uno stressor e di recuperare nel tempo il proprio equilibrio psicologico. Gli effetti negativi del lockdown sono stati tutti rilevati durante la fase acuta della pandemia per cui il peggioramento del benessere fisico e psicologico potrebbe essere dovuto solo alla normale reazione allostatica dell'individuo (Mastorci et al., 2021; Minozzi et al., 2021). È così che viene chiamato l'insieme delle modificazioni fisiologiche e comportamentali rispetto alla condizione di normale equilibrio, detta omeostasi, che le persone mettono in atto per affrontare uno stressor. Questi cambiamenti sono funzionali nel breve periodo poiché permettono agli individui di adattarsi anche alle condizioni più sfavorevoli per poi ritornare all'omeostasi una volta superato lo stressor (McEwen, 2004).

Per una parte della popolazione il COVID19 ha costituito persino un'occasione per crescere e per imparare ad apprezzare maggiormente la propria vita (Fegert & Schulze, 2020; Shanahan et al., 2022).

Per sapere se le conseguenze negative rilevate dagli studi sopra citati avranno un carattere stabile e duraturo in futuro occorrerà eseguire interventi di follow up sulla stessa fascia di popolazione.

2. La malattia oncologica in età adolescenziale

2.1 I compiti di sviluppo psicosociale in adolescenza e l'evento della malattia oncologica

Convenzionalmente l'inizio dell'adolescenza si fa coincidere tra gli 11 e i 13 anni con l'avvento dei cambiamenti biologici della pubertà e la sua conclusione con il raggiungimento della maturità fisica e psicologica tra i 18 e i 21 anni. L'inizio e la rapidità con cui avvengono i cambiamenti tipici di questa fase di vita sono soggettivi, presentano importanti differenze di genere e sono altamente dipendenti dalla cultura di riferimento (Gowers, 2005).

È precisamente dal XX secolo, a causa dei cambiamenti storici ed economici che hanno dilatato le tempistiche per l'acquisizione della propria indipendenza, che l'adolescenza si è affermata come categoria sociale dall'identità propria e non solo come periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta (Steinberg, 2014). Inizialmente il focus di interesse verso questa fascia di età era indirizzato alla comprensione del perché fosse un periodo così turbolento; i risultati degli studi in questo ambito hanno parzialmente rinnovato il concetto di adolescenza intesa oggi come periodo complesso, ma non per forza problematico. Grazie anche alle recenti scoperte in campo neuroscientifico sulla plasticità cerebrale, attualmente è considerata una fase di sviluppo dalle enormi potenzialità (Steinberg, 2014).

Da un punto di vista dello sviluppo psicosociale, il principale compito evolutivo dell'adolescente è la formazione di un'identità propria. La maggior parte della ricerca in questo campo si deve alle teorizzazioni dello psicologo Erik Erikson che negli anni '60 cominciò ad interessarsi ai compiti evolutivi degli stadi di sviluppo in cui si suddivide la vita umana (Erikson, 1968). Secondo Erikson ognuno di questi comporta una crisi,

intesa come punto di svolta in cui la risoluzione di un compito di sviluppo diventa un'occasione di crescita personale (Abrams et al., 2007).

La mancata risoluzione del compito di sviluppo dell'adolescenza può far sì che il giovane si ritrovi in uno stato di diffusione dell'identità per non aver sufficientemente esplorato diversi ruoli intorno a lui o per non aver trovato una strada definita da percorrere (Santrock, 2017).

Parallelamente a questo compito, si aggiungono obiettivi intermedi, ma altrettanto fondamentali per lo sviluppo psicosociale. Tra questi si cita la formazione di relazioni amicali positive e stabili, l'aumento dell'interesse verso la sfera della sessualità, la scelta del proprio percorso scolastico e professionale e, più a lungo termine, il raggiungimento dell'autonomia e dell'indipendenza economica (Abrams et al., 2007).

Cimentarsi nell'affrontare questi obiettivi è di per sé complesso, ma ancora di più se si considera l'influenza di un corpo che è ancora in balia dei cambiamenti biologici, metabolici e ormonali tipici della pubertà e di un sistema cerebrale ancora in via di sviluppo. A maggior ragione, quando subentra un evento imprevisto, non controllabile e potenzialmente traumatico come la diagnosi di una malattia, all'adolescente si presentano numerosi stressor aggiuntivi che diventano fattori di rischio per la sua traiettoria evolutiva (Sodergren et al., 2017).

In giovane età il tempo trascorso con gli amici e la ricerca della loro approvazione è tra gli aspetti più importanti della propria vita. Per un adolescente con malattia cronica tutto questo può rivelarsi più complicato a causa delle frequenti ospedalizzazioni che lo costringono all'isolamento o dai cambiamenti nell'aspetto fisico causate dalla malattia (Taylor et al., 2008). Gli effetti collaterali delle terapie come la perdita o l'aumento di peso, l'alopecia, la mancanza di energie e il ritardo nella maturazione sessuale possono

avere un effetto deleterio sull'immagine corporea che aumenta il livello di stress dell'adolescente e compromette a catena l'investimento nelle relazioni amicali e intime (Epelman, 2013).

La sfera della sessualità è centrale in adolescenza. Infatti, costituisce un momento di sperimentazione e di riflessione in quanto ci si inizia ad interrogare sulla propria identità sessuale. Gli adolescenti malati di tumore riferiscono di sentirsi meno attraenti e desiderabili rispetto ai loro coetanei e questo può impattare negativamente la loro autostima (Sodergren et al., 2017). Potenziare le occasioni di socializzazione con i pari e con giovani nella stessa condizione è fondamentale in quanto rinforza il sentimento di autoefficacia e aumenta le capacità di adattamento dell'adolescente contribuendo, inoltre, al confronto necessario per il processo di formazione della propria identità (Zebrack, 2011). Le interazioni con i propri coetanei spesso avvengono all'interno del contesto scolastico che rappresenta un ambiente unico per lo sviluppo delle competenze cognitive e socioemotive.

Tuttavia, la frequenza scolastica per i giovani che affrontano una malattia oncologica è spesso intermittente a causa delle ospedalizzazioni e della necessità di isolamento al fine di non mettere ulteriormente a rischio il proprio stato di salute. Anche reintegrarsi dopo una lunga assenza richiede risorse sul piano fisico e psicologico. È doveroso che in questo processo l'adolescente venga accompagnato e supportato dalla famiglia e dagli insegnanti (Abrams et al., 2007). Allo stesso tempo, la maggiore dipendenza dagli adulti di riferimento può rivelarsi piuttosto frustrante per un adolescente il cui obiettivo principale è quello di separarsi e acquisire sempre più autonomia. Spesso convivono sentimenti ambivalenti nei confronti della famiglia: da una parte, è percepita come intrusiva e controllante, dall'altra, si dimostra essere il miglior alleato nell'aiutare il ragazzo durante

il percorso di cura (Abrams et al., 2007). Anche affrontare semplici aspetti della vita quotidiana diventa stressante come quello di adattarsi ai cambiamenti dovuti a una malattia. Molti adolescenti riferiscono di paragonarsi spesso ai propri coetanei con il desiderio di essere quanto più simili a loro e di sforzarsi di vivere una vita quanto più normale possibile, fatto che talvolta comporta il rifiuto della propria terapia. Questo aspetto sembra essere mitigato in tarda adolescenza quando i giovani riferiscono in maggioranza di aver maturato una visione più flessibile della loro vita quotidiana, adattando in essa le nuove esigenze apportate dalla malattia (Taylor et al., 2008). A questo proposito la fiducia verso il personale sanitario è un fattore fondamentale affinché i pazienti sviluppino un atteggiamento favorevole nei confronti del trattamento.

Secondo la Carta dei diritti del bambino in Ospedale anche il minore ha il diritto di partecipare alle proprie cure, di essere informato e di esprimere la propria opinione che deve essere presa in considerazione in base alla sua età e al grado di maturazione (AOPI⁷, s.d.). I dati dimostrano che una buona relazione con il personale sanitario basata sul rispetto, la fiducia reciproca e una comunicazione efficace è essenziale nell'aiutare gli adolescenti ad accettare la propria malattia (Taylor et al., 2008).

Merita un'ultima considerazione la visione del futuro. La maggior parte dei giovani che guariscono da una malattia oncologica mostra un buon funzionamento psicologico; tuttavia, una parte non ignorabile di questi riserva molte preoccupazioni riguardanti il futuro della propria salute, le possibili discriminazioni in ambito professionale, il raggiungimento degli obiettivi di vita, le difficoltà economiche e le relazioni affettive (Epelman, 2013)

⁷ Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI)

In merito a ciò, caratteristiche personali come l'ottimismo e un buon concetto di sé, insieme alla possibilità di disporre di una rete di supporto sociale sono tra i fattori protettivi più importanti rispetto alla qualità di vita associata allo stato di salute (Shin et al., 2019).

Per tutte le sfide fisiche, psicologiche e sociali sopra descritte gli adolescenti costituiscono una sottopopolazione distinta da tutti gli altri pazienti oncologici. Il riconoscimento dei loro bisogni specifici è fondamentale per la loro presa in carico globale.

2.2 Le malattie oncologiche più diffuse in età adolescenziale

Le malattie croniche costituiscono al giorno d'oggi una delle principali cause di morte e comprendono un ampio spettro di patologie che esordiscono comunemente in adolescenza e sono caratterizzate dalla necessità di assistenza a lungo termine (EpiCentro, s.d.). Le più diffuse in assoluto sono quelle cardiovascolari, seguite dal cancro, dalle malattie respiratorie croniche e dal diabete (WHO, 2022).

Con il termine cancro si intende un grande insieme di patologie molto diverse tra loro caratterizzate da una proliferazione cellulare incontrollata che non rispetta i normali processi di morte programmata dell'organismo (AIRTUM, 2020). Le cause sono molteplici e tutt'ora solo in parte conosciute. Alla base di queste sottostanno mutazioni geniche responsabili di alterazioni che si riflettono a vari livelli dei processi biologici dell'organismo (AIRC⁸, s.d.). Cancro indica comunemente una patologia che dalla sede di origine si sposta invadendo altri organi o tessuti e dando origine alle cosiddette

⁸ Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC)

metastasi, malattie secondarie. Il termine tumore indica, invece, fenomeni di crescita cellulare anomala, ma limitati alla sede di origine dell'alterazione (AIRC, s.d.).

Nella tabella che segue sono riportati i tassi di incidenza annuali per milione per tumori maligni diagnosticati in bambini e adolescenti nel periodo 2003-2008, quinquennio a cui risalgono i più recenti dati analizzati. Secondo le stime di AIRTUM, tali numeri non dovrebbero subire sostanziali cambiamenti nel quinquennio 2016-2020 (EpiCentro, 2012).

Tabella 2.1. Tassi di incidenza annuali per milione per tumori maligni diagnosticati nei bambini (0-14) e negli adolescenti (15-19) nel periodo 2003-2008 (AIRTUM, 2012).

Età	0-14 anni	15-19 anni
Tumori maligni	164	269
Leucemia	54	30
Leucemia linfoblastica	44	15
Leucemia mieloide acuta	7	8
Linfoma	25	90
Linfoma di Hodgkin	11	65
Linfoma non-Hodgkin	11	22
Tumori del sistema nervoso centrale	21	18
Tumore renale	9	1
Tumore epatico	2	1
Tumore dell'osso	8	12
Sarcomi delle parti molli e altri sarcomi non ossei	11	17
Tumori delle cellule germinali, tumori embrionali, neoplasie delle gonadi	5	27
Carcinoma della tiroide	3	31

Ad oggi in età pediatrica i tumori in assoluto più diffusi sono le leucemie (AIRC, s.d.).

In questo caso la proliferazione incontrollata interessa le cellule staminali ematopoietiche che danno origine ai globuli bianchi, ai globuli rossi e alle piastrine (AIL⁹, s.d.).

⁹ Associazione Italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma (AIL)

Si distinguono due forme principali di leucemia: la leucemia linfoblastica acuta (LLA) e la leucemia mieloide acuta (LMA). La prima origina da alterazioni dei linfoblasti che risiedono nel midollo osseo e sono specializzati nella produzione dei globuli bianchi, precisamente dei linfociti B e T. Nel processo di cancerogenesi, a causa di mutazioni geniche, i linfociti non maturano a dovere e iniziano a crescere in maniera incontrollata. Accumulandosi nel midollo osseo queste cellule possono poi entrare nel sangue e di conseguenza invadere altri organi come i linfonodi, la milza e il fegato (AIRC, s.d.).

In Italia la leucemia linfoblastica acuta rappresenta l'80% delle leucemie nei giovani sotto ai 15 anni. Tra queste, nell'80% dei casi la cellula clonale di origine è un linfocita B, nel 20% dei casi un linfocita T (AIOM-AIRTUM, 2021).

La leucemia mieloide acuta è causata, invece, dalla crescita incontrollata dei blasti della linea mieloide, cellule che producono sottopopolazioni di globuli bianchi, i globuli rossi e le piastrine. Allo stesso modo queste cellule leucemiche possono accumularsi nel midollo osseo, entrare nel sangue e infiltrarsi in altri organi (AIEOP¹⁰, s.d.).

Entrambe queste forme acute di leucemia hanno una prognosi severa e un decorso rapido. Per questo motivo il trattamento richiede il ricorso a diversi cicli di chemioterapia e la valutazione della possibilità del trapianto di cellule staminali ematopoietiche (AIOM-AIRTUM, 2021).

Le forme di tumore più diffuse nella fascia di età tra i 16 e i 35 anni sono i linfomi di Hodgkin (LH) e non-Hodgkin (LNH). In questo caso le cellule tumorali si originano dai linfonodi e attraverso il sangue o il sistema linfatico possono invadere altri organi e i distretti linfonodali più vicini (FIL¹¹, 2017). Come per le leucemie, le cause dei linfomi

¹⁰ Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP)

¹¹ Fondazione Italiana Linfomi (FIL)

sono ancora semiconosciute, nonostante siano stati identificati fattori di rischio. Tra questi si citano la debolezza del sistema immunitario e le infezioni da diversi virus tra cui l'epatite C (AIMAC, 2015).

I linfomi di Hodgkin si differenziano dai linfomi non-Hodgkin per la presenza della cosiddetta cellula di Reed-Sternberg, una cellula dalle grandi dimensioni caratterizzata da due nuclei distinti. Tale classificazione è tanto importante per l'inquadramento diagnostico quanto per la definizione del piano terapeutico (AIMAC¹², 2015). Generalmente i linfomi di Hodgkin vengono trattati attraverso la somministrazione di polichemioterapici in combinazione con radioterapia o, nei casi più resistenti, di chemioterapia. Al momento attuale rappresentano i tumori con il più alto tasso di sopravvivenza a 5 anni dall'esordio che si eleva precisamente al 90% (AIOM-AIRTUM, 2021).

I linfomi di non Hodgkin, invece, sono un gruppo molto eterogeneo di tumori del sistema immunitario e colpiscono maggiormente la fascia di età medio-avanzata della popolazione. Il loro trattamento prevede cicli di radioterapia associata o meno all'immunoterapia e in alcuni casi alla chemioterapia (AIOM-AIRTUM, 2021).

Tra i tumori solidi, cioè che non coinvolgono malattie del sangue, fino ai 14 anni prevalgono le diagnosi di tumori cerebrali che vengono superate dai sarcomi all'aumentare dell'età (Ferrari, 2016). Questi sono tumori rari che hanno 3 picchi di incidenza: durante l'infanzia, nella fascia di età tra i 18 e i 30 anni e tra gli anziani over 65 (AIRC, s.d.). Possono presentarsi a livello dei vasi sanguigni e linfatici, oltre che nelle altre tipologie di tessuti molli, tuttavia, i più diffusi in età adolescenziale sono i sarcomi ossei (AIOM, s.d.).

¹² Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMAC)

Il trattamento dei sarcomi si diversifica per tipologia e stadio della malattia. Più spesso si procede con una combinazione di varie forme di terapia. La chirurgia è indicata per la maggior parte dei sarcomi localizzati nei tessuti molli, la radioterapia viene effettuata a livello locale e talvolta sulle metastasi, infine, la chemioterapia agisce a livello sistemico e viene utilizzata laddove i primi due trattamenti non siano possibili (AIEOP, s.d.).

2.3 La comunicazione della diagnosi e l'esperienza dell'ospedalizzazione

Generalmente la comunicazione della diagnosi di tumore in adolescenza è il momento che tutte le persone coinvolte ricordano in maniera più vivida. È un evento potenzialmente traumatico per l'adolescente che è il protagonista della sua malattia, per i genitori che costituiscono ancora le figure più significative per lui e rappresenta uno dei compiti più delicati per il personale sanitario (Stein et al., 2019).

La comunicazione della diagnosi iniziale rappresenta un modello per i successivi scambi tra il personale, la famiglia e il paziente: è bene che in questo momento la famiglia e l'adolescente siano incoraggiati ad esternare i propri pensieri, emozioni ed eventuali dubbi (Jankovic et al., 2008). Dall'altra parte, il personale sanitario dovrebbe assicurarsi di rispondere ai bisogni della famiglia, di fornire informazioni chiare ed esaustive rispetto al suo livello di comprensione e di conoscenze pregresse in un clima di apertura e fiducia (Jankovic et al., 2008). Una comunicazione efficace aumenta il senso di controllo dei pazienti sulla loro condizione e contribuisce alla capacità di far fronte alle difficoltà che subentrano nel percorso di cura, oltre a facilitare l'adattamento e la compliance (Mascarin et al., 2021).

Inoltre, occorre considerare che l'adolescente ha le capacità cognitive per comprendere la diagnosi ed elaborare i vissuti ad essa connessi. Grazie allo sviluppo del pensiero

ipotetico-deduttivo comprende, infatti, che la malattia può essere causata da vari fattori e che le risposte individuali sono molteplici. Di conseguenza, può partecipare attivamente al proprio trattamento diventando responsabile, per esempio, dell'assunzione dei farmaci e della messa in atto dei comportamenti di salute (Bonichini & Tremolada, 2019).

Lo sviluppo delle funzioni cognitive di ordine superiore, tuttavia, rappresenta un'arma a doppio taglio in quanto permette anche di interrogarsi e fare ipotesi sul futuro, fenomeno che può far insorgere ansie, preoccupazioni legate alle conseguenze a lungo termine della malattia e paura della morte (Bonichini & Tremolada, 2019). Inoltre, l'adolescenza è intrinsecamente caratterizzata da un sentimento di ribellione che può essere accentuato dalla frustrazione derivante dalle restrizioni causate dalla malattia, per questo occorre prestare particolare attenzione alla relazione che si instaura con il giovane paziente (Bonichini & Tremolada, 2019).

Nel paragrafo precedente si è ampiamente discusso dei compiti di sviluppo dell'età adolescenziale. Purtroppo, la realtà dell'ospedalizzazione spesso non risponde ai bisogni specifici dei più giovani che possono essere oggetto di pregiudizi in quanto comunemente considerati la fascia di età più in salute della società e quindi meno bisognosa di attenzioni (Smith, 2004).

