



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Sociale, del Lavoro e della
Comunicazione**

Elaborato Finale

**Quello che i bambini non dicono: il contesto pandemico e la rottura del silenzio di
fronte alla paura della morte**

*What children don't say: the pandemic context and the breaking of silence in the face
of the fear of death*

Relatrice: *Prof.ssa Ines Testoni*

Laureanda: *Francesca Foscaro*

Matricola: 2050363

Anno accademico 2023-2024

Simba: *Papà, siamo amici vero?*

Mufasa: *Certo.*

Simba: *E staremo sempre insieme vero?*

Mufasa: *Simba, lascia che ti dica una cosa che mio padre disse a me. Guarda le stelle, i grandi re del passato ci guardano da quelle stelle.*

Simba: *Davvero?*

Mufasa: *Si, perciò quanto di senti solo, ricordati che quei Re saranno sempre lì per guidarti e ci sarò anch'io.*

(Il Re leone, Disney, 1994)

INDICE

INTRODUZIONE	5
--------------------	---

Prima parte

CAPITOLO 1 IL CONTESTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 E LA SALIENZA DELLA CADUCITÀ	9
---	----------

1.1 Covid-19 e la Psicopandemia parallela in Italia e nel Mondo ...	9
1.2 Covid-19 e infanzia: il benessere psicologico del bambino a rischio	14
1.3 Covid-19 e <i>death anxiety</i> : “promemoria” globale dell’imprescindibilità della morte	19
1.4 La <i>Terror Mangement Theory</i> (TMT) e le sue estensioni (TMHM, TMHM-P): comprendere l’atteggiamento di fuga e la caccia agli untori nel contesto della pandemia	24

CAPITOLO 2 LA COMPrensIONE DELLA MORTE NEL BAMBINO E LA DEATH EDUCATION A SCUOLA	33
---	-----------

2.1 La comprensione e la paura della morte nei bambini	33
2.2 La <i>Death Education</i> nel contesto scolastico: educare la dimensione emozionale e spirituale del bambino	40
2.3 Pratiche di <i>Death Education</i> a scuola con i bambini	46

Seconda parte

CAPITOLO 3 IL CASO DI STUDIO: IL PROGETTO EDI4APP	55
---	-----------

3.1 Il progetto e gli obiettivi	55
3.2 La metodologia	57
3.3 Gruppo dei partecipanti e metodo di selezione.....	59
3.4 Risultati	61
3.4.1 <i>Risposte dei bambini ex-ante ed ex-post</i>	61
3.4.2 <i>Risposte dei genitori ex-ante ed ex-post</i>	75
3.5 Discussione	78
3.6 Limiti e prospettive future	82

Ringraziamenti	85
Bibliografia.....	86

Introduzione

Perché non riusciamo a rapportarci con autenticità e con sincerità alla morte, soprattutto quando, di fronte a noi, c'è un bambino? Perché, invece, è importante imparare ed educare lo stesso bambino a farlo?

Questi sono i grandi interrogativi da cui prende vita il presente elaborato, nato e sostenuto da un forte interesse verso l'infanzia, la morte e la tendenza, culturalmente orientata e socialmente radicata, a considerare questi due concetti come parti di un ossimoro, dunque legati da un rapporto di mutua esclusione.

Oggi si professa, si ostenta e si difende una cultura della vita senza una cultura della morte, che, invece, è ciò che conferisce alla prima un'impalcatura, un senso, una direzione e un valore. Attualmente vige, infatti, un'imperterrita congiura del silenzio da parte degli adulti e di quella delle principali agenzie educative, ovvero la famiglia e la scuola. L'inadeguatezza delle risorse a disposizione dei genitori e dei docenti si riversa inesorabilmente nelle competenze dei bambini, che spesso sperimentano le prime perdite proprio durante l'infanzia, ma che, di rado, vengono preparati a questo evento a causa della paura e del mutismo tipicamente occidentali. Ma è davvero educativo e funzionale al benessere del bambino mettere a tacere determinate sue curiosità e naturali bisogni educativi? O, invece, è creare e alimentare la *death anxiety* correlata ad una generale *life anxiety*?

La necessità di predisporre uno spazio e un tempo di educazione alla morte è reso ancora più urgente dal momento storico attuale, in cui i bambini si sono confrontati (e si confrontano tuttora), con le sofferenze legate alla pandemia da Covid-19 e ai numerosi conflitti in atto (come quello russo-ucraino); si tratta di episodi di morte collettiva, che telegiornali e notiziari continuamente e assiduamente hanno trasmesso e trasmettono. Gli adulti – genitori e insegnanti – non possono rimare indifferenti, data l'ansia e la preoccupazione che eventi di simile calibro possono arrecare in coloro che, come i bambini, sono degli ingenui analfabeti, non armati, cioè, né di conoscenze né di competenze adeguate, ma piuttosto portatori di curiosità taciute e quesiti esistenziali aperti.

L'obiettivo del presente elaborato vuole essere quello di smuovere le coscienze degli adulti, ovvero dei fedeli e veterani sostenitori e promotori della congiura del silenzio, sottolineando l'importanza, l'urgenza e l'impellenza di un'educazione alla morte

(come educazione nella, per e della vita) rivolta ai bambini già a partire dal primo ciclo di istruzione che agisca preventivamente e sistematicamente per sviluppare nel fanciullo conoscenze e competenze *death-related*, traducibili in abilità *life-related*.

Il presente elaborato è organizzato in due sezioni distinte, ma correlate: la prima di stampo teorico e la seconda di ordine empirico.