Il primo grande ostacolo si incontra al momento del ricovero, che solitamente avviene in seguito alla diagnosi, se il paziente non è già ospedalizzato. Non esiste un reparto dedicato agli adolescenti, per questo nella maggior parte dei casi essi vengono ricoverati nei reparti pediatrici, più di rado e in casi eccezionali nei reparti ordinari (Barling, 2014). Nessuno di questi è ideale per gli adolescenti che già soffrono per l'improvviso stravolgimento della loro quotidianità. I reparti pediatrici, infatti, presentano dettagli che appaiono infantili agli occhi degli adolescenti, offrono per lo più attività adatte ai bambini e i

ragazzi possono sentirsi a disagio quando circondati dai comportamenti tipici dei più piccoli (Barling, 2014). Invece, i reparti per adulti sono spesso descritti come deprimenti e ancora più stressanti per gli adolescenti che sono costantemente a contatto con il dolore di persone di età avanzata quando loro stessi si trovano nel pieno della loro giovinezza. Anche le famiglie avvertono l'ambiente ospedaliero come stressante e riportano sentimenti di impotenza a riguardo (Barling, 2014).

Negli ultimi anni si sono concentrati molti sforzi nel tentativo di sopperire a questo problema. La prima iniziativa esclusivamente dedicata agli adolescenti e ai giovani adulti malati di tumore è stata intrapresa dal Centro di Riferimento Oncologico di Aviano. Si tratta di uno spazio fisico chiamato "Area Giovani" appositamente pensato per i ragazzi e le ragazze con malattia oncologica. Comprende uno staff multidisciplinare specializzato nell'età adolescenziale e numerose iniziative per garantire un'assistenza globale (Ferrari et al., 2020). Oggi molti reparti ospedalieri italiani dedicati alla cura delle malattie oncologiche hanno spazi e progetti dedicati ai più giovani (Ferrari et al., 2020). Tra questi c'è anche la Clinica di Oncoematologia pediatrica di Padova che nel 2018 ha inaugurato un'area totalmente dedicata agli adolescenti chiamata "Teen zone" (TeamForChildren, s.d.).

Oltre alla mancanza di spazi fisici adeguati, gli adolescenti si trovano ad affrontare una serie di sintomi di malessere che rappresentano motivo di forte stress. Durante l'ospedalizzazione, infatti, sono sottoposti a cicli di terapie che hanno effetti collaterali piuttosto pesanti. Sicuramente la modalità di trattamento più comune è la chemioterapia che può essere associata o meno ad altri trattamenti e il cui protocollo differisce in base al tipo di tumore, all'area da trattare, all'estensione, all'età del paziente e alle sue condizioni generali di salute (Cicogna et al., 2010).

La chemioterapia comporta numerose trasformazioni nella vita di chi la riceve, tra cui cambiamenti fisici, dello stato emotivo, della routine quotidiana così come di quella dei familiari. Tra gli effetti collaterali più frequenti si cita la fatigue, la mancanza di appetito, la perdita di peso, l'alopecia, la nausea, il vomito e dolori di vario genere (Linder et al., 2018). La presenza di questi sintomi è accompagnata dalla comparsa di sentimenti di tristezza, paura, ansia e depressione (Cicogna et al., 2010). Generalmente i sintomi sporadici differiscono per intensità, durata e stress associato. Nella maggioranza dei casi gli adolescenti riportano di provare malessere già dal primo giorno del ciclo di terapia e per i successivi 10/15 giorni. Tuttavia, l'andamento dei sintomi è dinamico e molto soggettivo (Linder et al., 2018). In particolare, il dolore è il sintomo che produce più stress e questo a sua volta varia a seconda dei momenti della giornata. È maggiore durante il giorno, forse a causa della frustrazione dovuta all'impossibilità di svolgere le attività desiderate (Linder et al., 2018).

La realtà dell'ospedalizzazione richiede enormi sforzi di adattamento all'adolescente che in qualunque momento del suo percorso può trovarsi sopraffatto dalle sfide che deve affrontare e che paragona a quelle dei suoi coetanei. Sono normali sia le reazioni di acting out come le manifestazioni di aggressività, ribellione e rabbia sia quelle di depressione, apatia e passività (Bonichini & Tremolada, 2019).

Un altro fattore di rischio è costituito dall'isolamento sociale. Le dosi massicce di chemioterapia a cui i giovani pazienti sono sottoposti hanno importanti ricadute sul loro sistema immunitario, per questo i reparti oncologici hanno regolamenti molto severi per quanto riguarda la possibilità di ricevere visite. Questo provoca sentimenti di solitudine e tristezza negli adolescenti malati (Ang et al., 2018).

Inoltre, il COVID19 e le conseguenti restrizioni di carattere pubblico messe in atto a partire da febbraio 2020 hanno esacerbato la sensazione di isolamento dei pazienti in fase attiva di trattamento (Howden et al., 2022). Infatti, rispetto ai loro coetanei mostrano livelli più alti di sofferenza per la mancanza di rapporti sociali verosimilmente dovuti al maggior grado di solitudine provato già prima dell'avvento della pandemia e causato delle limitazioni dovute alla diagnosi di tumore (Howden et al., 2022).

Eppure, il supporto sociale è considerato uno dei più potenti fattori protettivi rispetto al rischio psicosociale per gli adolescenti malati di tumore (Price et al., 2016). Per questo motivo merita un approfondimento specifico.

2.4 L'importanza della rete di supporto sociale

Parallelamente al tentativo di soddisfare i propri bisogni di autonomia, indipendenza e di condivisione con i pari, l'adolescente malato di tumore si scontra con le limitazioni imposte dai ricoveri, con le difficoltà dovute all'insorgere di sintomi fisici talvolta debilitanti e con i frequenti periodi di isolamento. Il supporto sociale è considerato una delle più importanti strategie di coping e allo stesso tempo fattore protettivo rispetto allo stress che la diagnosi di tumore comporta (Decker, 2006). Nel caso specifico degli adolescenti con malattia oncologica la rete di supporto sociale che li circonda è generalmente costituita dalla famiglia, dal gruppo dei pari e dal personale sanitario. Il ruolo rivestito da ognuno di questi gruppi si modifica nelle varie fasi di trattamento successive alla diagnosi, ma la necessità di supporto sociale rimane costante durante tutto il percorso di cura dell'adolescente (McNeil et al., 2019).

Davanti alla diagnosi di tumore l'intero sistema della famiglia viene stravolto e deve riadattarsi a una nuova realtà cambiando i propri equilibri. È per questa ragione che spesso

ci si riferisce al tumore come malattia familiare (Bonichini & Tremolada, 2019). Una volta aver ristabilito la propria omeostasi, la famiglia rimane la maggior fonte di supporto emotivo per tutta la durata del percorso di cura. Inoltre, rappresenta il primo interlocutore a cui l'adolescente si affida per confrontarsi sulle decisioni che riguardano la malattia e le comunicazioni con il personale sanitario. Tuttavia, il rapporto con la famiglia comprende aspetti ambivalenti per l'adolescente che risente della diminuzione della propria privacy e della regressione nel percorso di separazione (Decker, 2006).

È questo il paradosso dei giovani pazienti che affrontano una malattia oncologica, ossia la tensione tra il dover dipendere maggiormente dagli altri mentre ci si trova nel pieno del processo di transizione verso l'indipendenza (Kent et al., 2012).

Il ruolo del gruppo dei pari sembra essere soggetto a variazioni nel corso del tempo e in generale acquisisce più importanza all'aumentare dell'età. Studi qualitativi condotti su adolescenti malati di tumore rivelano che i pari siano di massima importanza nella prima fase della malattia, quando la possibilità di parlare apertamente con un amico funge da forte moderatore per lo stress causato dallo shock della diagnosi (Decker, 2006). Tuttavia, le interazioni con gli amici di sempre possono diradarsi e disattendere le aspettative dei giovani pazienti durante la fase attiva e prolungata delle terapie. Gli adolescenti, infatti, talvolta riportano di sentirsi diversi dopo la diagnosi e temono la reazione degli altri di fronte ai loro cambiamenti fisici (Stegenga & Ward-Smith, 2009). Disporre di un ambiente all'interno del reparto esclusivamente dedicato agli adolescenti malati di tumore risolve in parte questa difficoltà in quanto permette di costruire una rete di supporto sociale aggiuntiva costituita da coetanei che affrontano lo stesso problema (McNeil et al., 2019). Questo, inoltre, favorisce la creazione di relazioni significative tra ragazzi e ragazze che si trovano in fasi distinte del loro percorso e possono diventare importanti

fonti di confronto, comprensione empatica e supporto emotivo durante i trattamenti (Kent et al., 2012).

Il proprio gruppo di amici rimane comunque la massima fonte di svago e la capacità di mantenersi in contatto con loro durante le ospedalizzazioni rappresenta un modo per i pazienti per sentirsi “normali” e rimanere ancorati alla propria vita al di là della malattia (Fladeboe et al., 2021). Il ruolo dei pari assume ancora più importanza in seguito alla fase intensiva dei trattamenti all’ora di riadattarsi alla propria quotidianità (McNeil et al., 2019).

Il personale medico e infermieristico è considerato una fonte di supporto sociale soprattutto durante i ricoveri e per quanto riguarda la raccolta di informazioni riguardo i trattamenti e le procedure. Inoltre, i giovani riferiscono di apprezzare in particolar modo l’ascolto da parte di tutti i professionisti della salute tra cui psicologi, educatori e terapisti (McNeil et al., 2019; Pennant et al., 2019).

Confrontando i livelli di supporto sociale percepito dai giovani pazienti rispetto ai loro coetanei non emergono differenze significative. Tuttavia, esiste un sottogruppo di adolescenti malati di tumore a cui è bene prestare particolare attenzione. Infatti, vi sono alcuni indicatori considerati fattori di rischio per la percezione di una bassa qualità di vita tra cui il genere femminile, un basso status socioeconomico, l’alto peso corporeo, il tipo di diagnosi e l’intensità dei trattamenti ricevuti insieme ai danni arrecati e ai cambiamenti nell’aspetto fisico (Pahl et al., 2021). In particolare, i ragazzi con diagnosi di tumore cerebrale sono i pazienti che riportano più difficoltà a livello sociale e il più basso livello di qualità di vita, forse a causa delle alterazioni cognitive causate dalle terapie (Eilertsen et al., 2012; Schulte et al., 2018).

Il supporto sociale è noto per essere un potente moderatore dello stress, oltre a essere correlato negativamente ai sintomi di ansia, depressione negli adolescenti con malattia oncologica (Brunet et al., 2014; Corey et al., 2008). È doveroso potenziare al massimo le opportunità di socializzazione affinché tutti gli adolescenti con tumore abbiano accesso a una rete di supporto sociale più efficace possibile.

3. Costrutti chiave dello sviluppo psicosociale in adolescenza

In adolescenza si è posti davanti a numerose sfide di adattamento a causa dei normali cambiamenti fisici, psicologici e sociali che questa specifica fase evolutiva comporta. Il sopraggiungere di eventi non normativi e potenzialmente traumatici per lo sviluppo psicosociale richiede all'adolescente di mettere in gioco risorse aggiuntive. Per tale ragione, in questo capitolo si è scelto di affrontare in modo approfondito due costrutti che si considerano fondamentali per affrontare uno stressor: l'intelligenza emotiva e il coping. Per *intelligenza emotiva* si intende l'insieme delle competenze socio-emotive che permettono di gestire le proprie emozioni, affrontare le richieste dell'ambiente, comprendere gli altri e relazionarsi efficacemente con essi (Bar-On, 2006).

Il *coping* si riferisce, invece, agli sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto dalle persone per rispondere ad un evento stressante (Lazarus & Folkman, 1984).

Pur essendo due costrutti distinti, sono strettamente connessi l'uno all'altro. Le evidenze empiriche suggeriscono, infatti, che l'intelligenza emotiva possa contribuire a spiegare il mantenimento di un buon funzionamento psicologico in seguito all'esperienza di un evento stressante attraverso l'adozione di strategie di coping adattive (Campbell & Ntobedzi, 2007; Downey et al., 2010; Mikolajczak et al., 2008; Pauletto et al., 2021).

La natura modificabile di entrambi questi costrutti e la possibilità di potenziarne l'efficacia hanno importanti implicazioni pratiche (Mavroveli et al., 2007; Schutte et al., 2013). Vale la pena continuare ad investire su di essi, soprattutto in una prospettiva evolutiva, per promuovere il benessere in adolescenza.

3.1 L'intelligenza emotiva

Il primo riferimento nella letteratura scientifica a un costrutto di intelligenza di natura non esclusivamente cognitiva si ritrova negli scritti di E. L. Thorndike, risalenti al 1920, dove egli si riferiva all'intelligenza sociale come a quell'abilità che permette di comprendere e gestire le interazioni con le altre persone e di mantenere un comportamento adeguato nelle relazioni interpersonali (Thorndike, 1920 cit. in Petrides, 2011). Anche lo psicologo americano Gardner, autore della Teoria delle intelligenze multiple, sosteneva l'esistenza di un'intelligenza interpersonale e intrapersonale che implicava la capacità di comprendere sé stessi e gli altri (Gardner, 1993). Tuttavia, a diffondere al pubblico più vasto il concetto di intelligenza emotiva fu Goleman, pubblicando una monografia interamente dedicata ai risultati dei suoi studi e di altri colleghi su quella che egli considerava la capacità di comprendere le intenzioni, le motivazioni, i desideri delle altre persone e di capire sé stessi (Goleman, 1995 cit. in Petrides, 2011). Nel corso del tempo, molti autori si sono avvicinati allo studio del costrutto di intelligenza emotiva per stabilire una definizione operativa e costruire strumenti in grado di misurarlo.

Salovey e Meyer (1990) sono gli autori di una teoria sull'intelligenza emotiva dove questa viene intesa come un sottoinsieme di abilità dell'intelligenza sociale che comprende l'abilità di monitorare le proprie e altrui emozioni, di discriminare le differenze tra queste e di utilizzare tali informazioni per guidare i propri pensieri e le proprie azioni. Gli autori attribuiscono un'identità propria al costrutto di intelligenza emotiva, ma ne sottolineano il legame con i processi mentali necessari per la presa di consapevolezza, l'espressione, la regolazione e l'utilizzo adattivo delle emozioni. In sostanza, questi elaborano un modello dove l'intelligenza emotiva è considerata un subset di abilità puramente cognitive, diversamente dalle teorie sull'intelligenza emotiva che definiscono il costrutto

attraverso l'insieme di abilità mentali e tratti di personalità e, per questo, vengono definiti modelli misti (Gayathri & Meenakshi, 2013).

Il più celebre modello misto sull'intelligenza emotiva è stato elaborato da Bar-On nel 1997 e comprende nella sua definizione abilità emozionali, personali e interpersonali che esercitano un'influenza sull'abilità generale della persona di affrontare le richieste dell'ambiente (Bar-On, 1997; Franco & Tappatà, 2009). Bar-On sostiene che l'intelligenza emotiva ha un forte impatto sulle performance umane, accademiche e non accademiche, sul sentimento di felicità e sul significato che le persone attribuiscono alla propria vita (Bar-On, 2010). Inoltre, secondo l'autore, l'intelligenza emotiva può essere appresa e sviluppata attraverso programmi di potenziamento o interventi terapeutici e contribuire così al benessere psicologico dell'individuo (Gayathri & Meenakshi, 2013). Nello specifico, il modello è basato su cinque dimensioni principali: intrapersonale, interpersonale, adattabilità, gestione dello stress e umore generale dell'individuo. Ognuna di queste si suddivide a sua volta in ulteriori cinque sottocomponenti (Franco & Tappatà, 2009).

La dimensione *interpersonale* fa riferimento all'autoconsapevolezza e alla capacità di esprimere le proprie idee e sentimenti. La scala *interpersonale* riguarda l'abilità di rilevare e comprendere le emozioni degli altri e di mantenere relazioni soddisfacenti con essi. L'*adattabilità* si riferisce alla capacità di adeguarsi in maniera contingente alle richieste della situazione in base agli indizi estrapolati dalle emozioni delle altre persone e da fattori esterni dipendenti dall'ambiente. La componente di *gestione dello stress* implica la capacità di regolare le proprie emozioni e affrontare una situazione stressante. Infine, l'*umore generale* dipende più strettamente da tratti di personalità come

l'ottimismo, la tendenza a provare emozioni positive e a stare piacevolmente in compagnia di sé stessi e degli altri (Grubb & McDaniel, 2007).

Dai modelli sulle abilità e da quelli misti derivano rispettivamente due diverse tipologie di strumenti. Il Meyer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) è basato sul modello di Meyer e Salovey e prevede la risoluzione di otto compiti di problem-solving sulla percezione, l'utilizzo, la comprensione e il controllo delle emozioni (Brackett & Salovey, 2006).

Dal modello misto di Bar-On (1997) deriva, invece, l'Emotional Quotient Inventory (EQ-i), un questionario self-report dal quale si ottiene il cosiddetto quoziente emotivo, ossia il punteggio totale di intelligenza emotiva, (Bar-On, 2006).

Entrambe le tipologie di strumenti offrono misure valide e affidabili del costrutto di intelligenza emotiva a cui giungono tramite due processi diversi: uno basato sulla performance in compiti prestabiliti e l'altro introspettivo. Questa diversità può costituire un valore aggiunto in quanto permette di ottenere informazioni complementari e non escludentesi (Ciarrochi et al., 2000; Extremera et al., 2007).

Il costrutto di intelligenza emotiva ha riscosso notevole entusiasmo tra i ricercatori sin dagli inizi della sua diffusione, in particolar modo per il potere predittivo che sembrava detenere rispetto alle tradizionali misure di intelligenza generale riguardo al successo in diversi ambiti della vita umana. Nello specifico, alcune singole componenti dell'intelligenza emotiva sono correlate ad aspetti desiderabili come la buona riuscita nell'area accademica e professionale, nella percezione del benessere e della propria felicità (Guerra-Bustamante et al., 2019; Jaeger, 2003; MacCann et al., 2020; Mavroveli et al., 2007). Sembra che essere consapevoli delle cause e delle conseguenze delle proprie emozioni insieme al possesso di un buon vocabolario emotivo siano fattori necessari per

il successo nelle performance accademiche (MacCann et al., 2020). Le persone con una spiccata intelligenza emotiva riescono, infatti, a collaborare più facilmente con gli altri e a controllare le proprie emozioni senza che queste interferiscano nello svolgimento delle loro attività. Di conseguenza, hanno risultati migliori sia nei compiti di gruppo che individuali (Lam & Kirby, 2002).

Tuttavia, occorre essere cauti nell'interpretare e generalizzare i risultati sopra riportati, in quanto la relazione tra intelligenza emotiva e successo è complessa e non lineare. Nella maggior parte degli studi solo alcune singole componenti dell'intelligenza emotiva correlano con le performance misurate in determinati compiti e l'associazione è di modesta identità quando viene controllato l'effetto di misure di intelligenza generale come il quoziente intellettivo (Cherniss, 2010).

Allo stesso tempo, spesso viene minimizzato il ruolo del contesto. È probabile che l'intelligenza emotiva sia più importante nelle occupazioni che comportano interazioni sociali come nell'ambito della politica, dell'insegnamento, delle professioni sanitarie e in generale nei compiti che richiedono collaborazione tra più persone (Cherniss, 2010).