Nel primo capitolo verrà delineato il contesto della pandemia da Covid-19, descritto come scenario di minaccia non solo per il benessere fisico, ma anche, e soprattutto, per quello psicologico, tanto per mondo adulto quanto per quello non-adulto, in particolar modo per l'infanzia. Un sondaggio di *Save the Children* ha, infatti, evidenziato come più di 2,3 milioni di bambini ha sofferto psicologicamente per una qualche forma di restrizione attuata a seguito della pandemia (Save the Children, 2020). Quest'ultima ha assunto la fisionomia di un vero e proprio "promemoria globale" dell'imprescindibilità della morte, con conseguente rafforzamento, da un lato, della *death anxiety* e, dall'altro, dell'attivazione e dell'attuazione di tutta una serie di meccanismi difensivi ben esplicitati dalla *Terror Management Theory*. La società occidentale di oggi, "cullata" tra i numerosi agi e confort che il progresso scientifico ha reso possibile, si è trovata del tutto impreparata di fronte all'incombere di un senso di impotenza pervasivo; l'uomo contemporaneo, costantemente affamato di potere ed eternità, ha dovuto "chinare il capo" di fronte ad una verità tanto sconcertante quanto reale: l'esistenza e l'evidenza della mortalità umana. Anche i bambini, neofiti di uno ambiente socio-culturale di rimozione della morte, hanno dovuto irrimediabilmente misurarsi con questa certezza. Eppure gli adulti sono sempre più restii nell'affrontare con il bambino una tematica di questa profondità e complessità, vivendo nella convinzione che iniziare una comunicazione sulla morte non possa che nuocere al benessere del fanciullo; per i genitori, in particolare, è un concetto troppo "grande" per un essere umano così "piccolo".

Nel secondo capitolo, verrà delucidato e dimostrato, tramite il riferimento a differenti ricerche effettuate, come già a partire dall'infanzia, la rappresentazione della morte inizia a prender forma e i suoi confini e contenuti risultano essere influenzati dal contesto di vita più o meno prossimo al bambino. Ignorare o deviare rispetto alle domande che inevitabilmente il fanciullo avanza, non significa, come son convinti gli adulti, tutelare il bambino e il suo benessere, ma, al contrario, creare in lui un'angoscia silente e costante, rispetto a qualcosa di cui non conosce l'identità. Di fronte a questo contesto di

mutismo e di ammutolimento, diventa necessario attivare in misura sistematica interventi di *DeEd*, non solo di carattere riparatorio, ma, soprattutto, di livello preventivo e formativo, già a partire dall'infanzia. L'Italia, in questo senso, non ha ancora adottato una cultura della morte, mentre professa e ostenta, avvalendosi dei traguardi della medicina, una cultura della vita e dell'im-mortalità, dimenticandosi, però, che, per quanto l'esistenza possa essere resa sempre più longeva, rimarrà priva di un senso, di un orientamento e di un valore, se privata da quel confine semantico che solo la morte può assegnare. Diventa, dunque, di estrema importanza imparare a morire per imparare a vivere, avvicinarsi al dolore, per poi affiancarsi ad esso, addentarsi e superarlo. A tal proposito, verranno approfondite diverse modalità di *DeEd* primaria adottate e adottabili nel contesto scolastico con i bambini, capaci di portare a piena espressione la loro dimensione emozionale, relazionale e spirituale.

Nel terzo capitolo, parte della seconda sezione di carattere empirico, verranno presentati i risultati ottenuti dal progetto di ricerca EDI4APP, *Elaborare il Dolore Insieme per Affrontare la Paura per la Perdita*. Esso ha come contesto di riferimento proprio lo scenario pandemico, come *target* il bambino, come tipologia di intervento rappresenta una forma di *DeEd* di livello primario e come intento e scopo principali, quello di portare il bambino, tramite la maturazione della dimensione emozionale, relazionale e spirituale, a conoscere la morte, concependola non come “fine”, ma, piuttosto, come “con-fine”, dunque come strumento di contatto con se stessi, con l'Altro e con l'esistenza stessa.

CAPITOLO 1. IL CONTESTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 E LA SALIENZA DELLA CADUCITÀ

1.1 Covid-19 e la psicopandemia parallela in Italia e nel Mondo

(...) siccome il panico è molto più rapido delle gambe che lo devono portare, i piedi del fuggiasco finiscono per impappinarsi nella corsa, tanto più se lui è cieco, ed eccolo all'improvviso per terra, il panico gli dice, alzati, corri, stanno venendo ad ammazzarti (...). (Saramango, 2013)

È con queste parole, tanto angoscianti quanto drasticamente reali, che José Saramango descrive il panico dovuto al contagio. *Cecità* è un'epidemia senza tempo e senza spazio, non riconducibile ad alcun virus e che, pertanto, può essere considerata modello di riferimento delle varie epidemie e delle dinamiche, razionali e irrazionali, correlate a queste ultime. In *Cecità* (2013) troviamo, infatti, il primo cieco, la caccia all'untore, il contagio, la quarantena e il panico di massa.

Quando ci si accosta o si affronta un'epidemia, ci si imbatte in un fenomeno dalla duplice, e sistematicamente presente, fisionomia espressiva: da un lato troviamo la componente biologica (legata al virus o al batterio in sé), dall'altro la dimensione prettamente psicologica e, dunque, strettamente umana (Ferrucci et al., 2022). Quest'ultimo versante, seppur strutturalmente più silente e meno concreto del primo, non può e non deve essere mai sottovaluto. In questo caso l'evidenza del sintomo psicologico non coincide sempre con la gravità dello stesso. A segnali silenziosi possono, infatti, sottendere personalità altamente compromesse nella loro struttura e funzionamento. Da qui, pertanto, la necessità e il dovere di considerare le componenti biologica e psicologica di una qualsiasi epidemia come dimensioni ugualmente importanti e legate da un rapporto di osmosi, tale per cui il benessere di un soggetto è l'esito anche della copresenza di una salute fisica e mentale (Huppert, 2009) .