Oltre allo studio dell'intelligenza emotiva come predittore del successo, un altro filone di ricerca molto attivo è quello che indaga l'associazione tra l'intelligenza emotiva e la salute mentale. La correlazione tra i due costrutti è ben documentata in letteratura (Ciarrochi et al., 2000; Di Fabio & Kenny, 2016; Schutte et al., 2007). Risulta più complesso dimostrarne la validità predittiva, ma dati incoraggianti a riguardo dimostrano che possedere un alto livello di intelligenza emotiva influenza direttamente la percezione di benessere soggettivo anche dopo aver controllato il peso di fattori sociodemografici e di personalità (Gallagher & Vella-Brodick, 2008; Gannon & Ranzijn, 2005).

Se si considera la possibilità di potenziare l'intelligenza emotiva, questo costrutto diventa una risorsa estremamente vantaggiosa quando si tratta di promuovere il benessere attraverso interventi di prevenzione sulla salute mentale, soprattutto in adolescenza. In primo luogo, poiché tale costrutto è correlato al proprio benessere e al successo in diversi ambiti della vita umana: accademico, professionale e della sfera delle relazioni sociali (Mancini et al., 2017). In secondo luogo, poiché l'adolescenza pone le basi per le successive tappe di sviluppo per cui potenziare le risorse psicologiche a propria disposizione si rivela particolarmente utile per superare positivamente gli eventi, normativi e non normativi, di questa fase evolutiva (Zheng et al., 2021).

In generale, l'intelligenza emotiva non sembra seguire uno specifico pattern di sviluppo e, rispetto all'età cronologica, sono piuttosto fattori come l'educazione, la scolarizzazione e l'accumulo di esperienza nell'affrontare gli eventi di vita a promuoverne lo sviluppo (Esnaola et al., 2017).

Le evidenze empiriche dimostrano che un alto livello di intelligenza emotiva predice esiti favorevoli in termini di salute mentale in adolescenza. È, infatti, associato negativamente alla depressione, ai fenomeni di somatizzazione e all'utilizzo di strategie di coping disadattive (Mavroveli et al., 2007). Invece, correla positivamente con il possesso di buone competenze socio-emotive e alla messa in atto di comportamenti prosociali nei confronti dei pari (Mavroveli et al., 2007). Una spiegazione plausibile è data dal fatto che possedere un'alta intelligenza emotiva si traduce nella capacità di controllare e regolare le proprie emozioni sulla base delle richieste della situazione e di comprendere quelle altrui, fattore che contribuisce allo sviluppo di relazioni positive con i pari (Frederickson et al., 2012; Mavroveli et al., 2007).

L'intelligenza emotiva in adolescenza è anche predittore dello stress percepito e del livello di soddisfazione verso la propria vita (Extremera et al., 2007). In questa relazione sembra avere un ruolo determinante anche l'autostima. Infatti, è possibile che avere un'alta autostima renda gli adolescenti fiduciosi di poter gestire le proprie emozioni e di conseguenza di poter affrontare gli ostacoli che incontrano durante il loro percorso di sviluppo (Barberis et al., 2021; Rey et al., 2011).

Un dato attualmente rilevante è quello che dimostra il ruolo protettivo dell'intelligenza emotiva sugli effetti negativi dettati dalla pandemia da COVID19. Vista la portata di dimensioni globali della diffusione del virus da COVID19 e le ricadute sul benessere psicologico degli adolescenti, oltre a indagarne gli effetti negativi in termini di salute mentale, si sono ricercati i fattori che hanno svolto un ruolo protettivo.

È stato dimostrato che l'intelligenza emotiva è un mediatore nella relazione tra esposizione al COVID19 e insorgenza di disturbi psicologici. In particolare, le componenti di consapevolezza ed espressione delle emozioni, secondo il modello sulle abilità di Meyer e Salovey, sono i più forti predittori di una buona salute mentale (Li et al., 2021). Anche l'intelligenza emotiva di tratto media la relazione tra gli effetti negativi del COVID19 e la percezione di stress, ansia e depressione (Sanchez-Ruiz et al., 2021).

Recentemente sono emerse evidenze empiriche che dimostrano che l'intelligenza emotiva sia implicata nel fenomeno di crescita post-traumatica (Tang et al., 2022). Questo fenomeno si riferisce all'esperienza di cambiamenti positivi nella percezione di sé stessi, nelle relazioni con gli altri e nell'attribuzione di significato alla vita in seguito al superamento di un evento traumatico (Tedeschi & Calhoun, 2004). È possibile che le persone con un'alta intelligenza emotiva e quindi in grado di regolare le proprie emozioni siano maggiormente in grado di utilizzare strategie efficaci per fronteggiare uno stressor

e, di conseguenza, di adattarsi positivamente ad esso (Lanciano et al., 2010; Rider Munday et al., 2019).

Un'altra ipotesi suggerisce che, in determinate circostanze, l'esperienza di eventi traumatici promuova lo sviluppo dell'intelligenza emotiva a causa della necessità di far fronte a un evento stressante improvviso. Tale fenomeno è associato alla resilienza e questa a sua volta alla crescita post-traumatica (Tuck & Patlamazoglou, 2019).

In conclusione, per gli effetti positivi che esercita sulla salute mentale, vale la pena continuare a investire sullo studio del costrutto di intelligenza emotiva e dei suoi correlati.

3.2 Il coping

Quando ci si trova a dover affrontare uno stressor, le persone rispondono adottando diverse strategie di coping. Con questa espressione ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali che vengono messi in atto da un individuo per fronteggiare una situazione stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Alcuni autori hanno proposto una definizione più ampia di coping, considerandolo come l'insieme dei processi consapevoli e intenzionali di autoregolazione utilizzati dalle persone in circostanze stressanti (Compas et al., 2001).

Le strategie di coping possono essere categorizzate sulla base di molteplici dimensioni. Nel modello sullo stress, l'appraisal e il coping di Lazarus e Folkman (1984), gli autori si soffermano sul focus del coping. Le risposte messe in atto dalle persone per fronteggiare uno stressor vengono suddivise in strategie orientate alle emozioni, quindi alla regolazione delle emozioni negative insorte a causa dello stressor, e in strategie orientate al problema che implicano il dispiego di energie per risolvere attivamente il problema (Lazarus & Folkman, 1987).

Una classificazione che si sovrappone parzialmente a questa, è quella proposta da Roth e Cohen che si basa sul continuum tra evitamento e approccio, ossia tra strategie passive di rifiuto dello stimolo stressante e delle sue conseguenze e strategie che, invece, prevedono la risoluzione attiva del problema (Roth & Cohen, 1986).

Compas e colleghi (2001) hanno ampliato tali categorie proponendo una distinzione tra strategie di *engagement* e *disengagement* per sottolineare come alcune strategie basate sulla modificazione delle emozioni non siano da considerare strategie di evitamento in maniera assoluta (Compas et al., 2001). Per esempio, la distrazione è un metodo per evitare di pensare e farsi influenzare dallo stressor, ma allo stesso tempo implica l'impegno nel dirigere l'attenzione verso altri stimoli (Compas et al., 2001).

Un'altra dimensione che gli studiosi hanno impiegato per classificare i sottotipi di strategie di coping è quella che suddivide le risposte in base al metodo utilizzato, quindi in strategie cognitive e comportamentali (Moos, 1993).

L'adozione di una strategia di coping e la sua efficacia rispetto ad un'altra dipendono dalle caratteristiche della persona, dello stressor e del contesto; questi fattori si influenzano bidirezionalmente (Moos, 2002).

Tra le caratteristiche individuali si annoverano i tratti di personalità. Le persone, infatti, mostrano una tendenza a preferire determinati stili di coping che rispecchiano i loro tratti di personalità, i quali sono influenzati a loro volta dal temperamento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Tale costrutto indica la tendenza a reagire agli eventi secondo innate disposizioni comportamentali (Rothbart, 2007). Queste differenziano le persone in base al modo in cui rispondono individualmente ad uno stressor, per esempio attivandosi più o meno intensamente e impiegando più o meno tempo per regolarsi (Compas et al., 2001).

L'estroversione, l'apertura mentale e l'ottimismo sono tratti di personalità caratteristici delle persone inclini alla flessibilità e alla fiducia verso sé stessi e gli altri e quindi maggiormente correlati all'utilizzo di strategie di engagement orientate al problema (Carver & Connor-Smith, 2010). Il nevroticismo, invece, è generalmente associato ad un temperamento a forte reattività allo stress per cui tende ad essere correlato all'adozione di strategie di disengagement ed evitamento cognitivo dirette a diminuire nell'immediato le emozioni negative (Carver & Connor-Smith, 2010).

L'età, il genere e le abilità cognitive sono altre caratteristiche individuali che influenzano le persone nel modo in cui affrontano un evento stressante (Hampel & Petermann, 2005). Nel complesso, le strategie di coping attive come il problem-solving, la ricerca di supporto sociale e la ristrutturazione cognitiva sono più efficaci di quelle passive nel ridurre i livelli di distress a lungo termine (Taylor & Stanton, 2007). Tuttavia, per definire una strategia di coping più o meno adattiva occorre considerare anche il tipo di stressor. Quelli di minore entità e ben definiti riducono la variabilità delle strategie di coping efficaci in quanto richiedono risposte specifiche come il problem solving. Per affrontare gli stressor più gravi, invece, è utile essere flessibili e mettere in atto diverse strategie allo stesso tempo (Carver & Connor-Smith, 2010).

Per esempio, la diagnosi di una malattia cronica in adolescenza pone il giovane di fronte a sfide che toccano trasversalmente diversi ambiti della sua vita. Per farvi fronte è tipico di questi pazienti utilizzare strategie di engagement e disengagement cognitive e comportamentali (Decker, 2006; Hodgson et al., 2022). Il problem solving si rivela utile soprattutto per gli stressor secondari causati dalla malattia come le assenze da scuola e la riorganizzazione della propria routine (Smorti, 2012). Minimizzare la gravità della situazione per concentrarsi su una visione ottimista del futuro è una forma di strategia

evitante molto diffusa tra gli adolescenti malati di tumore, tuttavia, le più efficaci sul lungo termine sono le risposte attive come la rivalutazione positiva e l'accettazione (Compas et al., 2012; Smorti, 2012).

La ricerca di supporto sociale è la strategia a cui questi pazienti si affidano maggiormente durante tutte le fasi della malattia (Pennant et al., 2019). Anche per gli stressor di minore entità gli adolescenti italiani sembrano ricorrere molto spesso alla ricerca di supporto da parte delle persone per loro significative, aspetto probabilmente influenzato dalla cultura (Cicognani, 2011).

Un'altra caratteristica dello stressor che influenza l'efficacia delle risposte messe in atto è la sua controllabilità. Quando si ha un'alta percezione di controllo sul problema le strategie di engagement dirette allo stressor sono le più adattive. Al contrario, una bassa controllabilità rende più efficaci le strategie di engagement orientate alle emozioni (Bhanji et al., 2016; Compas et al., 2012).

Un esempio di evento a bassa controllabilità è la pandemia da COVID19 (Rettie & Daniels, 2021). Studi effettuati sugli adolescenti dimostrano che chi si è impegnato in forme di coping per ridurre lo stress causato dagli effetti secondari della pandemia ha mantenuto un livello di benessere maggiore rispetto agli altri coetanei (Delvecchio et al., 2022; Hussong et al., 2021; Pigaiani et al., 2020). In particolare, la ricerca di supporto sociale, l'esercizio fisico regolare e l'interesse verso nuove attività si sono rivelati fattori protettivi del benessere psicologico in adolescenza. Le strategie di disengagement come il rifiuto sono state utili nel ridurre momentaneamente l'ansia legata agli effetti del COVID19, ma più disadattive se misurate a distanza di tempo (Delvecchio et al., 2022).

Infine, anche alcune caratteristiche del contesto, sia prossimo che più esteso, influenzano la probabilità di mettere in atto determinate strategie di coping. Per esempio, in

determinate circostanze il supporto sociale può non essere disponibile, mentre valori legati alla cultura di appartenenza e la socializzazione basata sulle differenze di genere possono rendere più o meno accettabile adottare diverse strategie di coping (Revenson & Lepore, 2012).

Si può concludere che per cercare di affrontare al meglio un evento stressante è necessario considerare la complessità dovuta a come le caratteristiche legate alla persona, allo stressor e all'ambiente si intersecano tra di loro.

Nel corso del tempo sono stati proposti numerosi strumenti per la misurazione della qualità e della quantità delle strategie di coping utilizzate dalle persone. Tra questi, il Coping Responses Inventory (CRI), elaborato da Moos (1993), si distingue per essere in grado di apprezzare la complessità delle dimensioni su cui si basa il costrutto di coping (Moos, 1993; Scozzari et al., 2015). Precisamente, categorizza le risposte per far fronte a uno stressor in base al focus e al metodo impiegato. Le suddivide, quindi, in strategie di approccio-cognitive e approccio-comportamentali e in strategie di evitamento-cognitive ed evitamento-comportamentali.

Il CRI si è dimostrato uno strumento affidabile e in grado di differenziare le risposte di coping utilizzate dalle persone a seconda della tipologia e gravità dello stressor, delle risorse personali e contestuali (Scozzari et al., 2015).

4. Il progetto di ricerca

4.1 Introduzione e obiettivi del progetto

Il progetto di ricerca che verrà presentato in questo capitolo è coordinato dalla prof.ssa Marta Tremolada, docente del Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione dell'Università degli Studi di Padova e dirigente psicologa presso la U.O.C. di Oncoematologia Pediatrica. Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'impatto del COVID19 nelle vite dei preadolescenti e degli adolescenti afferenti all'Oncoematologia Pediatrica di Padova (Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Padova), la loro qualità di vita percepita, le loro strategie di coping per affrontare lo stress e la loro intelligenza emotiva. Tali informazioni sono state confrontate con quelle ricavate da un gruppo di coetanei grazie alla collaborazione degli studenti del corso di psicologia della salute della prof.ssa Sabrina Bonichini. Lo scopo del progetto è quello di avere maggiori informazioni sulle strategie di coping, l'intelligenza emotiva e la qualità di vita nell'attuale periodo post-pandemia sia per un aspetto meramente conoscitivo, che per comprendere meglio i bisogni psicosociali degli adolescenti con malattia oncologica.

Come si è visto nei capitoli precedenti, numerosi studi evidenziano gli effetti negativi causati indirettamente dal COVID19, così come l'importanza dell'intelligenza emotiva e delle strategie di coping per farvi fronte (Delvecchio et al., 2022; Minozzi et al., 2021; Pauletto et al., 2021). Allo stesso tempo, molteplici evidenze empiriche hanno dimostrato la necessità di monitorare la qualità di vita degli adolescenti malati di tumore, vista la quantità di stressor che affrontano nella loro vita quotidiana (Mastorci et al., 2021). Il presente progetto di ricerca indaga la relazione tra tutti gli aspetti appena elencati e

propone un confronto tra adolescenti con malattia oncoematologica e coetanei sani nella realtà del nord-est d'Italia.

4.2 Le domande di ricerca

Le domande di ricerca di questo progetto sono state suddivise in due macroaree.

- **AREA A**

Il primo obiettivo era di tipo esplorativo. In primo luogo, si volevano raccogliere informazioni circa la qualità di vita, l'intelligenza emotiva, il coping e l'impatto del COVID19 tra gli adolescenti afferenti all'Oncoematologia Pediatrica di Padova. Inoltre, si voleva stabilire se all'interno del gruppo clinico vi fossero associazioni tra le variabili sociodemografiche e le variabili dipendenti d'interesse, costituite dalle sottoscale degli strumenti selezionati ai fini della ricerca. Conoscere i fattori associati a più alti livelli di benessere e resilienza, infatti, è essenziale per progettare interventi di prevenzione sulla salute mentale.

Di seguito vengono riportate le ipotesi più specifiche dell'area A.

IPOTESI A1: tra i fattori demografici considerati, l'età e il genere sono variabili correlate a determinate strategie di coping. Le evidenze empiriche dimostrano che l'età è correlata positivamente all'utilizzo di strategie di approccio e negativamente a quelle di evitamento (Eschenbeck et al., 2007). Al contrario, non si riscontrano differenze per la ricerca di supporto sociale. Il ricorso a questa strategia di coping, tuttavia, è legato a differenze di genere essendo preferito maggiormente dalle femmine (Eschenbeck et al., 2007; Hampel & Petermann, 2005). Le donne, inoltre,

fanno più affidamento degli uomini alle strategie di evitamento (Hampel & Petermann, 2005; Meléndez et al., 2012).

IPOTESI A2: in letteratura sono presenti risultati discordanti sulle differenze di genere riscontrate nei punteggi di intelligenza emotiva, forse dovuti alla diversità degli strumenti utilizzati che si distinguono in questionari self report o basati sulla performance (Sánchez-Núñez et al., 2008). Avendo utilizzato l'EQ-i:YV nel presente progetto di ricerca, si pensa di replicare i risultati emersi dalla validazione italiana del questionario (Fancello & Cianchetti, 2012). Nello specifico si ipotizza che le femmine totalizzano risultati migliori dei maschi nella scala interpersonale e i maschi risultati più elevati delle femmine nella scala di adattabilità e di impressione positiva.

IPOTESI A3: la qualità di vita percepita è correlata all'utilizzo di determinate strategie di coping di evitamento e di approccio. Generalmente le strategie di coping attive sono considerate più efficaci e quindi correlate a un miglior funzionamento psicologico (Compas et al., 2012; Trask et al., 2003). Nonostante ciò, alcune evidenze sostengono che le strategie di evitamento non siano disadattive a tutti gli effetti. Infatti, si rivelano efficaci nelle situazioni in cui non è possibile agire direttamente sul problema in quanto poco controllabile, come, per esempio, durante la fase più intensa dei trattamenti (Bradford et al., 2022; Murphy et al., 2017).

IPOTESI A4: le strategie di coping di evitamento sono correlate a un maggiore sofferenza provata a causa del COVID19. Secondo quanto riscontrato dagli studi sugli effetti psicologici dovuti allo stress della pandemia da COVID19, chi ha fatto fronte agli stressor in maniera disadattiva, ossia facendo ricorso principalmente a strategie di evitamento, riporta di aver sofferto maggiormente (Delvecchio et al., 2022; Pigaiani et al., 2020).

IPOTESI A5: i punteggi ottenuti nel calcolo del quoziente emotivo sono correlati all'utilizzo di determinate strategie di coping. Se si considera che l'intelligenza emotiva implichi la capacità di regolare le proprie emozioni per far fronte alle richieste dell'ambiente, essa può essere considerata un prerequisito per lo sviluppo delle strategie di coping (Downey et al., 2010). Gli adolescenti che regolano efficacemente le proprie emozioni riescono anche ad affrontare e a superare gli stressor della vita quotidiana senza sviluppare comportamenti esternalizzanti o internalizzanti (Downey et al., 2010). Studi dimostrano che l'intelligenza emotiva è correlata positivamente all'utilizzo di strategie di coping adattive come il problem solving, la ricerca di supporto sociale e la ristrutturazione cognitiva (Campbell & Ntobedzi, 2007; Moradi et al., 2011; Zeidner et al., 2012).