Anche la pandemia da Covid-19 non si esime da questa duplice natura, biologica e psicologica. Il dilagare epidemico del virus, infatti, ha messo alla prova la tenuta non solo il sistema immunitario e il sistema sanitario, ma anche lo stesso funzionamento psichico. Infatti, non solo il corpo, ma anche la psiche dell'uomo è stata messa

completamente a nudo, nella sua più totale vulnerabilità, dal Covid-19 (Jones et al., 2020). È dunque possibile, data la potenza e la capacità trasformativa, considerare il Covid-19 non solo in termini di virus biologico, ma anche in quelli di psicopandemia, in grado di riformare e, talvolta, di rivoluzionare l'*habitus* dell'uomo contemporaneo, causando una serie di importanti risonanze psicologiche. Prima di addentrarci nell'esame di queste ultime, è fondamentale tracciare le coordinate identificative del virus che ha fatto dell'incertezza la nostra unica certezza.

La malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2 (acronimo di *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2*, anche chiamata malattia da coronavirus 2019, Covid-19), è una malattia infettiva respiratoria causata da un virus appartenente alla famiglia dei *betacoronavirus* (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). I primi casi sono stati rilevati nella città cinese di Wuhan, nel dicembre del 2019 (Wu et al., 2020). Successivamente, a partire dal febbraio 2020, la malattia da Covid-19 si è rapidamente diffusa in vari paesi del mondo, sia europei sia extra-europei. L'Italia è stato il primo Paese Europeo ad essere colpito (Ferrucci et al., 2022). Vari sono i fattori responsabili della rapida diffusione; tra questi, sicuramente, l'indice di riproduzione di base (numero di persone che un soggetto affetto dal virus può contagiare) particolarmente elevato (compreso tra 2 e 4), la modalità di trasmissione attraverso goccioline respiratorie (*droplets*) emesse da un individuo infetto e inalate da un soggetto sano, il periodo di incubazione relativamente lungo (da 2 a 14 giorni) durante il quale la persona, pur essendo contagiosa, non ne è a conoscenza (Ferrucci et al., 2022). Infine, accanto alle caratteristiche proprie del virus, anche il contesto contemporaneo si è reso particolarmente fertile nel facilitare il processo di trasmissione del Covid-19. Siamo, infatti, immersi in un mondo globalizzato – *limitless* – in cui vige la libertà e l'agilità di movimento di merci e persone costituisce la norma, nonché il dogma indiscutibile (Sigler et al., 2021). Proprio a causa della rapida diffusione, l'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la malattia da Covid-19 una pandemia, ovvero “una malattia epidemica che si diffonde molto rapidamente tra le persone, si espande in numerose aree geografiche, coinvolgendo la maggior parte della popolazione mondiale e contro la quale gli uomini non hanno difese immunitarie” (Ministero della Salute, 2020a). Di fronte a questo nemico senza frontiere, i governi nazionali hanno attivato misure di contenimento con l'obiettivo di tutelare la salute

pubblica e, allo stesso tempo, garantire adeguate cure ai contagiati. I provvedimenti messi in atto, avendo come bersaglio di protezione l'uomo e il suo benessere, non potevano che prevedere diversi livelli di azione: misure protettive personali (si veda, ad esempio, l'igiene delle mani frequente, l'utilizzo di dispositivi di protezione quali mascherina chirurgica e guanti monouso), misure ambientali (gel disinfettante negli spazi condivisi, riduzione di ogni occasione passibile di creare assembramenti) e, infine, misure di distanziamento fisico e sociale comprendenti il distanziamento interpersonale, l'isolamento dei casi positivi e la quarantena per tutti i contatti diretti (Burns et al., 2020). Anche l'Italia ha risposto al virus SARS-Cov-2 e alla sua contagiosità allarmante con una serie di provvedimenti piuttosto drastici e netti fino ad arrivare all'11 marzo 2020, quando il primo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) che ha imposto un *lockdown* del Paese, con limitazione degli spostamenti, chiusura della maggior parte delle attività commerciali e di altro tipo e sospensione dei servizi educativi (Gazzetta Ufficiale, 2020). Queste drastiche misure hanno modificato, se non rivoluzionato, drasticamente la *routine*, ovvero il modo di ogni persona di stare nello spazio, di percepire il tempo, di vivere e, dunque, di essere. Addirittura occasioni precedentemente neutre o piacevoli si sono trasformate in situazioni potenzialmente pericolose: una stretta di mano, un abbraccio o, semplicemente, l'andare a scuola o recarsi al lavoro. L'eccezione diventa la norma e la norma l'eccezione: eccezionale normalità (Siniscalchi, 2021).

Il Covid-19 ha travolto le vite di ciascun individuo, inghiottendolo tanto velocemente quanto improvvisamente. Molteplici sono gli elementi dal forte potenziale psicopatologico associati a questa piaga: l'effetto traumatico dell'evento, contraddistinto da sintomatologie a volte gravi e letali; il carico di preoccupazione e paure generate sia dalla possibilità del contagio, sia dalle conseguenze sociali ed economiche della pandemia; il potenziale effetto lesivo delle restrizioni della libertà conseguente alle misure di distanziamento sociale, isolamento e quarantena (Brooks et al., 2020). È intuibile come, di fronte ad eventi straordinari come questo, emergano o si acutizzino problematiche psicologiche che inficiano, in modo più o meno sostanziale, la salute mentale dei soggetti. Particolarmente di rilievo è il sondaggio compiuto dalla società di ricerche di mercato Ipsos MORI su incarico dell'*Accademy of Medical Sciences* (AMS) e dell'ente benefico per la ricerca sulla salute mentale *Transforming*

Mental Health (TMH), pubblicato in *The Lancet* ("Prioritising mental health after the pandemic", 2020). L'obiettivo di questa indagine esplorativa, compiuta nella settimana immediatamente successiva all'annuncio del blocco nel Regno Unito, era quello di cogliere e comprendere gli effetti psicologici e sociali del Covid-19 nella popolazione della Gran Bretagna. Ciò che è emerso è una già forte e diffusa preoccupazione per le implicazioni dell'isolamento sociale o del distanziamento interpersonale sul benessere; un aumento dell'ansia, della depressione e dello stress, con particolare prevalenza nelle donne. Altro sondaggio significativo per prendere coscienza della catastrofe psicologica determinata, o comunque, facilitata dall'installarsi, nel mondo, del Covid-19, è quello svolto dall'Istituto *Elma Research* in sei Paesi Europei (tra questi c'è anche l'Italia), il 10 ottobre 2020. Ciò che ne è risultato è che ben il 58% dei cittadini totali intervistati hanno avuto sintomi di disturbi psicologici con una durata maggiore di 15 giorni durante il *lockdown*. In particolare, solo in Italia troviamo il 63% di persone che riferiscono di aver sperimentato differenti segnali persistenti di malessere, come, ad esempio ansia, panico (l'Italia è il primo dei sei paesi per questi due disturbi), insonnia, debolezza e mancanza di energie, forte tristezza, paura e timori eccessivi ("Coronavirus: disturbi psicologici per il 65% degli italiani", 2020).

Come riportato precedentemente, la quarantena, strumento in voga in epoca medievale e periodi successivi per debellare la peste nera del 1347 e del 1630, costituisce una delle misure estreme, ma anche più efficaci per il contenimento del contagio (Tenconi, 2021). Le persone in quarantena sono coloro che sono sottoposte ad un confinamento obbligato in quanto venute a contatto con un agente infettivo. Proprio per mitigare quanto più possibile il divampare e il dilagare e del SARS-CoV-2, prima in Cina, poi in Italia e nel resto del mondo, è stata introdotta una vera e propria quarantena di massa (Marroquín et al., 2020). Questa misura di confinamento sociale, seppur efficace nel limitare la diffusione di un virus, si è più volte dimostrata, nel corso della sua attuazione per contrastare le diverse epidemie, un fattore di rischio rilevante per la salute mentale degli individui (Brooks et al., 2020). Brooks e colleghi, in una rassegna sistematica e meticolosa (2020), dimostrano come già con SARS, Ebola, Influenza H1N1 o MERS, l'adozione della quarantena avesse compromesso il benessere dei soggetti, provocando sintomi di stress-post-traumatico, ansia, depressione, confusione, rabbia e generale forte disagio nel ritorno alla normalità dopo la fine della misura stessa.

Dunque viene mostrato come l’impatto psicologico della quarantena sia ampio, sostanziale e possa durare a lungo, trattandosi, comunque, di un provvedimento che costringe le persone a familiarizzare con uno stile di vita sconosciuto e, all’inverso, a percepirsi estranee rispetto ad un ambiente familiare come la propria casa e rispetto a chi vi abita. E proprio questi muri domestici sono diventati baluardi elettivi di violenza di genere (United Nations International’s Children’s Emergency Fund [UNICEF], 2022), che, come suggeriscono Kourti e colleghi (2023), ha avuto un considerevole aumento proprio nella fase di *lockdown*, periodo che ha visto la riduzione dei contatti esterni e, dunque, la diminuzione delle reti di aggancio e supporto. Inoltre, sempre le donne, impegnate in ruoli di *caregiver* e professioni sanitarie, hanno intensificato ed esasperato i ritmi delle propria attività con risonanze negative maggiori rispetto agli uomini sulla salute mentale, manifestando elevati livelli di stress, ansia e depressione (Rodríguez-Rey et al., 2020; Huang, Xu & Liu, 2020), disturbi di internalizzazione rispetto ai quali il genere femminile presenterebbe una maggiore vulnerabilità (Carpiniello, 2012). Un’indagine condotta da Testoni e colleghi (2022) hanno esplorato i risvolti della pandemia da Covid-19 sulle coppie in lutto per la perdita perinatale. Non sono emerse significative differenze di genere in questa area tematica: entrambi i membri hanno manifestato maggiore sofferenza non tanto per la preoccupazione sulle eventuali conseguenze fisiche di un contagio, ma per le risonanze negative psicologiche e relazionali generate dalle misure di contenimento del Covid-19. Prevalgono sentimenti di solitudine e di abbandono nelle madri che, a seguito delle numerose restrizioni pandemiche, sono costrette ad effettuare e ad affrontare visite, ospedalizzazioni ed interventi da sole, senza il supporto e la presenza del proprio partner. I padri soffrono anch’essi per la difficoltà e, talvolta, l’impossibilità di partecipazione ad un’esperienza così importante, presentando un forte senso di esclusione e impotenza. Inoltre la presenza del Covid-19, come emerge dal medesimo studio, avrebbe inciso anche sul piano dell’elaborazione del lutto, soprattutto nelle donne che, non potendo uscire, distrarsi o avere contatti con il mondo esterno, si sono sentite soffocate e sopraffatte dal dolore. In generale, comunque, come dimostra uno studio qualitativo di Testoni et colleghi (2021a), la perdita in Italia di persone care durante le prime fasi della pandemia ha costituito un evento traumatico, perché traumatiche le modalità che l’hanno accompagnato. Infatti, a causa delle numerose norme di blocco, alle famiglie era vietato

assistere il proprio caro sul letto di morte, generando un senso di colpa e impotenza; a ciò si è aggiunta l'impossibilità di organizzare le cerimonie funebri che ha contribuito ad aumentare il rischio di incorrere in una vera e propria perdita ambigua e conseguente dolore prolungato.

Quando si affronta il Covid-19, dunque, non ci si interfaccia unicamente ad una realtà lineare di impronta biologica; quest'ultima è sicuramente la dimensione più concreta e visibile, ma non l'unica. L'impatto psicologico arrecato dal virus SARS-CoV-2 si è dimostrato (e si dimostra tuttora) ugualmente "feroce", capace di inghiottire e addomesticare, attraverso uno status opprimente di precarietà, anche l'uomo occidentale contemporaneo, abituato ad essere "cullato" da comfort e agi del progresso. Il Covid-19 ha, cioè, ripristinato l'incertezza come tratto endemico macroscopico di ogni società umana (Cuomo et al., 2021).