▪ **AREA B**

Il secondo obiettivo era quello di verificare se vi fossero differenze significative tra il gruppo clinico e di controllo, sia tra le variabili sociodemografiche sia tra quelle dipendenti. Gli adolescenti con malattia oncoematologica, infatti, costituiscono un sottogruppo di pazienti che necessita particolare attenzione in quanto i numerosi eventi stressanti a cui sono costantemente sottoposti possono eccedere le loro risorse per farvi fronte e peggiorare così il loro benessere psicologico. Le peculiarità presenti all'interno del gruppo clinico possono aiutare a comprendere quali siano i bisogni specifici degli adolescenti e, di conseguenza, a individualizzare e personalizzare la loro presa in carico.

Di seguito vengono riportate le ipotesi più specifiche dell'area B.

IPOTESI B1: ci si aspetta che la qualità di vita percepita al momento attuale nel gruppo clinico sia più bassa di quella del gruppo di controllo. La diagnosi di tumore è, infatti, un evento stressante potenzialmente traumatico che può avere ricadute sulla qualità di vita percepita, soprattutto in adolescenza (Bult et al., 2019; Quinn et al., 2015; Sodergren et al., 2017; Tremolada et al., 2020). Non si attendono differenze tra i due gruppi per quello che riguarda la qualità di vita percepita pre-pandemia in quanto a quel tempo gli adolescenti del gruppo clinico non avevano ancora ricevuto la loro diagnosi. Invece, in linea con uno studio precedente che riporta livelli significativamente più alti di speranza nel futuro per un gruppo di adolescenti con malattia oncoematologica, si ipotizza che i pazienti del gruppo clinico si aspettino di avere una soddisfazione della vita più alta nel futuro rispetto agli adolescenti del gruppo di controllo (Tremolada et al., 2020).

IPOTESI B2: si ipotizza che gli adolescenti del gruppo clinico utilizzino strategie di coping più diversificate di quelli del gruppo di controllo. Una rassegna piuttosto esaustiva ha rivelato che ciò che differenzia i processi di coping tra gli adolescenti con malattia oncologica e i coetanei non sia la quantità di strategie utilizzate, bensì il pattern di risposte scelte per far fronte allo stress (Decker, 2006). Per rispondere a un evento potenzialmente traumatico e pervasivo come una malattia oncologica, infatti, le persone mettono in gioco tutte le proprie risorse disponibili e devono necessariamente affinarle e potenziarle (Rosenberg et al., 2014).

IPOTESI B3: si presume che gli adolescenti del gruppo clinico abbiano livelli più alti di intelligenza emotiva rispetto al gruppo di controllo. Al di là dei documentati effetti negativi dell'esperienza di una malattia oncologica, gli adolescenti che affrontano e superano un evento potenzialmente traumatico possono beneficiare

anche di alcuni effetti positivi che promuovono la loro maturità psicologica e che potrebbero portare a una maggiore resilienza e capacità di intelligenza intra e interpersonale (Linley & Joseph, 2004; Tuck & Patlamazoglou, 2019; Turner-Sack et al., 2012; Wicks & Mitchell, 2010).

IPOTESI B4: rispetto al ruolo del COVID19, ci si chiede se, in generale, vi siano differenze tra gli adolescenti con malattia oncoematologica e i loro coetanei riguardo all'impatto degli stressor secondari legati alla pandemia e alla sofferenza generale provata. Alcune evidenze empiriche riportano che durante il COVID19 gli adolescenti con precedente diagnosi di tumore hanno riscontrato livelli simili di distress (Shay et al., 2022). Tuttavia, non esistono studi riguardo la valutazione dell'impatto del COVID19 da parte di adolescenti che hanno ricevuto una diagnosi di tumore successiva alla fase acuta di diffusione del virus COVID19.

4.3 Il metodo

4.3.1 I partecipanti

Il progetto di ricerca in questione prevede la partecipazione di un gruppo di controllo, costituito da adolescenti e preadolescenti reclutati dalla prof.ssa Bonichini durante il corso del suo insegnamento di Psicologia della salute del bambino, e un gruppo clinico. Il gruppo clinico è composto da alcuni pazienti della Clinica di Oncoematologia Pediatrica di Padova individuati dalla Dott.ssa Tremolada, con la collaborazione delle tirocinanti post-lauream. Gli adolescenti del gruppo clinico sono stati reclutati presso la sede del Day Hospital al momento delle visite o durante i ricoveri in reparto nei mesi di maggio, giugno e luglio 2022. Dopo aver presentato il progetto ai ragazzi e ai loro genitori, a chi ha acconsentito a partecipare è stato consegnato il consenso informato

affinché fosse firmato da entrambi i genitori o dall'adolescente se maggiorenne. Successivamente, si è iniziata la somministrazione dei questionari attraverso un'intervista strutturata della durata di 40 minuti circa. In due casi particolari, non essendo stato possibile effettuare le interviste in presenza, si sono svolte in modalità telematica. Nel caso del gruppo di controllo, tutti gli adolescenti reclutati hanno compilato i questionari previsti attraverso un colloquio in forma online protetta tra i mesi di marzo e maggio 2022.

Rispetto alle caratteristiche anagrafiche, il gruppo di controllo è composto da 23 adolescenti, di cui 16 maschi e 7 femmine, di età compresa tra i 12 e i 18 anni. Il gruppo clinico è formato da altrettanti 23 adolescenti, tra gli 11 e i 18 anni, di cui 16 maschi e 7 femmine.

Tabella 4.1 Distribuzione di frequenza per la variabile "Genere" e statistiche descrittive della variabile "Età" per il gruppo di controllo e clinico.

GRUPPO	GENERE		ETÀ			
	FEMMINE	MASCHI	MEDIA	DS	MIN.	MAX
CONTROLLO	7	16	15,2	2	12	18
CLINICO	7	16	15,1	2,1	11	18

Nel gruppo clinico sono state indagate alcune variabili associate alla malattia come: le diagnosi specifiche, differenziandole in tumori liquidi e solidi, e il tempo trascorso dalla diagnosi al momento della valutazione. Tali informazioni sono riassunte nelle tabelle 4.2 e 4.3.

Tabella 4.2 Distribuzione di frequenza per le diagnosi di tumore liquido e solido nel gruppo clinico.

DIAGNOSI	FREQUENZA	PERCENTUALE	% CUMULATIVA
Tumori liquidi	16	69,6	69,6
Tumori solidi	7	30,4	100
TOT.	23	100	

Tabella 4.3 Statistiche descrittive di tipo medico.

	MEDIA	DS	MIN.	MAX.
TEMPO DALLA DIAGNOSI (IN MESI)	6,4	6,6	1	22

Il tempo trascorso dalla diagnosi al momento della valutazione ha una media di 6,4 mesi, ma con un'alta variabilità (DS=6,6). Infatti, la diagnosi più recente è datata a distanza di 1 mese dalla valutazione, la meno recente risale a 22 mesi prima della valutazione.

Le restanti caratteristiche sociodemografiche del gruppo clinico e di controllo sono riassunte nella tabella 4.4 e non presentano differenze rilevanti.

Tabella 4.4 Distribuzione delle frequenze percentuali delle variabili sociodemografiche del gruppo di controllo e clinico.

VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE	GRUPPO CONTROLLO	GRUPPO CLINICO
	<i>Frequenze percentuali</i>	
FIGLI UNICI	13	17,4

ADOLESCENTI CON FRATELLI		87	82,6
CLASSE FREQUENTATA (SCOLARITÀ)	<i>Prima media</i>	8,7	8,7
	<i>Seconda media</i>	13	13
	<i>Terza media</i>	8,7	17,4
	<i>Prima superiore</i>	13	8,7
	<i>Seconda superiore</i>	17,4	17,4
	<i>Terza superiore</i>	21,7	13
	<i>Quarta superiore</i>	13	21,7
	<i>Quinta superiore</i>	4,3	0
OCCUPAZIONE MADRE	<i>Nessuna</i>	26,1	30,4
	<i>In cerca</i>	4,3	0
	<i>Part-time</i>	30,4	21,7
	<i>Tempo pieno</i>	39,1	47,8
OCCUPAZIONE PADRE	<i>Nessuna</i>	4,3	4,3
	<i>In cerca</i>	0	0
	<i>Part-time</i>	4,3	0
	<i>Tempo pieno</i>	91,3	95,7
SITUAZIONE ECONOMICA	<i>Sufficiente</i>	0	0
	<i>Adeguate</i>	39,1	30,4
	<i>Buona</i>	60,9	69,6

4.3.2 Gli strumenti

Nel presente studio sono stati utilizzati questionari self-report per indagare le caratteristiche sociodemografiche dei ragazzi, i costrutti di qualità della vita, intelligenza emotiva e coping, l'impatto del COVID19 e la sofferenza causata sulle loro vite.

- Questionario sociodemografico

Il questionario sociodemografico è un semplice questionario realizzato per raccogliere informazioni riguardanti specificamente la composizione familiare degli

adolescenti, il loro livello di scolarità, quello dei genitori, l'occupazione della madre e del padre e la loro situazione economica. È stato somministrato per mezzo di un'intervista strutturata a tutti gli adolescenti.

- Scala della vita (Cantril, 1965 cit. in Zeltzer et al. 2009 - Childhood Cancer Survivor Study, <https://ccss.stjude.org/tools-documents/questionnaires/baseline-and-follow-up-questionnaires.html>)

La Scala della vita è un questionario che richiede al soggetto di indicare da 1 a 10 quanto si sente soddisfatto della sua vita in riferimento al momento attuale, al passato e al futuro. È uno strumento utilizzato nell'ambito della misurazione della qualità di vita dei pazienti oncologici dal Childhood Cancer Survivor Study. Nel presente studio è stato adattato per ottenere una misurazione della soddisfazione della propria vita al momento attuale, in riferimento al passato (prima della diffusione del COVID19) e al futuro. La sommità della scala rappresenta il meglio e la base il peggio.

- Emotional Quotient Inventory: Youth Form – Versione Ridotta (*Bar-On & Parker, 2000; adattamento italiano di Fancello & Cianchetti, 2012*)

L'Emotional Quotient Inventory: Youth Form è la versione per adolescenti dell'Emotional Quotient Inventory, il questionario che valuta l'intelligenza emotiva elaborato da Bar-On nel 1997. Dalla versione per adulti l'autore ha sviluppato anche quella per bambini e adolescenti composta da 60 item. In seguito, ne è stata creata anche una forma ridotta formata da 30 item. Questa è particolarmente indicata in condizioni dove non vi è sufficiente tempo per somministrare quella completa o in

situazioni eccezionali in cui i soggetti presentano limitate capacità di lettura e comprensione o quando potrebbero affaticarsi rispondendo a numerosi item.

La versione breve per bambini e adolescenti è somministrabile ai soggetti dai 7 ai 18 anni e presenta cinque sottoscale che valutano diverse abilità.

- La *scala intrapersonale* valuta l'abilità di comprendere le proprie emozioni e di comunicare i propri bisogni e sentimenti.
- La *scala interpersonale* indica il grado in cui l'adolescente è capace di ascoltare, comprendere le emozioni degli altri e mantenere buone relazioni con essi.
- La *scala di adattabilità* misura la flessibilità nell'accettare cambiamenti e la capacità di affrontare positivamente i problemi quotidiani.
- La *scala di gestione dello stress* indica quanto gli adolescenti sono in grado di lavorare sotto pressione e di controllare le proprie risposte.
- La *scala di impressione positiva* indica il desiderio di dare un'impressione di sé eccessivamente positiva. Questa tendenza è presente soprattutto tra i bambini più piccoli. Punteggi alti registrati nella scala di impressione positiva potrebbero essere rappresentativi anche dei giudizi espressi nelle altre scale e intaccare la validità del questionario. Per questa ragione, punteggi superiori a 120 dovrebbero far interpretare i risultati del questionario con cautela e punteggi superiori a 130 lo rendono quasi sempre invalido.

Al momento della somministrazione, i soggetti devono rispondere agli item del questionario indicando come agiscono, sentono o pensano la maggior parte delle volte nelle diverse situazioni descritte, indicando la loro risposta con un numero da 1 a 4 (1=Non vero o raramente vero; 2=Un po' o qualche volta vero; 3=Abbastanza o spesso vero; 4=Verissimo). Tramite lo scoring si ottengono punteggi grezzi, standard

e percentili di ogni scala del questionario. Primariamente occorre osservare il quoziente emotivo (QE), ossia il livello generale di intelligenza emotiva e sociale con cui l'adolescente affronta la vita quotidiana. Successivamente, è consigliabile soffermarsi sui punteggi ottenuti in ogni sottoscala del questionario per raccogliere informazioni circa i punti di forza e debolezza del soggetto. In generale, punteggi standard tra 90 e 110 si trovano nella media, punteggi inferiori o superiori potrebbero indicare deficit nelle competenze socioemotive del ragazzo.

- *Coping Responses Inventory: Youth Version (Moos, 1993; adattamento italiano di Scozzari, Di Pietro, Ghisi, 2015)*

Il Coping Responses Inventory è un questionario che valuta le risposte di coping messe in atto dalle persone per fronteggiare gli eventi stressanti. Esiste una versione per adulti e una per adolescenti dai 12 ai 18 anni. In entrambi i casi, il CRI si compone di 48 item e può essere compilato autonomamente o somministrato da una figura professionale attraverso un'intervista strutturata. Nella parte iniziale richiede al soggetto di rispondere a dieci item che riguardano la valutazione soggettiva dell'evento stressante preso in considerazione per rispondere al questionario. Questa sezione non viene tenuta in conto ai fini dello scoring, ma è utile per raccogliere informazioni circa la natura dello stressor, la sua prevedibilità e le conseguenze derivate. I 48 item che seguono misurano la tendenza della persona ad utilizzare otto risposte di coping che rappresentano le scale del questionario e vengono raggruppate in quattro categorie in base al focus e al metodo impiegato:

- Le *strategie di approccio-cognitive* comprendono il ragionamento logico (RL) e la rivalutazione positiva (RP).

- Le *strategie di approccio-comportamentali* sono composte dalla ricerca di guida e sostengono (RGS) e dal problem solving (PS).
- Le *strategie di evitamento-cognitive* implicano l'evitamento cognitivo (EC) e l'accettazione e rassegnazione (AR).
- Le *strategie di evitamento-comportamentali* comprendono, infine, la ricerca di gratificazioni alternative (RGA) e lo sfogo emozionale (SE).

Ogni scala è formata da sei item verso i quali il soggetto esprime la frequenza con cui si affida alla risposta di coping descritta sulla base di quattro alternative che variano da “mai” ad “abbastanza spesso”. Lo scoring permette di ottenere i punteggi grezzi per ogni sottoscala e successivamente di convertirli in punti T. I risultati che si situano tra i 46 e i 54 punti T sono considerati in media rispetto alla popolazione di riferimento.

- COVID-19 Exposure and Family Impact Scales – Adolescents and Young Adults Version (*Kazak et al. 2021; <https://www.healthcaretoolbox.org/covid19-exposure-family-impact-scale>*)

Le COVID-19 Exposure and Family Impact Scales (versione per adolescenti e giovani adulti) sono scale che misurano l'impatto percepito del COVID19 su di sé e sulla propria famiglia. Derivano dal presupposto che la diffusione del COVID19, avendo causato numerosi cambiamenti nella vita quotidiana delle persone, sia stata un'esperienza potenzialmente traumatica e abbia causato un peggioramento del benessere psicologico della popolazione. In base a questo assunto, maggiore è l'influenza del COVID19 nei diversi domini della vita dell'adolescente e della sua famiglia, maggiore è l'impatto percepito.

Nella prima parte, il questionario include 28 item che richiedono al soggetto informazioni circa la diretta esposizione al virus COVID19. Nella seconda parte, sono presenti 14 item che misurano l'impatto del COVID19 sulle relazioni familiari, sul proprio stato d'animo e sul benessere fisico, psicologico e sociale. Il soggetto può rispondere assegnando a ogni item un punteggio che varia da 1 a 4 (1=Impatto molto positivo; 2=Impatto abbastanza positivo; 3=Impatto abbastanza negativo; 4=Impatto molto negativo). È presa in considerazione anche la possibilità di apporre la voce "Non applicabile" qualora la pandemia non abbia causato cambiamenti al dominio descritto nell'item. Vi è poi un'ulteriore domanda che chiede al soggetto di esprimere da 1 a 10 quanta sofferenza generale ha causato il COVID19 (1=Nessuna sofferenza; 10=Estrema sofferenza). Infine, è presente una domanda aperta che chiede di riassumere quali siano stati gli effetti positivi e negativi della pandemia da COVID19 riscontrati dall'adolescente. Lo scoring prevede di calcolare la media dei 14 item della seconda parte per avere un'idea dell'impatto causato dalla pandemia. Inoltre, è possibile confrontare diversi soggetti sulla risposta data alla terza sezione del questionario. Le informazioni aggiuntive estrapolate dall'ultima domanda aperta possono contribuire ad interpretare le risposte del soggetto. Nel presente studio sono state somministrate solo la seconda e la terza parte.

4.3.3 La procedura

Nella prima fase dello studio si sono reclutati i soggetti del gruppo di controllo e quello clinico per procedere, previa firma del consenso informato, alla raccolta dei dati. Successivamente, si è proceduto con l'appaiamento dei soggetti di controllo con quelli sperimentali in modo da controllare le differenze delle loro caratteristiche anagrafiche e

sociodemografiche. In seguito, i dati raccolti sono stati analizzati statisticamente per verificare le ipotesi avanzate.

4.3.4 Piano delle analisi statistiche

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico SPSS – versione 28.

In primo luogo, si sono calcolate le statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche del gruppo clinico e di controllo per assicurarsi che fossero quanto più simili possibile e idonei al confronto. Successivamente, si sono svolte le statistiche descrittive per i punteggi ottenuti nei diversi strumenti somministrati ai soggetti del gruppo clinico, il focus di maggiore interesse del presente studio. In seguito, si sono svolte le correlazioni non parametriche (Rho di Spearman) per verificare la presenza di associazioni tra le variabili sociodemografiche e i punteggi delle diverse scale degli strumenti utilizzati, sia nel gruppo di controllo che in quello clinico (AREA A). Per confrontare le medie ottenute da maschi e femmine nelle diverse scale si è utilizzato il Test T per campioni indipendenti (AREA A). Infine, per confrontare tra loro i risultati del gruppo clinico e di controllo (AREA B) si è utilizzato il Test T a campioni accoppiati.

4.4 I risultati

▪ AREA A

L'area A aveva il fine di indagare le possibili correlazioni tra le variabili sociodemografiche e le sottoscale degli strumenti del gruppo clinico. I risultati delle statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche sono stati esposti nel sottoparagrafo 4.3.1.

Di seguito si riportano i risultati delle statistiche descrittive ottenuti dal gruppo clinico nella Scala della vita (tabella 4.5). La media dei punteggi assegnati dagli adolescenti alla percezione della qualità di vita al momento attuale è di 5,7; più bassa di quella riferita al passato (7,22) e di quella che gli adolescenti si aspettano di avere nel futuro (8,83).

Tabella 4.5 Statistiche descrittive del punteggio del gruppo clinico rispetto alla percezione della qualità di vita in riferimento al presente, al passato e al futuro.