A differenza del versante biologico, il "contagio" psicologico è stato, in un certo senso, più democratico e meno selettivo, non risparmiando il mondo dei bambini. Questi ultimi sono stati capaci di galleggiare nell'ondata del Covid-19, ma, talvolta, ne sono stati trascinati e travolti. La pandemia, obbligando all'isolamento e all'uso di mascherine, ha ridotto significativamente per la prima volta la dimensione sociale, fondamentale e imprescindibile tanto per un adulto, quanto per un bambino e il suo sviluppo (Ruba & Pollak, 2020). La comprensione del potenziale psicologico distruttivo del Covid-19 nella società non può essere pienamente colto, se non si indagano le risonanze nel bambino, "l'essere in divenire", il divenire per il quale l'ambiente sociale (prossimo e non) ha un impatto pervasivo, strutturante e formante. Quali, dunque, le conseguenze dei cambiamenti radicali, imprevisi e imprevedibili imposti dal Covid-19 su un piccolo soggetto in cambiamento?

1.2 Covid-19 e infanzia: un rischio sostanziale per il benessere del bambino

I bambini sono come il cemento umido, tutto quello che li colpisce lascia un'impronta
(H.G. Ginott, 2003)

Secondo alcuni autori l'ambiente in cui un bambino nasce, vive e cresce è in grado di influenzare profondamente il suo sviluppo biologico, cognitivo ed emotivo (e.g.

Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Darling, 2007; Fox et al., 2010; Vygotsky, 1978; Weisner, 2002). Alla nascita, infatti, ogni individuo possiede un patrimonio genetico unico, che rappresenta l'insieme delle sue risorse potenziali e una tendenza al loro sviluppo ottimale. Attraverso la relazione con l'ambiente fisico e sociale circostante, il bambino cresce e rafforza quelle risorse che possiede in potenza. La qualità dei contesti (prossimali e non) può influenzare positivamente o negativamente la possibilità di sviluppare nell'individuo in maniera ottimale il proprio potenziale. Dunque, ciò che si desume è che ciò che il soggetto è non è solo frutto del suo patrimonio genetico o degli ambienti in cui vive, ma è piuttosto il prodotto dell'interazione tra innato e appreso. Quest'ultimo può incidere in modo sostanziale sulla struttura e sul funzionamento dell'individuo, a tal punto che diventa altamente difficile discernere l'impatto del contesto sull'individuo e viceversa. Realtà esterna e realtà intrapsichica diventano parte integrante di una relazione di simbiosi (Bronfenbrenner, 1979). Diverse sono le linee di ricerca che hanno cercato di rendere conto dei meccanismi attraverso cui le caratteristiche dell'ambiente esterno possono entrare "sotto la pelle" del soggetto ed essere "incorporate". Troviamo, ad esempio, l'epigenetica, branca di studio che parte dall'ipotesi secondo cui le caratteristiche dell'ambiente sia fisico che sociale possono modificare direttamente il patrimonio genetico dell'individuo e indirizzare lo sviluppo dell'organismo verso alcune traiettorie piuttosto che altre (Lester et al., 2016). Gli stimoli capaci di determinare queste modifiche sono i suoni, le luci, i cambiamenti di temperatura, l'alimentazione, il tocco, le voci e gli odori delle figure genitoriali, ma anche aspetti più relazionali come il calore affettivo, la ricchezza del linguaggio usato dai genitori o l'esposizione a violenza di natura fisica o emotiva (Gudsnuk & Champagne, 2011; Masterpasqua, 2009; Naumova et al., 2016; Zannas & West, 2014). Altro importante meccanismo riconosciuto attraverso cui l'ambiente modula lo sviluppo del bambino è quello legato alla plasticità cerebrale: le connessioni cerebrali si sviluppano in rapporto al loro utilizzo; un uso ripetuto porta allo sviluppo di connessioni solide, mentre un loro utilizzo scarso o nullo porta alla perdita di tali connessioni. Le esperienze che vengono vissute nei periodi sensibili di sviluppo del cervello sono in grado, infatti, di modificare profondamente le caratteristiche dei circuiti cerebrali in una modalità stabile e difficilmente modificabile successivamente (Greenough et al., 1987; Nelson, 1999; Power & Schlaggar, 2016).

Un'altra linea di ricerca punta l'attenzione sul fatto che ciò che avviene nei primi anni di vita, soprattutto in termini di adeguatezza delle cure ricevute, influenza la qualità dello sviluppo cognitivo, linguistico, emotivo e sociale successivo (Felfe & Lalive, 2018).

È, pertanto, evidente e ampiamente convalidato, come l'individuo in generale e il bambino in particolare non siano mai ciò che sono senza considerare l'impatto dell'ambiente fisico e sociale. A quest'ultimo proposito, non si può non prendere in considerazione la teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979), secondo cui il modo di pensare, agire ed emozionarsi è sistematicamente e continuamente influenzato da diversi fattori sociali. Egli, infatti, osservò inizialmente come il modo di essere dei bambini cambiasse in funzione del contesto in cui erano cresciuti e da qui approfondì gli elementi contestuali che influenzavano maggiormente lo sviluppo infantile. Non solo l'ambiente prossimale (quello con cui il soggetto è direttamente coinvolto), ma anche distale è in grado di intervenire e agire sulla crescita e sul benessere di ciascun soggetto, a partire dall'infanzia. Il contesto viene concepito come un insieme di sistemi concentrici collegati tra loro. Di conseguenza, l'influenza di uno di essi sullo sviluppo del bambino dipende dalla relazione con gli altri. Secondo tale concezione teorica, il bambino in via di sviluppo è circondato da sistemi di relazioni. Lo strato più interno è denominato microsistema. Si tratta di quel contesto nel quale il bambino agisce direttamente e con il quale interagisce quotidianamente, come la famiglia, gli amici, gli insegnanti. I diversi microsistemi a cui l'individuo appartiene non sono mai realtà isolate, ma in continua connessione tra loro (si veda, ad esempio, il rapporto tra insegnanti e genitori); tale nesso entro due o più microsistemi è denominato mesosistema. Segue poi lo strato di contesti distali, con i quali, cioè, il bambino non ha un rapporto diretto, ma che, ciò nonostante, sono in grado di influenzare indirettamente il suo sviluppo e benessere (si noti, ad esempio, il lavoro dei genitori). L'insieme di questi elementi costituisce l'esosistema. Contesto ancora più distale rispetto al soggetto, ma operante indirettamente su di esso, è il cosiddetto macrosistema. Quest'ultimo comprende l'insieme degli elementi della cultura a cui il soggetto appartiene, come ad esempio i valori e la religione. Tali componenti segnano profondamente le modalità di funzionamento ed espressione degli strati circostanti e, dunque, dello stesso bambino. Infine troviamo il cronosistema; si tratta degli eventi ambientali e delle transizioni nel corso della vita, nonché nel

cambiamento delle circostanze storico-sociali. Per esempio, un mutamento dovuto a calamità naturali o eventi eccezionali come una pandemia; eventi, cioè, tanto improvvisi e inaspettati quanto drastici negli effetti prodotti. Il richiamo alla teoria di Bronfenbrenner, unitamente ai contributi dell'epigenetica, della plasticità cerebrale e delle traiettorie di vita, è di cruciale importanza in quanto è in grado di rendere conto dell'interazione sistematicamente presente tra soggetto e ambiente (prossimo e remoto che sia); la crescita e il benessere del bambino, quindi, per essere pienamente compresi, non possono e non devono essere considerati come fenomeni isolati e decontestualizzati, ma, al contrario, come processi contestualizzati ed esito di scambi continui.

Lo scenario del Covid-19 rappresenta un evento in grado di impattare tanto i diversi ambienti di vita in cui il soggetto è immerso (direttamente o indirettamente) quanto, conseguentemente, l'individuo stesso. Le pandemie, infatti, come altre calamità naturali (alluvioni, terremoti ecc.) creano traumi collettivi e stravolgimenti individuali. L'evento catastrofico altera il movimento quotidiano di una popolazione: blocca la sua corsa, segna simbolicamente la fine di un'epoca (come una rivoluzione), a volte la fine di un ideale (ad esempio quello del benessere diffuso), di uno stile di vita (ad esempio a seguito della perdita dell'occupazione o di una persona cara) e può innescare un movimento di regressione, di involuzione e di ritorno al passato (Riva, 2023). E il soggetto che sta crescendo, che sta affrontando egli stesso un cambiamento, vivendo in un dato contesto, non può non venire influenzato da un cambiamento radicale contingente. I bambini, riprendendo la concezione concentrica di Bronfenbrenner, agiscono, interagiscono e vengono necessariamente influenzati da determinati micro-meso-eso-macro e cronosistemi. L'isolamento emotivo, la rottura con il mondo sociale, mantenuto vivo solo da contatti virtuali, la chiusura delle scuole e il confinamento a casa si sono rivelate misure soffocanti non solo per il mondo adulto, ma anche per il mondo non-adulto, privato della sua forza esplosiva (Ashikkali et al., 2020). A questo proposito, l'Ufficio di Ricerca UNICEF Innocenti (2021) ha effettuato una rapida revisione dei documenti di ricerca con focus su bambini e adolescenti provenienti principalmente dalla Cina, dall'Italia e dagli Stati Uniti. Ciò che emerge è un aumento, negli adolescenti in particolare, di casi di depressione - con differenza di genere che vede la prevalenza di questo disturbo nelle femmine - (Loades et al., 2020), ansia e disturbi dell'alimentazione (Gilsbach et al., 2022; Haghsomar et al., 2022; Taquet et al., 2021).

Tra i bambini, invece, si assiste ad un incremento di irritabilità, nervosismo, disturbi del sonno (Alimoradi et al., 2021) e sintomi di disturbo da stress (irrequietezza, ansia da separazione, difficoltà di elaborazione del significato di pandemia e lutto). In particolare, madre e padre hanno un ruolo determinante nel sostenere lo sviluppo psicologico e fisico dei figli nell'infanzia e nell'adolescenza, anche nei momenti più difficili e traumatici (Perrin et al., 2016).

Spinelli e colleghi (2020) hanno somministrato, in Italia, un questionario online, compilato da 854 genitori di bambini di età compresa tra i 2-14 anni (2020), con l'obiettivo di esplorare la percezione del clima familiare, le eventuali difficoltà riscontrate nella gestione della nuova quotidianità, le conseguenze dell'isolamento e il riscontro di eventuali problemi emotivi e comportamentali nei figli. I risultati mostrano come ciò che viene percepito maggiormente rischioso per il benessere sia dei genitori sia dei figli, non sono tanto le esperienze di contatto diretto con il virus, ma, la risonanza psicologica percepita a seguito dei cambiamenti e delle restrizioni imposte a seguito del dilagare virus stesso. A tal proposito, infatti, diverse ricerche mostrano come ad incidere sostanzialmente sulla difficoltà psicologica nei bambini sia la qualità del microsistema della famiglia e, nello specifico, il livello di stress sperimentato dai genitori a causa della percezione di limitate risorse finanziarie e sociali (Brown et al., 2020), di un senso di imprevedibilità perenne e, con la didattica a distanza (DaD) e lo *smartworking*, di una sensazione di mancato controllo e supporto (Almeida et al., 2020). Proprio quest'ultima percezione ha segnato in modo particolare le donne, le madri di famiglia e lavoratrici che, soprattutto durante il *lockdown*, hanno dovuto destreggiarsi tra questi due ruoli sociali e, in aggiunta, hanno sostituito in parte la funzione normalmente svolta dagli insegnanti. La DaD è stata da un lato fondamentale per garantire la continuità scolastica agli studenti, contribuendo a migliorare sensibilmente le competenze digitali di studenti e docenti, dall'altro, è stata fonte di stress e stanchezza per insegnanti, alunni e genitori stessi. La DaD, nelle modalità in cui si è svolta, ha condotto ad una caduta del PIL formativo e un aumento delle disuguaglianze sociali (Scarpellini et al., 2021).