	MEDIA	DS	MIN.	MAX.
QoL ATTUALE	5,74	1,48	2	8
QoL PASSATA	7,22	1,83	3	10
QoL FUTURA	8,83	1,19	5	10

Tutti i risultati, espressi in punti T, ottenuti nelle scale del CRI-Youth si situano nella media rispetto alla popolazione di riferimento. In generale, gli adolescenti utilizzano più strategie di approccio e, tra queste, quella meno utilizzata è quella del problem solving (53,78%).

Tabella 4.6 Statistiche descrittive dei risultati del gruppo clinico nelle scale di ragionamento logico (RL), rivalutazione positiva (RP), ricerca di guida e sostegno (RGS), problem solving (PS), evitamento cognitivo (EC), accettazione e rassegnazione (AR), ricerca di gratificazioni alternative (RGA) e sfogo emozionale (SE) del CRI-Youth.

	MEDIA	DS	MIN.	MAX.
RL	52,87	7,4	36	64
RP	57,70	9,67	30	72
RGS	56,22	8,03	37	72
PS	53,78	9,26	42	69
EC	49,35	7,11	36	65
AR	52,52	7,42	39	68
RGA	48,35	11,4	28	69
SE	47,83	9,76	32	69

I risultati del CRI-Youth espressi in punti T sono stati ricodificati in tre range (≥ 46 =In media o sopra la media; $41 < 45$ =Lievemente sotto la media; ≤ 40 =Marcatamente sotto la media) per ottenere un'idea della distribuzione dei punteggi dei singoli soggetti sopra e sotto la media. In tutte le scale del questionario i risultati della maggioranza degli adolescenti si trovano nella norma.

Tabella 4.7 Distribuzioni di frequenza dei punteggi in media e sotto la media del gruppo clinico nelle scale di ragionamento logico (RL), rivalutazione positiva (RP), ricerca di guida e sostegno (RGS), problem solving (PS), evitamento cognitivo (EC), accettazione e rassegnazione (AR), ricerca di gratificazioni alternative (RGA) e sfogo emozionale (SE) del CRI-Youth.

		F. ASSOLUTA	%	% CUMULATIVA
RL	In media o sopra la media	19	82,6	82,6
	Lievemente sotto la media	3	13	95,7
	Marcatamente sotto m.	1	4,3	100
	TOT.	23	100	100
RP	In media o sopra la media	22	95,7	95,7
	Lievemente sotto la media	0	0	95,7
	Marcatamente sotto m.	1	4,3	100
	TOT.	23	100	100
RGS	In media o sopra la media	21	91,3	91,3
	Lievemente sotto la media	1	4,3	95,7
	Marcatamente sotto M.	1	4,3	100
	TOT.	23	100	100
PS	In media o sopra la media	16	69,6	69,6
	Lievemente sotto la media	7	30,4	100
	Marcatamente sotto m.	0	0	100
	TOT.	23	100	100
EC	In media o sopra la media	18	78,3	78,3
	Lievemente sotto la media	3	13	91,3
	Marcatamente sotto m.	2	8,7	100
	TOT.	23	100	100
AR	In media o sopra la media	19	82,6	82,6
	Lievemente sotto la media	2	8,7	91,3
	Marcatamente sotto m.	2	8,7	100
	TOT.	23	100	100
RGA	In media o sopra la media	12	52,2	52,2
	Lievemente sotto la media	4	17,4	69,6

	Marcatamente sotto m.	7	30,4	100
	TOT.	23	100	100
SE	In media o sopra la media	13	56,5	56,5
	Lievemente sotto la media	5	21,7	78,3
	Marcatamente sotto m.	5	21,7	100
	TOT.	23	100	100

Anche per quanto riguarda i punteggi ottenuti dal gruppo clinico nelle scale dell'EQ-i:YV e nel quoziente emotivo totale, tutti si situano nella media rispetto alla popolazione di riferimento.

Tabella 4.8 Statistiche descrittive dei risultati del gruppo clinico nelle scale dell'EQ-i:YV e nel quoziente emotivo totale.

	MEDIA	DS	MIN.	MAX.
IMPRESSIONE POSITIVA	94,39	16,29	60	119
SCALA INTRAPERSONALE	91,83	15,54	69	130
SCALA INTERPERSONALE	99,87	12,11	72	121
GESTIONE DELLO STRESS	99,30	14,84	71	127
ADATTABILITÀ	97,26	14,52	80	129
QE TOTALE	93,83	15,04	66	112

I punteggi standardizzati sono stati suddivisi in due range (90<110=In media; <90=Sotto la media) per avere informazioni circa la loro distribuzione sopra e sotto la media. Nella

scala intrapersonale la maggioranza dei soggetti (52,2%) ha ottenuto un punteggio che si situa al di sotto della media.

Tabella 4.9 Statistiche descrittive dei punteggi in media e sotto la media del gruppo clinico nelle scale dell'EQ-i:YV e nel quoziente emotivo totale.

		F. ASSOLUTA	%
IMPRESSIONE POSITIVA	In media o sopra la media	13	56,5
	Sotto la media	10	43,5
	TOT.	23	100
SCALA INTRAPERSONALE	In media o sopra la media	11	47,8
	Sotto la media	12	52,2
	TOT.	23	100
SCALA INTERPERSONALE	In media o sopra la media	18	78,3
	Sotto la media	5	21,7
	TOT.	23	100
GESTIONE DELLO STRESS	In media o sopra la media	19	82,6
	Sotto la media	4	17,4
	TOT.	23	100
ADATTABILITÀ	In media o sopra la media	13	56,5
	Sotto la media	10	43,5
	TOT.	23	100
QE TOTALE	In media o sopra la media	16	69,6
	Sotto la media	7	30,4
	TOT.	23	100

Rispetto alle CEFIS-AYA, la media dell'impatto del COVID19, misurato attraverso un punteggio variabile da 1 a 4 (1=Impatto molto positivo; 2=Impatto abbastanza positivo; 3=Impatto abbastanza negativo; 4=Impatto molto negativo) è di 2,5. La media della

sofferenza generale misurata su una scala da 1 a 10 (1=Nessuna sofferenza; 10=Estrema sofferenza) è di 4,52.

Tabella 4.10 Statistiche descrittive dei punteggi del gruppo clinico nelle scale CEFIS-AYA.

	MEDIA	DS	MIN.	MAX.
IMPATTO COVID19	2,51	0,45	1,82	3,33
SOFFERENZA GENERALE	4,52	2,04	1	8

Di seguito si riportano i risultati delle correlazioni riscontrate nel gruppo clinico tra le variabili sociodemografiche e quelle ricavate dalle diverse scale dei questionari utilizzati. L'ipotesi A1 sosteneva che le variabili riferite all'età e al genere fossero correlate all'utilizzo di determinate strategie di coping. I risultati dimostrano la presenza di una correlazione positiva tra la variabile "Scolarità", misurata in anni in base alla classe frequentata dagli adolescenti, la variabile "Età" e l'utilizzo di strategie di rivalutazione positiva, una scala del CRI-Youth. La scolarità, ma non l'età, correla positivamente anche con la strategia di problem solving. Inoltre, si osserva una correlazione negativa tra il tempo trascorso dalla diagnosi e l'utilizzo del ragionamento logico. Non emerge nessuna associazione tra il genere e le variabili dipendenti. Si può concludere quindi che l'ipotesi A1 è stata solo parzialmente verificata.

Tabella 4.11 Correlazioni non parametriche di Spearman tra le variabili sociodemografiche e le variabili dipendenti del gruppo clinico.

	rho	p	N
ETÀ e RIVALUTAZIONE POSITIVA	.448*	.03	23
SCOLARITÀ e RIVALUTAZIONE POSITIVA	.468*	.02	23
SCOLARITÀ e PROBLEM SOLVING	.467*	.03	23
TEMPO DALLA DIAGNOSI e RAGIONAMENTO LOGICO	-.455*	.03	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05

Secondo l'ipotesi A2 ci si aspettava che il genere fosse associato anche ai punteggi totalizzati dagli adolescenti nell'EQ-i:YV. Tuttavia, tra tutte le variabili sociodemografiche del gruppo clinico, solo quella riguardante la presenza di fratelli presenta una correlazione positiva con la scala intrapersonale del questionario di intelligenza emotiva. L'ipotesi A2, dunque, non è stata verificata.

Tabella 4.12 Correlazioni non parametriche di Spearman tra le variabili sociodemografiche e le variabili dipendenti del gruppo clinico.

	rho	p	N
FRATELLI e SCALA INTRAPERSONALE	.416*	.049	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05

Per verificare l'ipotesi A3 sulla presenza di un'associazione tra la qualità di vita percepita e le strategie di coping utilizzate dal gruppo clinico, sono state svolte alcune correlazioni

non parametriche. Dai risultati è emerso che la strategia di sfogo emozionale per fare fronte allo stress correla negativamente con la percezione della qualità di vita al momento attuale. Il problem solving correla positivamente con la percezione della qualità di vita in riferimento al passato, al contrario della strategia di accettazione e rassegnazione che correla negativamente con essa. L'ipotesi A3 è stata verificata.

Tabella 4.13 Correlazioni non parametrica di Spearman tra la percezione della qualità di vita al momento attuale e la strategia di sfogo emozionale; tra la percezione della propria qualità di vita nel passato e le strategie di problem solving e accettazione e rassegnazione.

	rho	p	N
QoL ATTUALE e SFOGO EMOZIONALE	-.440*	.04	23
QoL PASSATA e PROBLEM SOLVING	.624**	.001	23
QoL PASSATA e ACCETTAZIONE E RASSEGNAZIONE	-.449*	.032	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05

**La correlazione è significativa a livello 0.01.

L'ipotesi A4 sosteneva che vi fosse una correlazione positiva tra l'utilizzo di strategie di coping di evitamento e la sofferenza causata dalla pandemia da COVID19 misurata attraverso le CEFIS-AYA. In realtà, l'unica correlazione riscontrata tra questo strumento e le strategie di coping è quella tra l'utilizzo della rivalutazione positiva e la media di impatto del COVID19. Si può concludere che l'ipotesi A4 non è stata verificata.

Tabella 4.14 Correlazioni non parametrica di Spearman tra l'impatto del COVID19 e la strategia di rivalutazione positiva.

	rho	p	N
IMPATTO COVID19 e RIVALUTAZIONE POSITIVA	.441*	.04	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05.

Infine, l'ipotesi A5 sosteneva che determinate strategie di coping fossero associate ai risultati ottenuti nelle scale dell'EQ-i:YV e nel quoziente emotivo totale. Effettivamente, il problem solving è correlato positivamente alla scala interpersonale, di adattabilità e al quoziente emotivo totale dell'EQ-i:YV.

Tabella 4.15 Correlazioni non parametriche di Spearman tra l'utilizzo del problem solving come strategia di coping e la scala interpersonale, di adattabilità e il quoziente emotivo totale.

	INTERPERSONALE		ADATTABILITÀ		QE TOT.	
PROBLEM SOLVING	rho	.468*	rho	.632**	rho	.446*
	p	.024	p	.001	p	.033
	N	23	N	23	N	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05

**La correlazione è significativa a livello 0.01.

La ricerca di gratificazioni alternative, invece, correla positivamente con la scala di impressione positiva, con quella intrapersonale e con il quoziente emotivo totale.

L'ipotesi A5 è stata verificata.

Tabella 4.16 Correlazioni non parametriche di Spearman tra l'utilizzo di ricerca di gratificazioni alterative come strategia di coping e la scala di impressione positiva, intrapersonale e il quoziente emotivo totale.

	IMP. POSITIVA		INTRAPERSONALE		QE TOT.	
RICERCA DI GRATIFICAZIONI ALTERNATIVE	rho	.558**	rho	.479*	rho	.492*
	p	.006	p	.021	p	.017
	N	23	N	23	N	23

*La correlazione è significativa a livello 0.05

**La correlazione è significativa a livello 0.01.

Vi è un dato, non previsto dalle ipotesi dell'area A, che riguarda le differenze di genere nell'utilizzo di determinate strategie di coping e nelle abilità di intelligenza emotiva riscontrate nel gruppo di controllo. Come si evince dalla tabella 4.17, le femmine mostrano di utilizzare mediamente più strategie di ragionamento logico [$t(21)=-2,09$ $p=.02$], ricerca di gratificazioni alternative [$t(21)=-2,23$ $p=.02$] e di possedere un più alto livello di abilità interpersonali rispetto ai loro coetanei maschi [$t(21)=-1,69$ $p=.05$].

Tabella 4.17 Test T per campioni indipendenti per il confronto tra le medie dei maschi e delle femmine del gruppo di controllo rispetto all'utilizzo del ragionamento logico, della ricerca di gratificazioni alternative e alla scala interpersonale dell'EQ-i:YV.

	M	F	DIFF.	t	gl	p
RAGIONAMENTO LOGICO	42,38	53,86	-11,48	-2,09	21	.02*
R. DI GRATIFICAZIONI ALTERNATIVE	40,31	49,14	-8,83	-2,23	21	.02*
SCALA INTERPERSONALE	100	111	-11	-1,69	21	.05*

*La correlazione è significativa a livello 0.05.

Di seguito si osserva la rappresentazione grafica della differenza tra le medie dei maschi e delle femmine nel gruppo di controllo.

Grafico 4.1 Differenza tra le medie dei maschi e delle femmine del gruppo di controllo nel ragionamento logico (RL) e nella ricerca di gratificazioni alternative (RGA), due scale del CRI-Youth.

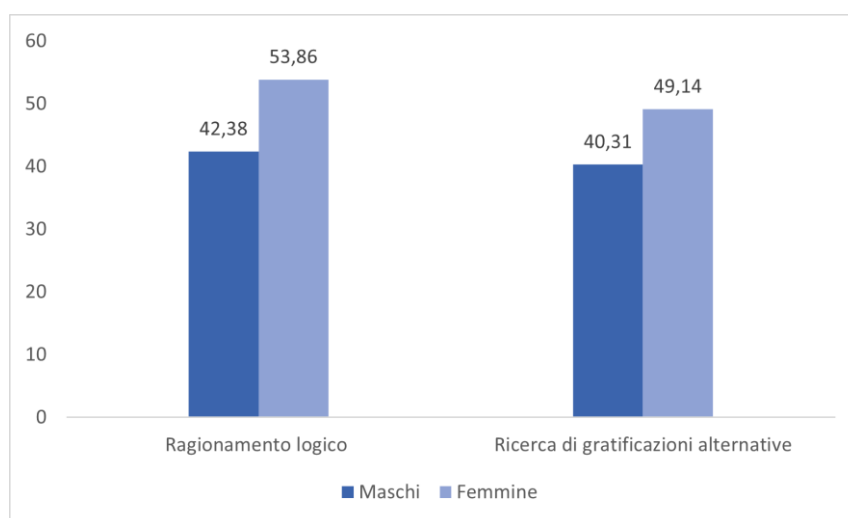
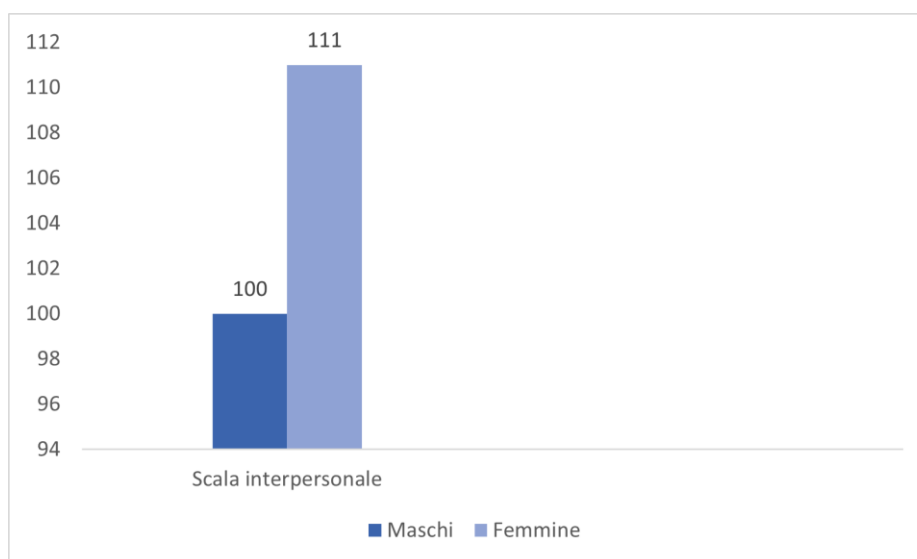


Grafico 4.2 Differenza tra le medie dei maschi e delle femmine del gruppo di controllo nella scala interpersonale dell'EQ-i:YV.



▪ AREA B

L'obiettivo era quello di verificare se vi fossero differenze significative tra il gruppo clinico e di controllo nei risultati ottenuti dalla somministrazione degli strumenti di indagine della qualità di vita, del coping, dell'intelligenza emotiva e dell'impatto del COVID19.

L'ipotesi B1 sosteneva che nella Scala della vita riferita al momento attuale il gruppo clinico avrebbe ottenuto punteggi più bassi. Sempre secondo l'ipotesi B1, non si sarebbero dovute riscontrare differenze significative nella Scala della vita riferita al passato. Invece, rispetto alla soddisfazione della vita nel futuro si attendevano punteggi più alti nel gruppo clinico.

Nella percezione della propria qualità di vita il gruppo clinico riporta risultati significativamente più bassi nella scala attuale [$t(22)=3,3$ $p=.002$], nessuna differenza rispetto al gruppo di controllo nella scala riferita al passato [$t(22)=,54$ $p=.297$] e una

migliore qualità di vita in riferimento al futuro [$t(22)=-1,71$ $p=.05$]. L'ipotesi B1 risulta, quindi, verificata.

Tabella 4.18 Test T a campioni accoppiati per il confronto tra le medie del gruppo clinico e di controllo nella percezione della qualità di vita attuale, in riferimento al passato e al futuro.

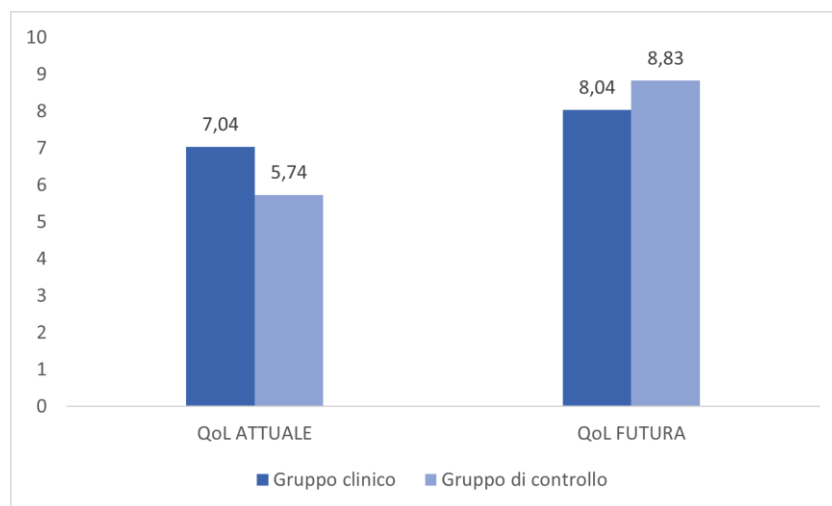
		MEDIA	DIFF.	t	gl	p
QoL ATTUALE	Gruppo di controllo	7,04	1,3	3,3	22	.002**
	Gruppo clinico	5,74				
QoL PASSATA	Gruppo di controllo	7,57	,35	,54	22	.297
	Gruppo clinico	7,22				
QoL FUTURA	Gruppo di controllo	8,04	-,79	-1,71	22	.05*
	Gruppo clinico	8,83				

*La correlazione è significativa a livello 0.05.