Non si può, pertanto, affrontare e comprendere pienamente il benessere del bambino senza considerare l'influenza esercitata continuamente dal contesto che lo circonda direttamente o indirettamente. Il malessere di un bambino è, infatti, sintomo e segnale di un sistema sofferente. Il contesto ha, dunque, un ruolo imprescindibile nel

contribuire o ostacolare il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere individuale. La pandemia da Covid-19 ha costretto l'uomo contemporaneo a confrontarsi, in modo più o meno consapevole, con la precarietà, l'incertezza della vita, con la democraticità e la certezza della morte. La morale del *carpe diem*, il culto e la cultura del presente, dell'istante hanno vacillato, il *memento mori* si è insediato e annidato nelle menti e nei comportamenti dei soggetti. Il contesto pandemico, dunque, è diventato terreno fertile in cui l'ansia di morte (*death anxiety*) si è insediata e sul cui ha attecchito, logorando ulteriormente il benessere dei soggetti.

È fondamentale, quindi, comprendere e familiarizzare con questa paura tanto prontamente rimossa dall'uomo contemporaneo occidentale quanto costantemente presente e operante in esso.

1.3 Covid-19 e *death anxiety*: “promemoria” globale dell'imprescindibilità della morte

L'uomo non può possedere niente fintanto che ha paura della morte. Ma a colui che non la teme, appartiene tutto (Lev Tolstoj, 2007)

Ogni soggetto occidentale, come afferma Bauman (2021), vive, è immerso e, talvolta, sommerso da una società dei consumi, un contesto in cui l'aver diventa sinonimo di essere. La cultura occidentale è una cultura della fretta, della frenesia, del presente se non, addirittura, dell'istante che governa tiranno nelle menti e nei comportamenti degli abitanti contemporanei. La logica del tutto subito domina, l'attesa non è ammessa, così come non è concepita e, dunque, accettata e tollerata alcuna forma di deterioramento. La fine non è contemplata, esistono solo tanti nuovi (e psicologicamente migliori) inizi. Da questa logica tipicamente economica, non è immune, anzi di essa è totalmente succube, l'identità di ciascun soggetto. A ragione di ciò, la moda e la chirurgia plastica mettono prontamente a disposizione innumerevoli modalità e strumenti per rinnovare il proprio sé, per ri-nascere, non deperire o, ancor peggio, tentativi estremi per non perire. Grazie alla scienza e alla tecnologia, rispetto alle quali l'uomo contemporaneo è fedele e cieco sostenitore (Latouche, 2015), l'Occidente ha visto un miglioramento della qualità di vita, si è abituato ad un costoso ed elevato standard di benessere e, soprattutto, ha assistito ad un allungamento consistente dell'aspettativa di vita (Testoni, 2015). È pur vero che le conquiste della

medicina non hanno determinato solo un prolungamento e una resistenza maggiore della vita sana, ma anche delle condizioni di malattia e di terminalità, costringendo il malato e i suoi famigliari a rapportarsi a lungo su ciò che la società sembra negare, ovvero il deterioramento, la fine. Questi, infatti, rappresenterebbero dei mali prevedibili ed evitabili grazie al progresso scientifico e all'onnipotenza della tecnologia (Testoni, 2015). Eppure, irrimediabilmente, l'incapacità di affrontare la morte è aumentata proprio in misura proporzionale alla capacità di innalzare i livelli di salute, benessere e la durata della vita (Cena et al., 2022). Maggiore è la percezione di controllo sulla vita, la gestione del tutto e maggiore risulterà la sensazione di impotenza nei confronti della morte e del nulla. La pandemia da Covid-19, in modo completamente disatteso, ha sovvertito il rapporto tra vita e morte. Quest'ultima, da silente e apparentemente soggiogata dall'uomo contemporaneo e dagli strumenti di questo, si è mostrata in tutta la sua esistenza, presenza e democraticità. L'individuo si è trovato completamente impreparato, inerme, impotente, una "nullità" di fronte al nulla. Il Covid-19 ha reso la morte, nell'immaginario corrente, uno scenario non solo possibile, ma un contesto nei confronti del quale nessuno è al sicuro. La salienza della morte (*mortality salience*) data dalla pandemia è stata il risultato di numerosi rimandi alla morte (Newton-John et al., 2020), come, ad esempio, la forte insicurezza rispetto all'evoluzione del virus, la facilità di contagio e l'aumento delle morti (Özer et al., 2021). A tal proposito, infatti, un gruppo di ricercatori di *The Lancet* ("Lancet: I morti reali per Covid potrebbero essere 18,2 milioni, il triplo di quelli ufficiali. Anche in Italia possibile sottostima: i decessi a fine dicembre salirebbero da 137 mila a 259mila", 2022) ha valutato il numero di decessi dovuti al Covid-19 in 191 Paesi, in un periodo compreso tra il 1° gennaio 2020 e il 31 dicembre 2021. Ciò che è emerso è che le stime di morte in eccesso (in tutte le fasce d'età) si aggiravano attorno ai 18,2 milioni, con picchi particolarmente rilevanti in 21 Nazioni. Ai decessi dovuti al versante biologico del virus SARS-CoV-2, si aggiunge un deperimento psicologico pervasivo, un deterioramento della salute mentale a seguito dell'applicazione delle diverse misure restrittive di contenimento che hanno imposto, in modo ferreo e perentorio, una "dieta" relazionale. L'individuo in isolamento o in quarantena ha poi subito un altro contagio ugualmente pericoloso e ansiogeno, ovvero quello culturale, l'infodemia (OMS, 2020), nonché la diffusione ipertrofica e spasmodica di notizie che hanno finito, in un certo senso, per "avvelenare" l'ecologia