**La correlazione è significativa a livello 0.01.

Di seguito si può osservare la rappresentazione grafica della differenza tra le medie.

Grafico 4.3 Differenza tra le medie rispetto alla qualità di vita percepita al momento attuale e in riferimento al futuro.



Secondo l'ipotesi B2 il gruppo clinico utilizzava più strategie di coping rispetto al gruppo di controllo.

Effettivamente, il gruppo clinico utilizza più strategie di coping di rivalutazione positiva [t(22)=-3,04 p=.003], ricerca di guida e sostegno [t(22)=-2,63 p=.014], problem-solving [t(22)=-2,66 p=.007], ricerca di gratificazioni alternative [t(22)=-1,73 p=.048] e sfogo emozionale [t(22)=-1,73 p=.049]. Dunque, l'ipotesi B2 è stata verificata e sono state specificate le strategie di coping più utilizzate.

Tabella 4.19 Test T a campioni accoppiati per il confronto tra medie del gruppo di controllo e clinico nell'utilizzo di rivalutazione positiva (PS), ricerca di guida e sostegno (RGS), problem solving (PS), ricerca di gratificazioni alternative (RGA) e sfogo emozionale (SE).

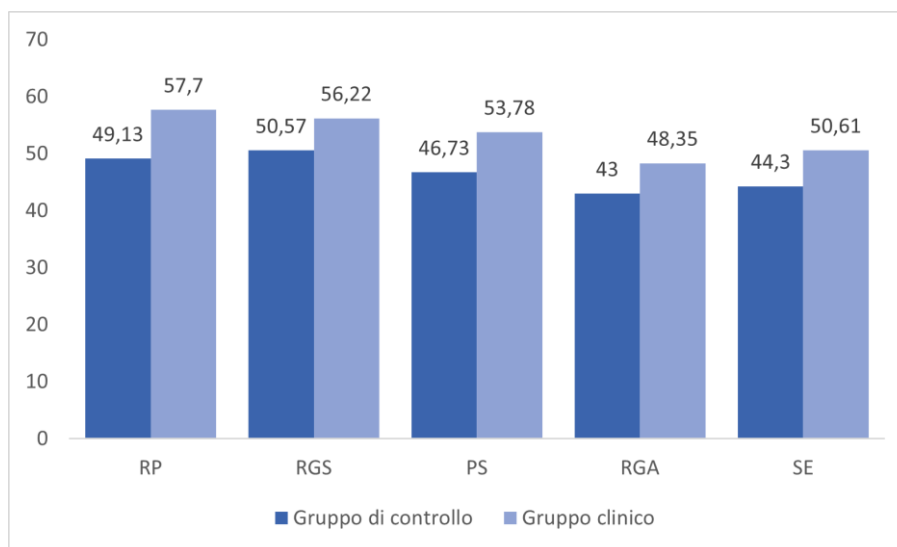
		MEDIA	DIFF.	t	gl	p
RP	Gruppo di controllo	49,13	-8,57	-3,04	22	.003**
	Gruppo clinico	57,70				
RGS	Gruppo di controllo	50,57	-5,65	-2,63	22	.014*
	Gruppo clinico	56,22				
PS	Gruppo di controllo	46,65	-7,13	-2,66	22	.007**
	Gruppo clinico	53,78				
RGA	Gruppo di controllo	43,00	-5,35	-1,73	22	.048*
	Gruppo clinico	48,35				
SE	Gruppo di controllo	44,30	-6,31	-1,73	22	.049*
	Gruppo clinico	50,61				

*La correlazione è significativa a livello 0.05.

**La correlazione è significativa a livello 0.01.

Nel grafico 4.4 si può osservare la differenza tra le medie del gruppo clinico e di controllo.

Grafico 4.4 Differenze tra le medie del gruppo clinico e di controllo nell'utilizzo di rivalutazione positiva (RP), ricerca di guida e sostegno (RGS) problem solving (PS), ricerca di guida e sostegno (RGA) e sfogo emozionale (SE).



L'ipotesi B3 riguardava la possibilità di ottenere punteggi significativamente maggiori da parte del gruppo clinico nelle scale del questionario di intelligenza emotiva. Tuttavia, l'unico punteggio significativamente maggiore nel gruppo clinico rispetto a quello di controllo è quello che si riferisce alla scala di impressione positiva [$t(22)=-1,898$ $p=.035$].

L'ipotesi B3, quindi, non è stata verificata.

Tabella 4.20 Test T a campioni accoppiati per il confronto tra medie del gruppo di controllo e clinico nella scala di impressione positiva.

		M	DIFF.	t	gl	p
IMPRESSIONE POSITIVA	Gruppo di controllo	86,87	- 7,52	-1,898	22	.035*
	Gruppo clinico	94,39				

*La correlazione è significativa a livello 0.05

Infine, attraverso la verifica dell'ipotesi B4 si era interessati a capire se vi fossero differenze significative nei punteggi delle CEFIS-AYA tra i due gruppi messi a confronto. Nel gruppo clinico è stato riscontrato un impatto del COVID19 significativamente

maggiore rispetto a quello riportato dal gruppo di controllo [$t(22)=-1,848$ $p=.039$], ma anche una minore sofferenza generale [$t(22)=1,763$ $p=.046$].

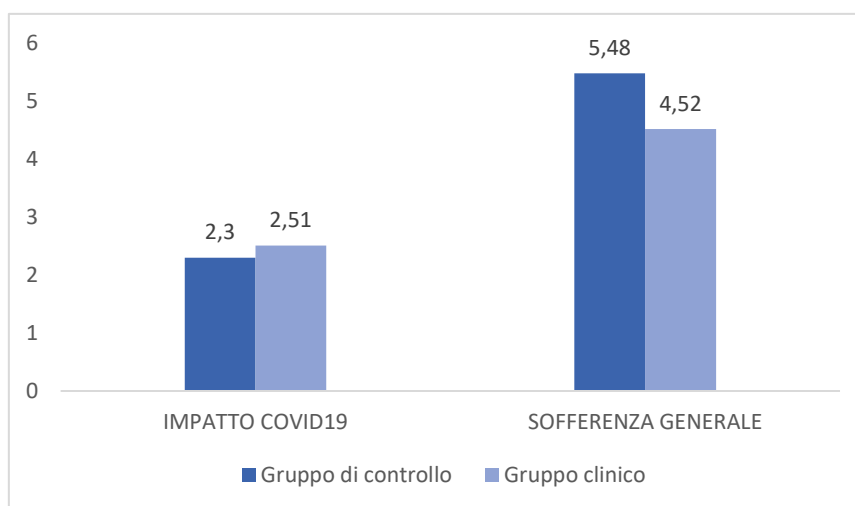
Tabella 4.21 Test T a campioni accoppiati per il confronto tra medie del gruppo di controllo e clinico rispetto all'impatto e alla sofferenza generale causata dal COVID19.

		M	DIFF.	t	gl	p
IMPATTO COVID19	Gruppo di controllo	2,3	-0,21	-1,848	22	.039*
	Gruppo clinico	2,51				
SOFFERENZA GENERALE	Gruppo di controllo	5,48	0,96	1,763	22	.046*
	Gruppo clinico	4,52				

*La correlazione è significativa a livello 0.05

Nel grafico 4.5 è possibile osservare la rappresentazione grafica della differenza tra le medie del gruppo clinico e di controllo rispetto all'impatto del COVID19 e alla sofferenza generale.

Grafico 4.5 Differenza tra le medie del gruppo clinico e di controllo per l'impatto e la sofferenza generale causata dal COVID19.



5. Discussione

Gli avvenimenti degli ultimi anni hanno costituito una grande minaccia per la salute mentale degli adolescenti che più di qualsiasi altra fascia della popolazione hanno risentito degli effetti secondari legati alla pandemia da COVID19 (Di Fazio et al., 2022). L'isolamento sociale, la conversione della frequenza scolastica in didattica a distanza e la conseguente perdita di occasioni formative e di socializzazione hanno comportato grandi alterazioni nella vita quotidiana dei giovani e rappresentato un ostacolo al processo di acquisizione della propria indipendenza (Mastorci et al., 2021).

A questo fenomeno imprevisto e caratterizzato da grande incertezza, per alcuni di loro si è aggiunta la diagnosi di una malattia oncologica che già di per sé costituisce un fattore potenzialmente traumatico (Zebrack et al., 2014). Sebbene oggi la qualità e il successo delle cure abbiano raggiunto traguardi incoraggianti, il percorso di trattamento può riservare molteplici difficoltà per gli adolescenti.

Per questo, possedere abilità e strategie efficaci per farvi fronte può fare la differenza (Zebrack et al., 2014). I diversi modi in cui le persone rispondono allo stress sono influenzati sia dalla disponibilità delle risorse personali sia da contingenze esterne e possono rivelarsi più o meno adattivi (Stephenson et al., 2016). Fortunatamente questi sono fattori modificabili che possono essere oggetto di potenziamento con il fine di preservare il benessere psicologico dei pazienti, obiettivo di primaria importanza insieme alla cura della salute fisica (Rosenberg et al., 2014).

Il presente progetto di ricerca si inserisce all'interno di questo contesto, avendo come scopo quello di ottenere maggiori informazioni circa la qualità di vita, le strategie di coping, l'intelligenza emotiva e l'impatto del COVID19 tra gli adolescenti con malattia oncoematologica nella realtà del nord-est d'Italia. Conoscere i loro bisogni psicofisici,

punti di forza e debolezza è una condizione necessaria per poterli accogliere adeguatamente.

I risultati, così come le domande di ricerca, sono state suddivisi in due aree diverse: nella prima si sono raccolte informazioni circa la situazione degli adolescenti con malattia oncoematologica, nella seconda i risultati sono stati confrontati con quelli di un gruppo di controllo formato da adolescenti sani.

Nel complesso, i risultati emersi dall'analisi della percezione della qualità di vita del gruppo clinico sono in linea con quanto ci si potrebbe aspettare. Mostrano infatti punteggi piuttosto bassi e insufficienti, sotto il sei, in riferimento al momento attuale, punteggi più elevati, sul sette, in riferimento alla loro qualità di vita nel passato e ancora più alti, quasi sul nove, in riferimento al futuro. Quest'ultimo dato potrebbe essere indice dell'ottimismo che gli adolescenti con malattia oncoematologica nutrono nei confronti della loro futuro e della speranza a cui si affidano per superare il presente (Smorti, 2012; Tremolada et al., 2020).

Per quanto riguarda le strategie di coping e i livelli di intelligenza emotiva, essi descrivono una situazione piuttosto positiva. Infatti, i punteggi medi dell'utilizzo delle otto strategie di coping valutate attraverso il CRI-Youth e quelli ottenuti nel quoziente emotivo totale e nelle varie dimensioni dell'intelligenza emotiva sono in media rispetto ai valori della popolazione di riferimento.

Rispetto ai risultati relativi ai possibili fattori sociodemografici, come età e genere, associati a determinate strategie di coping negli adolescenti affetti da malattia oncoematologica non si riscontrano differenze di genere. Per quanto riguarda l'età, essa è associata positivamente solo con l'utilizzo della strategia di rivalutazione positiva. Questa strategia consiste nel concentrarsi sui risvolti positivi che l'evento stressante ha

comportato ed è considerata una strategia di approccio cognitiva utile a diminuire il distress causato da un evento negativo (Rood et al., 2012). I risultati del presente studio sono in accordo con alcune evidenze empiriche che dimostrano che il ricorso alla rivalutazione positiva e la sua efficacia nel ridurre le emozioni negative aumentano all'aumentare dell'età (Theurel & Gentaz, 2018; K. Williams & McGillicuddy-De Lisi, 1999). Questo potrebbe avvenire grazie alla progressiva maturazione cerebrale e dunque allo sviluppo dei processi mentali responsabili della regolazione emotiva. Un'altra possibilità è che l'accumulo di esperienza nell'affrontare diverse situazioni stressanti da parte degli adolescenti più grandi abbia permesso loro di affinare la strategia di rivalutazione positiva, motivo per cui la utilizzano più frequentemente degli adolescenti più giovani.

Al crescere della scolarità, inoltre, aumenta l'utilizzo delle strategie di rivalutazione positiva e di problem solving. Questo potrebbe suggerire che da sola l'età non sia un fattore sufficiente per spiegare le differenze nelle risposte delle persone quando affrontano un evento stressante. Dall'altra parte, i risultati emersi sulla scolarità potrebbero indicare che l'educazione formale sia importante per acquisire competenze trasversali utili a sviluppare strategie di coping (Gok, 2013; Snyder & Snyder, 2008).

Tra le variabili mediche che possono essere associate all'utilizzo di strategie di coping, il tempo trascorso dalla diagnosi è associato negativamente con l'utilizzo del ragionamento logico. Nello specifico, maggiore è il tempo trascorso dalla comunicazione della diagnosi, meno gli adolescenti fanno affidamento alla strategia di ragionamento logico. Questo è un risultato inatteso che aumenta le informazioni su come gli adolescenti del gruppo clinico fanno fronte allo stress legato alla propria malattia. È possibile che questa strategia

sia utilizzata nella fase iniziale della malattia senza ottenere gli effetti sperati e per questo trascurata rispetto ad altre.

Coerentemente con quanto emerso dalla validazione italiana del questionario sull'intelligenza emotiva, ci si aspettava che le femmine totalizzassero punteggi più elevati dei loro coetanei maschi nella scala interpersonale e i maschi punteggi più alti delle femmine nella scala di adattabilità e impressione positiva. Dai risultati non emerge nessuna differenza di genere. Forse nel contesto della malattia e in virtù dell'esperienza che li accomuna, tra gli adolescenti del gruppo clinico le competenze di intelligenza emotiva si uniformano colmando le differenze nelle dimensioni maggiormente deficitarie sia dei maschi e che delle femmine.

Se si prendono in considerazione le altre variabili sociodemografiche si osserva che chi ha fratelli ottiene punteggi migliori nella scala intrapersonale dell'intelligenza emotiva rispetto a chi è figlio unico. È possibile che potersi confrontare con una persona significativa della propria famiglia in una relazione alla pari aiuti i ragazzi a comprendere meglio anche sé stessi. Tuttavia, le evidenze empiriche esistenti in letteratura dimostrano che la struttura familiare e l'ordine di nascita tra fratelli non influenza lo sviluppo dell'intelligenza emotiva (Afzal, 2016; Lekaviciene & Antiniene, 2016).

Per quanto riguarda la qualità di vita, questa risulta associata ad alcune strategie di coping. Nello specifico, la qualità di vita attuale percepita è associata negativamente con la strategia di sfogo emozionale. È comprensibile se si pensa che l'espressione di emozioni negative, nonostante aiuti l'adolescente ad alleviare lo stress accumulato, limiti il dispiego di risorse in comportamenti attivi per risolvere il problema. Lo stesso risultato è emerso in diversi studi che hanno misurato la qualità di vita e le strategie di coping utilizzate da pazienti con malattia cronica (Cerea et al., 2021; Coelho et al., 2003).

Il problem solving, d'altro canto, è associato con una migliore percezione della propria vita in riferimento al passato, diversamente dall'utilizzo dell'accettazione e rassegnazione, strategia associata negativamente. In questo caso, non sono presenti in letteratura studi che implicano una misura della percezione della propria qualità di vita rispetto al passato, ma molte evidenze dimostrano la maggior efficacia a lungo termine dell'utilizzo di strategie di coping di approccio rispetto a quelle di evitamento per superare un evento stressante (Delvecchio et al., 2022; Hussong et al., 2021; Pigaiani et al., 2020; Smorti, 2012; Taylor & Stanton, 2007).

Per quanto riguarda il possibile legame tra la sofferenza legata al COVID19 e l'utilizzo di strategie di coping non è emersa nessuna associazione come ci si aspettava potesse esserci tra evitamento e sofferenza. D'altro canto, la rivalutazione positiva si è dimostrata utile per diminuire l'impatto del COVID19, quindi gli adolescenti che dichiarano di fare maggiormente affidamento a tale strategia riportano anche di aver subito un impatto minore. La rivalutazione positiva è, infatti, una strategia di coping di approccio-cognitiva molto utile per far fronte agli eventi stressanti, in particolar modo quando questi sono caratterizzati da una bassa controllabilità (Compas et al., 2012; Sansom-Daly & Wakefield, 2013). Di conseguenza il suo utilizzo può aver mitigato l'impatto percepito del COVID19 su di sé e sulla propria famiglia.

Infine, rispetto alle possibili associazioni tra i punteggi ottenuti nel questionario sull'intelligenza emotiva e quelli sulle strategie di coping, i risultati hanno dimostrato come il problem solving sia una strategia associata positivamente a varie dimensioni tra cui la scala interpersonale e di adattabilità e al quoziente emotivo totale. La relazione tra persone con un alto livello di intelligenza emotiva e la scelta di strategie di approccio in situazioni stressanti è ben documentata in letteratura e associata a un più alto livello di

benessere psicologico (Downey et al., 2010; Mikolajczak et al., 2008; Por et al., 2011). La ricerca di gratificazioni alternative è, inoltre, associata positivamente al quoziente emotivo totale, alla scala intrapersonale e a quella di impressione positiva. Quest'ultimo risultato è coerente con il fatto che la dimensione di impressione positiva misura la tendenza a voler dare un'impressione di sé eccessivamente favorevole, fenomeno che potrebbe essere legato al desiderio di ricevere approvazione dagli altri come forma di gratificazione alternativa. Attualmente questa ipotesi è priva di evidenze empiriche che la supportino, quindi necessita di ulteriori indagini.

Considerando nel complesso i risultati ottenuti si può concludere che il problem solving sia la strategia di coping che riserva maggiori legami con gli altri costrutti indagati come l'impatto del COVID19 e l'intelligenza emotiva. Potrebbe essere molto proficuo investire sul potenziamento di questa strategia per fronteggiare lo stress in quanto i benefici ottenuti potrebbero estendersi ad altri domini.

Un ultimo dato interessante, che non emerge nel gruppo clinico, proviene dalle analisi effettuate sul gruppo di adolescenti senza malattia oncoematologica. Nel gruppo di controllo, infatti, le ragazze totalizzano punteggi significativamente più alti nell'utilizzo del ragionamento logico, della ricerca di gratificazioni alternative e nella scala interpersonale dell'EQ-i:YV. Anche nella validazione italiana del CRI-Youth le femmine totalizzano punteggi più elevati in quasi tutte le scale, nonostante le dimensioni dell'effetto siano minime (Scozzari et al., 2015). Così anche nella validazione del questionario sull'intelligenza emotiva le femmine hanno ottenuto punteggi più alti rispetto ai maschi nella scala interpersonale (Fancello & Cianchetti, 2012). Questo potrebbe riflettere differenze di genere legate al processo di socializzazione. Il fatto che gli stessi risultati non si riscontrino nel gruppo clinico può essere dovuto all'effetto delle

sfide di sviluppo imposte dal sopraggiungere della malattia che, costituendo uno stimolo per maturare psicologicamente, portano i maschi a raggiungere i punteggi realizzati dalle femmine. Tuttavia, questa è una supposizione che necessita di essere esplorata empiricamente con successive indagini in tal senso.

Rispetto al confronto tra il gruppo clinico e di controllo sono emersi risultati interessanti. In primo luogo, gli adolescenti con malattia oncoematologica riportano punteggi significativamente più bassi nella percezione della propria vita in riferimento al momento attuale, verosimilmente a causa dello stress dovuto alla diagnosi di tumore e successivamente all'intenso percorso di cura e dei suoi effetti sulla vita quotidiana, sulla propria immagine corporea e sul proprio benessere psicofisico (Bult et al., 2019). Vi è, però, un dato promettente che riguarda i risultati delle percezioni di vita riferite al futuro, dove gli adolescenti del gruppo clinico riportano punteggi significativamente più alti dei loro coetanei sani. Questi risultati sono in linea con alcune evidenze empiriche (Tremolada et al., 2020). Numerosi altri studi dimostrano come l'ottimismo, la speranza e la fiducia nei confronti del futuro siano fattori protettivi rispetto al funzionamento psicologico degli adolescenti e associati a una più alta qualità di vita nei pazienti malati di tumore (Ehman et al., 2019; Mannix et al., 2009; Marton et al., 2022; Schmid et al., 2011; Smorti, 2012; Sulkers et al., 2013; N. A. Williams et al., 2010).

Inoltre, il gruppo clinico utilizza strategie di coping più diversificate, sia di approccio che di evitamento, rispetto al gruppo di controllo. I risultati dimostrano che gli adolescenti con malattia oncoematologica e i loro coetanei fanno affidamento alle strategie di coping in maniera adeguata, ma i primi riportano livelli significativamente più alti di rivalutazione positiva, ricerca di guida e sostegno, problem-solving, ricerca di gratificazioni alternative e sfogo emozionale. Questo forse rispecchia la severità e la

natura complessa dello stressor a cui devono far fronte. Studi provenienti da diversi ambiti dimostrano, infatti, che il numero di strategie di coping utilizzate è correlato ai livelli di stress esperiti e i pazienti malati di tumore utilizzano numerose e diversificate strategie di coping che possono differire a seconda della fase del percorso che affrontano (Bradford et al., 2022; Dwyer & Cummings, 2001). È possibile che, ancora più del semplice numero di strategie di coping utilizzate, saper essere flessibili e diversificare le risposte per fronteggiare uno stressor in base alle proprie risorse e caratteristiche personali, alle esperienze passate e a fattori situazionali costituisca la chiave per superare efficacemente gli ostacoli che si incontrano (Bradford et al., 2022; Stephenson et al., 2016).

Un ultimo obiettivo era quello di verificare se i pazienti avessero livelli più alti di intelligenza emotiva. L'ipotesi non è stata confermata, in quanto non si sono riscontrate differenze tra i due gruppi in nessuna dimensione del questionario che misura l'intelligenza emotiva. Solo i punteggi riferiti all'impressione positiva si sono rivelati significativamente più elevati. La scala di impressione positiva è una misura indiretta della desiderabilità sociale dell'adolescente in quanto misura la tendenza a presentarsi in maniera eccessivamente positiva. Il comportamento degli adolescenti con malattia oncoematologica potrebbe rispecchiare la necessità di ricevere approvazione da parte degli altri. I risultati, inoltre, sono in linea con alcune evidenze empiriche che dimostrano la presenza di maggiori livelli di desiderabilità sociale tra gli adolescenti con malattia cronica, una forma di difesa che potrebbe soddisfare il desiderio di sentirsi più "normali" possibile (Engelen et al., 2011; Logan et al., 2008; Madan-Swain et al., 1994).

L'ultima domanda di ricerca era diretta a verificare la presenza di differenze tra il gruppo clinico e di controllo nell'impatto e nella sofferenza generale causata dal COVID19.

Gli adolescenti con malattia oncoematologica riferiscono che il COVID19 abbia avuto un impatto significativamente peggiore su di loro e sulla loro famiglia, ma anche di aver accusato una sofferenza minore rispetto ai coetanei sani.

È interessante notare come queste due misure legate agli effetti negativi della pandemia non siano concordi tra loro. È possibile che i soggetti del gruppo clinico abbiano espresso i loro giudizi in merito alla sofferenza provata applicando un confronto con quella dovuta alla malattia che stanno affrontando al momento attuale. In questo senso, gli adolescenti con malattia oncoematologica potrebbero aver rivalutato la sofferenza causata dal COVID19 alla luce delle nuove sfide insorte dopo la diagnosi. Tuttavia, non vi sono ancora evidenze in letteratura che possano suffragare questa ipotesi, in quanto gli studi effettuati si concentrano sull'effetto dello stress causato dal COVID19 in pazienti con una diagnosi di tumore risalente all'epoca pre-pandemica (Casanova et al., 2020; Howden et al., 2022; Leach et al., 2021; Shay et al., 2022).

Per quel che riguarda il differente impatto del COVID19, sicuramente i pazienti hanno dovuto sottostare ad ancora maggiori restrizioni rispetto al resto della popolazione dato l'alto rischio di contrarre complicanze se infettati dal virus (Dai et al., 2020). Sebbene i trattamenti per la cura degli adolescenti malati di tumore non abbiano subito interruzioni nemmeno durante le fasi più acute della diffusione del COVID19, tutte le iniziative di socializzazione e le attività ricreative previste per supportare i pazienti durante il loro percorso sono state prontamente fermate rendendo l'esperienza della malattia ancora più complicata (Hanghøj et al., 2021; Jacobson et al., 2022). In questo contesto è facilmente comprensibile che i giovani pazienti abbiano percepito un impatto del COVID19 più significativo rispetto al resto della popolazione.

5.1 Limiti e punti di forza del progetto

Uno dei più grandi limiti di questo progetto di ricerca è sicuramente la bassa numerosità campionaria, essendo il gruppo di controllo e clinico entrambi formati da 23 soggetti. Questa criticità riduce notevolmente la generalizzabilità dei risultati ottenuti.

Un altro limite potrebbe essere riferito all'utilizzo esclusivo di strumenti self-report che si affidano, quindi, alla percezione che il soggetto ha di sé rispetto ai vari costrutti misurati. Come noto, le risposte fornite dalle persone quando devono stimare le proprie abilità possono essere soggette a distorsioni che ne inficiano l'affidabilità. Tra queste anche la desiderabilità sociale rappresenta un ostacolo nella misurazione di alcuni specifici costrutti, come l'intelligenza emotiva, per cui alcune caratteristiche sono più socialmente accettate rispetto ad altre (Kluemper, 2008). Inoltre, la raccolta dei dati, sia per il gruppo clinico che di controllo, è avvenuta tramite un'intervista strutturata che può aver costituito un ulteriore elemento di disagio per i soggetti. Anche il *setting* in cui sono avvenuti i colloqui si discosta dall'ambiente più indicato per la somministrazione dei questionari utilizzati nel presente studio. I soggetti del gruppo di controllo, infatti, sono stati intervistati tramite un colloquio in forma online protetta. I pazienti del gruppo clinico, invece, hanno risposto dal vivo durante gli accessi in day hospital o durante i ricoveri in reparto. Per questo motivo talvolta le interviste hanno subito interruzioni e riprese o rinvii, venendo completate in più volte per rispettare lo stato di salute, l'umore degli adolescenti e le contingenze dell'ambiente ospedaliero.

Infine, l'ultimo elemento critico di questo studio è rappresentato dal disegno di ricerca correlazionale che non fornisce informazioni circa la causalità delle associazioni tra le variabili.

Nonostante i limiti appena esposti, il presente studio ha anche diversi punti di forza. Innanzitutto, ha messo in luce la relazione tra la qualità di vita, il coping, l'intelligenza emotiva e l'impatto del COVID19 in un gruppo di adolescenti con una diagnosi di malattia oncoematologica successiva alla fase acuta della pandemia. Questo rappresenta un elemento innovativo e meritevole di attenzione considerando la diffusione globale del virus COVID19 e i suoi effetti secondari.

Inoltre, il confronto con un gruppo di controllo ha permesso di conoscere gli specifici punti di forza e debolezza di alcuni adolescenti malati di tumore rispetto ai loro coetanei, aspetto che può contribuire a progettare interventi di prevenzione sulla salute mentale.

Infine, i dati che hanno confermato l'esistenza di un'associazione tra l'intelligenza emotiva e l'utilizzo di determinate strategie di coping sono particolarmente rilevanti per la ricerca futura. Sarebbe interessante continuare ad indagare la relazione tra queste variabili per comprendere come si influenzano tra loro e come, a loro volta, influenzano le traiettorie di rischio e resilienza in seguito all'esperienza di un evento traumatico.

Inoltre, estendendo la numerosità campionaria, magari coinvolgendo altri centri, e utilizzando un disegno di ricerca sperimentale si potrebbero ottenere risultati più generalizzabili utili a migliorare la qualità dei servizi offerti e rispondere in modo adeguato alle necessità dei giovani pazienti.

Per quanto riguarda il costrutto di intelligenza emotiva sarebbe interessante capire se si otterrebbero gli stessi risultati utilizzando strumenti basati sulla performance invece di quelli self-report.

I risultati del presente progetto di ricerca sono da interpretare anche alla luce del fatto che, diversamente dal resto della popolazione, i pazienti della Clinica di Oncoematologia Pediatrica hanno potuto disporre del costante supporto dell'assistenza psicologica

ospedaliera sia durante la pandemia che al momento del ritorno alle loro attività quotidiane. Questo può aver permesso loro di limitare le ripercussioni negative delle esperienze vissute. Pertanto resta indispensabile continuare ad investire nella ricerca dei fattori che contribuiscono a preservare e promuovere il benessere psicofisico degli adolescenti che incontrano nel loro percorso di vita una diagnosi di tumore con lo scopo di garantire loro la migliore qualità di vita possibile.

Per quanto riguarda le implicazioni pratiche, si potrebbero ideare training per potenziare le strategie di coping che si sono rivelate maggiormente funzionali e aumentare così le risorse personali dei pazienti per far fronte allo stress. Inoltre, una volta chiarita la relazione tra intelligenza emotiva e coping sarebbe auspicabile intervenire sulla variabile che funge da mediatore per diversi costrutti in modo tale da ottenere risultati generalizzabili a più domini. Infine, sfruttare la collaborazione tra pari per mettere in pratica le proposte appena avanzate costituirebbe un'occasione per incrementare la socializzazione tra i giovani pazienti che condividono lo stesso percorso, in questo modo potrebbero beneficiare di una forma aggiuntiva di supporto sociale.

Bibliografia

Abrams, A. N., Hazen, E. P., & Penson, R. T. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 33(7), 622–630.

Afzal, M. T., & Afzal, M. (2016). Relationship of family structure and emotional intelligence of secondary school students in Islamabad. *American Journal of Educational Research*, 4(9), 685-688.

Ang, S. H., Koh, S. S. L., Lee, X. H. H. T., & Shorey, S. (2018). Experiences of adolescents living with cancer: A descriptive qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 22(4), 532-544.

Barling, J. A., Stevens, J. A., & Davies, K. M. (2014). The reality of hospitalisation: stories from family members of their hospital experience for adolescents and young adults living with and dying from cancer. *Contemporary nurse*, 46(2), 150-160.

Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema*, 18 Suppl, 13–25.

Bhanji, J. P., Kim, E. S., & Delgado, M. R. (2016). Perceived control alters the effect of acute stress on persistence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145(3), 356–365.

Bonichini, S., & Tremolada, M. (2019). Gli effetti della malattia e dell'ospedalizzazione sullo sviluppo del bambino. In Bonichini S. & Tremolada M. (a cura di), *Psicologia pediatrica*, Carocci, 45-57.

Bonichini, S., & Tremolada, M. (2021). Quality of life and symptoms of PTSD during the COVID-19 lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4385.

Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). *Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. 9.

Bradford, N., Cashion, C., Holland, L., Henney, R., & Walker, R. (2022). Coping with cancer: A qualitative study of adolescent and young adult perspectives. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 974–981.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531.

Brunet, J., Love, C., Ramphal, R., & Sabiston, C. M. (2014). Stress and physical activity in young adults treated for cancer: The moderating role of social support. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 689–695.

Bult, M. K., Van Bindsbergen, K. L. A., Schepers, S. A., de Ridder-Sluiters, H. G., Verhaak, C. M., Van Litsenburg, R. R. L., Merks, J. H. M., Van Noesel, M. M., & Grootenhuis, M. A. (2019). Health-related quality of life of adolescents with cancer during the first year of treatment. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(5), 616–622.

Campbell, A., & Ntobedzi, A. (2007). Emotional intelligence, coping and psychological distress: a partial least squares approach to developing a predictive model. *E-journal of applied psychology*, 3, 39-54.

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679–704.

Casanova, M., Pagani Bagliacca, E., Silva, M., Patriarca, C., Veneroni, L., Clerici, C. A., ... & Ferrari, A. (2020). How young patients with cancer perceive the COVID-19 (coronavirus) epidemic in Milan, Italy: Is there room for other fears?. *Pediatric blood & cancer*, 67(7), e28318.

Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186–192.

Cerea, S., Ghisi, M., Pitteri, M., Guandalini, M., Strober, L. B., Scozzari, S., ... & Calabrese, M. (2021). Coping strategies and their impact on quality of life and physical disability of people with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Medicine, 10*(23), 5607.

Cherniss, C. (2010). Emotional Intelligence: toward clarification of a concept. *Industrial and Organizational Psychology, 3*(2), 110–126.

Chesler, M. (1993). Introduction to psychosocial issues. *Cancer, 71*, 3245–3250.

Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28*(3), 539-561.

Cicogna, E. de C., Nascimento, L. C., & Lima, R. A. G. de. (2010). Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(5), 864–872.

Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: Relationships with social support, self-efficacy, and psychological well-being. *Journal of Applied social psychology, 41*(3), 559-578.

Coelho, R., Amorim, I., & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics, 44*(4), 312-318.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87–127.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(1), 455–480.

Corey, A. L., Haase, J. E., Azzouz, F., & Monahan, P. O. (2008). Social support and symptom distress in adolescents/young adults with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 25*(5), 275–284.

- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., ... & Cai, H. (2020). Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-CoV-2: A multicenter study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer discovery*, 10(6), 783-791.
- Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 1–10.
- Decker, C. L. (2006). Coping in adolescents with cancer: a review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4), 123–140.
- Delvecchio, E., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., Francisco, R., Pedro, M., & Mazzeschi, C. (2022). COVID-19: Psychological symptoms and coping strategies in preschoolers, schoolchildren, and adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 79, 101390.
- Di Fabio, A., & Kenny, M. E. (2016). Promoting well-being: The contribution of emotional intelligence. *Frontiers in psychology*, 1182.
- Di Fazio, N., Morena, D., Delogu, G., Volonnino, G., Manetti, F., Padovano, M., ... & Fineschi, V. (2022). Mental health consequences of COVID-19 pandemic period in the European population: An Institutional Challenge. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9347.
- Downey, L. A., Johnston, P. J., Hansen, K., Birney, J., & Stough, C. (2010). Investigating the mediating effects of emotional intelligence and coping on problem behaviours in adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 20–29.
- Dwyer, A. L., & Cummings, A. L. (2001). Stress, self-efficacy, social support, and coping strategies in university students. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 35(3).

Ehman, A. C., Schepers, S. A., & Phipps, S. (2019). The effect of optimism and connectedness on psychological adjustment of children with cancer and comparison peers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 40(3), 208.

Eilertsen, M.-E. B., Jozefiak, T., Rannestad, T., Indredavik, M. S., & Vik, T. (2012). Quality of life in children and adolescents surviving cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 185–193.

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 52(3), 177–187.

Engelen, V., Koopman, H. M., Detmar, S. B., Raat, H., van de Wetering, M. D., Brons, P., Anninga, J. K., Abbink, F., & Grootenhuis, M. A. (2011). Health-related quality of life after completion of successful treatment for childhood cancer: quality of life of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 56(4), 646–653.

Epelman, C. L. (2013). The adolescent and young adult with cancer: state of the art - psychosocial aspects. *Current Oncology Reports*, 15(4), 325–331.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W. W. Norton.

Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarström, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: What is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health*, 16(4), 414–433.

Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18–26.

Esnaola, I., Revuelta, L., Ros, I., & Sarasa, M. (2017). The development of emotional intelligence in adolescence. *Anales de Psicología*, 33, 7.

Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism: analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069–1079.

Fancello, G. S. & Cianchetti C., (2012). Adattamento Italiano. In *EQ-i:YV - Emotional Quotient Inventory: Youth Version*, Bar-On, R. & Parker, D., A. Giunti Psychometrics, 67-90.

Fegert, J. M., & Schulze, U. M. E. (2020). COVID-19 and its impact on child and adolescent psychiatry – a German and personal perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 243–245.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342.

Ferrari, A. (2016). I tumori degli adolescenti: un po' di definizioni e un po' di numeri. In Ferrari A. (a cura di) *Non c'è un perché: Ammalarsi di tumore in adolescenza*, FrancoAngeli, 26-31.

Ferrari, A., Quarello, P., Mascarin, M., Milano, G. M., Tornesello, A., Bertolotti, M., Spinelli, M., Ballotta, P., Read Borghi, M., Maule, M., Mosso, M. L., Merletti, F., Zecca, M., & Pession, A. (2020). Evolving services for adolescents with cancer in Italy: Access to Pediatric Oncology Centers and Dedicated Projects. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(2), 196–201.

Franco, M., & Tappatà, L. T. (2009). *Emotional Quotient Inventory (Bar-On:EQ-i): Manuale*. Giunti Editore.

Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1551–1561.

- Gannon, N., & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1353–1364.
- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences* (10th anniversary ed). BasicBooks.
- Gayathri, N., & Meenakshi, K. (2013). A literature review of emotional intelligence. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(3), 42-51.
- Gok, T. (2013). A comparison of students' performance, skill and confidence with peer instruction and formal education. *Journal of Baltic Science Education*, 12(6), 12.
- Gowers, S. (2005). *Development in adolescence*. *Psychiatry*, 4(6), 6-9.
- Grubb, W. L., & McDaniel, M. A. (2007). The fakability of Bar-On's Emotional Quotient Inventory Short Form: catch me if you can. *Human Performance*, 20(1), 43–59.
- Guerra-Bustamante, J., León-del-Barco, B., Yuste-Tosina, R., López-Ramos, V. M., & Mendo-Lázaro, S. (2019). Emotional intelligence and psychological well-being in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1720.
- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113264.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), 73–83.
- Hanghøj, S., Pappot, N., Hjerding, M., Taarnhøj, G. A., Boisen, K. A., & Pappot, H. (2021). Experiences of social isolation during the COVID-19 lockdown among adolescents and young adult cancer patients and survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 10(2), 142–147.

Hertz-Palmor, N., Moore, T. M., Gothelf, D., DiDomenico, G. E., Dekel, I., Greenberg, D. M., Brown, L. A., Matalon, N., Visoki, E., White, L. K., Himes, M. M., Schwartz-Lifshitz, M., Gross, R., Gur, R. C., Gur, R. E., Pessach, I. M., & Barzilay, R. (2021). Association among income loss, financial strain and depressive symptoms during COVID-19: Evidence from two longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *291*, 1–8.

Hodgson, J., Lamson, A., Kolobova, I., Tucker, E., Brimhall, A., Lea, C. S., & Brinkley, J. (2022). The experience of distress and coping among young adults with cancer and their caregivers. *Contemporary Family Therapy*, *44*(3), 199–209.

Howden, K., Yan, A. P., Glidden, C., Romanescu, R. G., Scott, I., Deleemans, J. M., ... & Oberoi, S. (2022). Loneliness among adolescents and young adults with cancer during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, *30*(3), 2215-2224.

Hussong, A. M., Midgette, A. J., Thomas, T. E., Coffman, J. L., & Cho, S. (2021). Coping and mental health in early adolescence during COVID-19. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *49*(9), 1113–1123.

Jacobson, C., Miller, N., Mulholland, R., Baker, L., Glazer, D., Betts, E., Brown, L., Elders, V., Carr, R., Ogundiran, O., & Hudson, L. D. (2022). Psychological distress and resilience in a multicentre sample of adolescents and young adults with cancer during the COVID-19 pandemic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *27*(1), 201–213.

Jaeger, A. J. (2003). Job competencies and the curriculum: An inquiry into emotional intelligence in graduate professional education. *Research in higher education*, *44*(6), 615-639.

Jankovic, M., Vallinoto, C., Spinelli, M., Leoni, V., & Masera, G. (2008). La relazione terapeutica con il bambino e l'adolescente affetti da leucemia. *Supplemento B. Psicologia*, *30*(3), B71-B76.

Jones, P., & Drummond, P. D. (2021). A summary of current findings on quality of life domains and a proposal for their inclusion in clinical interventions. *Frontiers in Psychology, 12*, 747435.

Kazak, A. E., Alderfer, M., Enlow, P. T., Lewis, A. M., Vega, G., Barakat, L., ... & Phan, T. L. (2021). COVID-19 exposure and family impact scales: factor structure and initial psychometrics. *Journal of Pediatric Psychology, 46*(5), 504-513.

Kent, E. E., Parry, C., Montoya, M. J., Sender, L. S., Morris, R. A., & Anton-Culver, H. (2012). “You’re too young for this”: Adolescent and young adults’ perspectives on cancer survivorship. *Journal of Psychosocial Oncology, 30*(2), 260–279.

Kluemper, D. H. (2008). Trait emotional intelligence: The impact of core-self evaluations and social desirability. *Personality and Individual Differences, 44*(6), 1402–1412.

Lam, L. T., & Kirby, S. L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *The Journal of Social Psychology, 142*(1), 133–143.

Lanciano, T., Curci, A., & Zatton, E. (2010). Why do some people ruminate more or less than others? The role of Emotional Intelligence ability. *Europe’s Journal of Psychology, 6*(2), 65-84.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*(3), 141–169.

Leach, C. R., Rees-Punia, E., Newton, C. C., Chantaprasopsuk, S., Patel, A. V., & Westmaas, J. L. (2021). Stressors and other pandemic-related predictors of prospective changes in psychological distress. *The Lancet Regional Health-Americas, 4*, 100069.

Lekaviciene, R., & Antiniene, D. (2016). High emotional intelligence: Family psychosocial factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 217*, 609–617.

- Li, N., Li, S., & Fan, L. (2021). Risk factors of psychological disorders after the COVID-19 outbreak: The mediating role of social support and emotional intelligence. *Journal of Adolescent Health, 69*(5), 696–704.
- Linder, L. A., Al-Qaaydeh, S., & Donaldson, G. (2018). Symptom characteristics among hospitalized children and adolescents with cancer. *Cancer Nursing, 41*(1), 23–32.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21.
- Logan, D. E., Claar, R. L., & Scharff, L. (2008). Social desirability response bias and self-report of psychological distress in pediatric chronic pain patients. *Pain, 136*(3), 366–372.
- MacCann, C., Jiang, Y., Brown, L. E. R., Double, K. S., Bucich, M., & Minbashian, A. (2020). Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 146*(2), 150–186.
- Madan-Swain, A., Brown, R. T., Sexson, S. B., Baldwin, K., Pais, R., & Ragab, A. (1994). Adolescent cancer survivors: Psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics, 35*(5), 453–459.
- Magnani, C., Azzolina, D., Gallo, E., Ferrante, D., & Gregori, D. (2020). How large was the mortality increase directly and indirectly caused by the COVID-19 Epidemic? An analysis on all-causes mortality data in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(10), 3452.
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(1), 44–57.
- Mannix, M. M., Feldman, J. M., & Moody, K. (2009). Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *Child: Care, Health and Development, 35*(4), 482–488.

Marton, G., Monzani, D., Vergani, L., Pizzoli, S. F. M., & Pravettoni, G. (2022). “Optimism is a strategy for making a better future”: A systematic review on the associations of dispositional optimism with health-related quality of life in cancer patients. *European Psychologist*, *27*(1), 41–61.

Mascarin, M., Milano, G. M., Bertolotti, M., Quarello, P., Spinelli, M., Tornesello, A., Bomben, F., & Ferrari, A. (2021). Discussing communication issues and needs with adolescents with cancer. *Tumori Journal*, *107*(4), 360–363.

Mastorci, F., Piaggi, P., Doveri, C., Trivellini, G., Casu, A., Pozzi, M., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2021). Health-related quality of life in Italian adolescents during Covid-19 Outbreak. *Frontiers in Pediatrics*, *9*, 611136.

Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*(2), 263–275.

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1032*(1), 1–7.

McNeil, R., Egsdal, M., Drew, S., McCarthy, M. C., & Sawyer, S. M. (2019). The changing nature of social support for adolescents and young adults with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *43*, 101667.

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *18*(1), 32–38.

Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(3), 1089–1098.

Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: Associations between trait emotional

intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1356–1368.

Minnai, F., De Bellis, G., Dragani, T. A., & Colombo, F. (2022). COVID-19 mortality in Italy varies by patient age, sex and pandemic wave. *Scientific Reports*, 12(1), 4604.

Minozzi, S., Saulle, R., Amato, L., & Davoli, M. (2021). Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura. *Recenti Progressi in Medicina*, 112(5), 360-370.

Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI Adult Form*. Professional Manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.

Moos, R. H. (2002). Life stressors, social resources, and coping skills in youth: Applications to adolescents with chronic disorders. *Journal of Adolescent Health*, 30(4),

Moradi, A., Pishva, N., Ehsan, H. B., Hadadi, P., & Pouladi, F. (2011). The relationship between coping strategies and emotional intelligence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 748–751.

Murphy, L. K., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., & Compas, B. E. (2017). Resilience in adolescents with cancer: association of coping with positive and negative affect. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(8), 646–653.

Myoung, J. (2022). Two years of COVID-19 pandemic: Where are we now? *Journal of Microbiology*, 60(3), 235–237.

Nobari, H., Fashi, M., Eskandari, A., Villafaina, S., Murillo-Garcia, Á., & Pérez-Gómez, J. (2021). Effect of COVID-19 on health-related quality of life in adolescents and children: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4563.

OECD & European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD.

Pahl, D. A., Wieder, M. S., & Steinberg, D. M. (2021). Social isolation and connection in adolescents with cancer and survivors of childhood cancer: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *87*(1), 15–27.

Pauletto, M., Grassi, M., Passolunghi, M. C., & Penolazzi, B. (2021). Psychological well-being in childhood: The role of trait emotional intelligence, regulatory emotional self-efficacy, coping and general intelligence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *26*(4), 1284–1297.

Pennant, S., C. Lee, S., Holm, S., Triplett, K., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2019). The role of social support in adolescent/young adults coping with cancer treatment. *Children*, *7*(1), 2.

Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. In S. Von Stumm, S., Chamorro-Premuzic T., Ackerman, P. L., & A. Furnham (a cura di), *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences*, Blackwell Publishing Ltd, 656–678.

Pigaiani, Y., Zoccante, L., Zocca, A., Arzenton, A., Menegolli, M., Fadel, S., Ruggeri, M., & Colizzi, M. (2020). Adolescent lifestyle behaviors, coping strategies and subjective wellbeing during the COVID-19 pandemic: An online student survey. *Healthcare*, *8*(4), 472.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, *31*(8), 855–860.

Post, M. (2014). Definitions of quality of life: What happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, *20*(3), 167–180.

Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J., & Kazak, A. E. (2016). Systematic review: A reevaluation and update of the Integrative (trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(1), 86–97.

Quinn, G. P., Gonçalves, V., Sehovic, I., Bowman, M. L., & Reed, D. R. (2015). Quality of life in adolescent and young adult cancer patients: A systematic review of the literature. *Patient Related Outcome Measures*, 6, 19–51.

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., & Hurrelmann, K. (2020). Mental Health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic-Results of the Copsy Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(48), 828–829.

Rettie, H., & Daniels, J. (2021). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427–437.

Revenson, T. A., & Lepore, S. J. (2012). 9 *Coping in Social Context*. In A. Baum, Revenson, T. A. & Singer, J., *Handbook of health psychology*, Psychology Press, 193-217.

Rider Munday, K., Nicholas, D., Kruczek, T., Tschopp, M., & Bolin, J. (2019). Posttraumatic growth following cancer: The influence of emotional intelligence, management of intrusive rumination, and goal disengagement as mediated by deliberate rumination. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(4), 456–477.

Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Arntz, A. (2012). The effects of experimentally induced rumination, positive reappraisal, acceptance, and distancing when thinking about a stressful event on affect states in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 73–84.

Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Wharton, C., Gordon, K., & Jones, B. (2014). Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(4), 185–193.

Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*, 41(7), 813.

Rothbart, M. K. (2007). Temperament, Development, and Personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207–212.

Sanchez-Ruiz, M.-J., Tadros, N., Khalaf, T., Ego, V., Eisenbeck, N., Carreno, D. F., & Nassar, E. (2021). Trait emotional intelligence and wellbeing during the pandemic: The mediating role of meaning-centered coping. *Frontiers in Psychology*, 12, 648401.

Sansom-Daly, U. M., & Wakefield, C. E. (2013). Distress and adjustment among adolescents and young adults with cancer: An empirical and conceptual review. *Translational Pediatrics*, 2(4), 31.

Santrock, J. W. (2017). Il sé e l'acquisizione dell'identità. In Rollo, D. (a cura di) *Psicologia dello sviluppo*, (3 ed.), McGraw-Hill Education, 375-414.

Schmid, K. L., Phelps, E., & Lerner, R. M. (2011). Constructing positive futures: Modeling the relationship between adolescents' hopeful future expectations and intentional self regulation in predicting positive youth development. *Journal of Adolescence*, 34(6), 1127–1135.

Schulte, F., Brinkman, T. M., Li, C., Fay-McClymont, T., Srivastava, D. K., Ness, K. K., Howell, R. M., Mueller, S., Wells, E., Strother, D., Lafay-Cousin, L., Leisenring, W., Robison, L. L., Armstrong, G. T., & Krull, K. R. (2018). Social adjustment in adolescent survivors of pediatric central nervous system tumors: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer*, 124(17), 3596–3608.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Thorsteinsson, E. B. (2013). Increasing Emotional Intelligence through Training: Current Status and Future Directions. *The International Journal of Emotional Education*, 5(1), 56-72.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921–933.

Scozzari, S., Pietro, M., & Ghisi, M. (2015). *CRI: Coping Responses Inventory* (Edizione Italiana). Hogrefe.

Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2022). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: Evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, *52*(5), 824–833.

Shay, L. A., Allicock, M., & Li, A. (2022). “Every day is just kind of weighing my options.” Perspectives of young adult cancer survivors dealing with the uncertainty of the COVID-19 global pandemic. *Journal of Cancer Survivorship*, *16*(4), 760–770.

Shin, H., Bartlett, R., & De Gagne, J. C. (2019). Health-related quality of life among survivors of cancer in adolescence: An integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, *44*, 97–106.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 119–144.

Smith, S. (2004). Adolescent units-An evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, *8*(1), 20–29.

Smorti, M. (2012). Adolescents’ struggle against bone cancer: An explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies: Optimism, resiliency & coping in youth after cancer. *European Journal of Cancer Care*, *21*(2), 251–258.

Snyder, L. G., & Snyder, M. J. (2008). Teaching critical thinking and problem solving skills. *The Journal of Research in Business Education*, *50*(2), 90.

Sodergren, S. C., Husson, O., Robinson, J., Rohde, G. E., Tomaszewska, I. M., Vivat, B., Dyar, R., & Darlington, A.-S. (2017). Systematic review of the health-related quality of life issues facing adolescents and young adults with cancer. *Quality of Life Research*, *26*(7), 1659–1672.

Stegenga, K., & Ward-Smith, P. (2009). On Receiving the Diagnosis of Cancer: The Adolescent Perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *26*(2), 75–80.

Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebond-Langner, M., Hanington, L., Stein, K. F., Ziebland, S., Rochat, T., Harrop, E., Kelly, B., Bland, R., Betancourt, T., D'Souza, C., Fazel, M., Hochhauser, D., Kolucki, B., Lowney, A. C., Netsi, E., Richter, L., & Yousafzai, A. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, *393*(10176), 1150–1163.

Steinberg, L. D. (2014). Seizing the moment. In Steinberg L. D., *Age of Opportunity: Lessons from the New Science of Adolescence*, Houghton Mifflin Harcourt, 8-17.

Stephenson, E., King, D. B., & DeLongis, A. (2016). Coping Process. In Fink, G. (a cura di), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, Academic Press, 359–364.

Sulkers, E., Fleer, J., Brinksma, A., Roodbol, P. F., Kamps, W. A., Tissing, W. J. E., & Sanderman, R. (2013). Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology*, *18*(3), 474–489.

Tang, W., Yan, Z., Lu, Y., & Xu, J. (2022). Prospective examination of adolescent emotional intelligence and post-traumatic growth during and after COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*, *309*, 368–374.

Taylor, Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(23), 3083–3091.

Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 377–401.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric times*, *21*(4), 58-60.

Theurel, A., & Gentaz, E. (2018). The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PloS one*, *13*(6), e0195501.

Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J., & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36–47.

Tremolada, M., Taverna, L., Chiavetta, I. T., Bonichini, S., Putti, M. C., & Biffi, A. (2020). Psychological wellbeing in adolescents with leukaemia: A comparative study with typical development peers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 567.

Tuck, D., & Patlamazoglou, L. (2019). The relationship between traumatic stress, emotional intelligence, and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 24(8), 721–735.

Turner-Sack, A. M., Menna, R., & Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic growth, coping strategies, and psychological distress in adolescent survivors of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(2), 70–79.

Veenhoven, R. (2014). Quality of Life (QOL), an Overview. In Michalos A. C. (a cura di), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Springer Netherlands, 5265–5269.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48.

Ware Jr, J. E. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84, S43-S51.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.

Wicks, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding: Adolescent cancer experience: control & benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 778–785.

Williams, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537–549.

Williams, N. A., Davis, G., Hancock, M., & Phipps, S. (2009). Optimism and pessimism in children with cancer and healthy children: Confirmatory factor analysis of the youth life orientation test and relations with health-related quality of life. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 672-682.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59–65.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing Quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4), 355–363.

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases: Progress monitor 2022*. World Health Organization.

World Health Organization - Regional Office for Europe. (2022). *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Zebrack, B. J. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(S10), 2289–2294.

Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., Block, R., Zeman, D. T., & Cole, S. (2014). Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis: Distress and unsatisfied needs in AYA patients. *Psycho-Oncology*, 23(11), 1267–1275.

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30.

Zeltzer, L. K., Recklitis, C., Buchbinder, D., Zebrack, B., Casillas, J., Tsao, J. C., ... & Krull, K. (2009). Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of clinical oncology*, 27(14), 2396.

Zheng, Y., Cai, D., Zhao, J.-L., Yang, C., Xia, T., & Xu, Z. (2021). Bidirectional relationship between emotional intelligence and perceptions of resilience in young adolescents: A twenty-month longitudinal study. *Child & Youth Care Forum*, 50(2), 363–377.

Sitografia

AIEOP - Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica. (s.d.). Leucemia Mieloide Acuta. AIEOP. Ultimo accesso il 23 luglio 2022, <https://www.aieop.org/web/famiglie/schede-malattia/leucemia-mieloide-acuta/>

AIEOP - Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica. (s.d.). AIEOP. Ultimo accesso il 24 luglio 2022, <https://www.aieop.org/web/>

AIL - Associazione Italiana Leucemie. (s.d.). *AIL - Associazione Italiana Leucemie*. Ultimo accesso il 23 luglio 2022, <https://www.ail.it/patologie-e-terapie/patologie-ematologiche/leucemia>

AIMAC - Associazione Italiana Malati di Cancro. (2015). *I linfomi non Hodgkin*. Ultimo accesso il 24 luglio 2022, <https://www.aimac.it/libretti-tumore/linfomi-non-hodgkin>

AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica. (s.d.). Ultimo accesso il 24 luglio 2022, <https://www.aiom.it/>

AIOM-AIRTUM. (2021). *I numeri del cancro in Italia 2021*. Ultimo accesso luglio 2022, <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>

AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. (s.d.). Ultimo accesso il 22 luglio 2022, <https://www.airc.it/>

AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori. (2020). *I numeri del cancro in Italia 2020*. Ultimo accesso luglio 2022, <https://www.registri-tumori.it/cms/pubblicazioni/i-numeri-del-cancro-italia-2020>

AOPI - Associazione Ospedali Pediatrici Italiani. (s.d.). *Carta dei diritti del bambino in ospedale. AOPI*. Ultimo accesso il 24 luglio 2022, <https://www.aopi.it/project/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale/>

Childhood Cancer Survivor Study. [Ccss.stjude.org](http://ccss.stjude.org). Ultimo accesso il 12 settembre 2022, <https://ccss.stjude.org/tools-documents/questionnaires/baseline-and-follow-up-questionnaires.html>

COVID-19 Exposure and Family Impact Scales (CEFIS). [Healthcaretoolbox.org](http://healthcaretoolbox.org). Ultimo accesso il 12 settembre 2022, <https://www.healthcaretoolbox.org/covid19-exposure-family-impact-scale>

Coronavirus, le misure adottate dal Governo. (2020, marzo 18). www.governo.it. <https://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>

EpiCentro. (s.d.). *Malattie croniche*. Ultimo accesso il 22 luglio 2022, <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>

EpiCentro. (2012). *I tumori dei bambini e degli adolescenti: Il rapporto Airtum 2012*. Ultimo accesso luglio 2022, <https://www.epicentro.iss.it/tumori/airtum12>

Fondazione Italiana Linfomi. (2017, febbraio 14). *Cosa sono i Linfomi?* <https://filinf.it/linfomi/cosa-sono-i-linfomi/>

TeamForChildren. (s.d.). Teen Zone. *Team for Children onlus*. Ultimo accesso il 3 agosto 2022, <https://www.teamforchildren.it/archive-projects/teen-zone/>