comunicativa, creando una vera e propria “confusione semiotica”. Dunque, il Covid-19, oltre ad imbrattare il fisico e la psiche, si è reso anche una sorte di monade semantica che, con altrettanta facilità e agilità, è stata in grado di attecchire e colonizzare perfettamente qualsiasi comunicazione, una vera e propria viralità comunicativa. Gli uomini, quindi, si sono ritrovati a dover stringere con la morte non più un rapporto di estraneità, ma, al contrario, di intimità e quotidianità. In questo scenario, la *death anxiety* ha assunto un ruolo centrale. Menzies e Menzies (2020) sottolineano come la *death anxiety* esista in tutti gli esseri umani, ma diventi particolarmente sentita nelle situazioni legate alla morte.

Quest’ultima rappresenta l’unica certezza nella e della vita umana, eppure, illogicamente, rimane la più grande fonte di angoscia. Ma cosa si intende con *death anxiety*?

La *death anxiety* si basa su due presupposti: la vita e la morte sono interdipendenti (e, dunque, indivisibili) e la morte rappresenta a tutti gli effetti la fonte primordiale di ansia (Langford, 2002). Questo significa che, come già Heidegger (1962) sottolineava, se da una parte la morte motiva e spinge l’individuo verso una vita dignitosa, dall’altra parte la consapevolezza circa la caducità imprescindibile condanna il medesimo ad un’esistenza vissuta come resistenza agognante e angosciata.

La *death anxiety* rappresenta un tema di grande riflessione e discussione in varie discipline tra cui la filosofia e la psicologia. A quest’ultimo proposito, di particolare rilievo risulta essere la concettualizzazione proposta da due autrici, Lehto e Stein (2009), prodotto di un’integrazione e sintesi della letteratura sulla *death anxiety*. Si parla di ansia e non di paura in quanto, a dispetto di quest’ultima, si tratta di un sentimento opprimente e paralizzante di cui non si conosce l’oggetto scatenante (Testoni et al., 2018a). Diversi, però, i ricercatori della *death anxiety* (Becker, 1973; Greenberg et al., 1994) che non fanno alcuna distinzione tra ansia e paura della morte, utilizzando tali termini per indicare il medesimo concetto, la medesima condizione che attanaglia e paralizza l’uomo. La *death anxiety* è quella paura pervasiva della non esistenza, del non essere, della scomparsa propria e dei propri cari (McKenize & Brown, 2017). È la paura dell’annientamento, la lotta dell’essere vivente con l’essere nessuno, con l’essere nulla (Sherman et al., 2010). Ancora anche Yalom (2020), psicoterapeuta esistenziale, tratta il

tema relativo all'ansia di morte (*death anxiety*) spiegando come essa sia una profonda paura della morte che ha origine nell'inconscio, un timore che prende forma nelle fasi iniziali della vita prima ancora che sia possibile apprenderne il significato razionale a livello cognitivo; questa paura dal profondo è invasiva e prescinde da immagine e linguaggio. Secondo l'autore, la morte produce un conflitto esistenziale "tra la consapevolezza dell'inevitabilità della morte e il desiderio di continuare a vivere" (Yalom, 2020). L'uomo, pertanto, vive continuamente in e un paradosso esistenziale ed endemico all'esistenza stessa. La *death anxiety* è cooriginaria alla volontà di vivere (Testoni, 2015) e, in quanto costruito e vissuto tipicamente umano, non può che essere complesso. Infatti, come emerge dalla revisione avanzata da Lehto e Stein (2009), siamo di fronte ad un concetto multidimensionale, comprendente componenti emotive, cognitive e motivazionali che assumono forza impattante differente a seconda della fase di sviluppo e del contesto socio-culturale. Diversi possono essere i fattori e gli scenari capaci di attivare la *death anxiety*; tra questi troviamo i contesti stressanti (e potenzialmente traumatici) come la guerra o situazioni particolarmente imprevedibili (Khalek & Sábado, 2005). Anche la diagnosi di una malattia grave (Hong et al., 2022) o l'assistere ad esperienze di morte risultano essere positivamente correlati alla sperimentazione di *death anxiety*. Ens e Bond (2005), a quest'ultimo proposito, hanno dimostrato come adolescenti, a seguito della perdita di un nonno, provassero un forte dolore che assumeva ruolo di predittore dell'emergere di ansia verso la morte.

La pandemia da Covid-19 costituisce, a tutti gli effetti, un evento che, in modo tanto disatteso e allo stesso tempo inequivocabile, ha funto da promemoria della precarietà dell'esistenza umana e dell'uomo stesso. Il pensiero di morte si è insinuato e insidiato nelle menti di tutto il mondo (Curşeu et al., 2021). Il "tarlo" della morte ha iniziato a produrre un logoramento interiore senza tregua, con conseguenze negative sul benessere individuale. E in questo contesto di precarietà, la *death anxiety* ha assunto la fisionomia di una vera e propria reazione di massa, raggiungendo livelli particolarmente elevati e sentiti in alcune categorie di persone. Tale differenza di intensità deriva dal fatto che la *death anxiety* risulta essere influenzata da numerosi fattori, tra cui l'età, la professione svolta e il genere (Kandemir, 2020). In particolare questa paura è risultata forte e negativamente impattante sulla salute fisica e psicologica nel personale sanitario al centro della lotta contro il Covid-19, soprattutto se operante in un contesto privo di

sufficienti e adeguati strumenti di protezione (Indacochea, 2021). Anche essere anziani costituisce un fattore di vulnerabilità; la consapevolezza di essere una categoria particolarmente a rischio, in termini di tassi di mortalità, durante la pandemia ha esacerbato pensieri di morte e angoscia conseguente (Ring et al., 2020). Inoltre diversi studi danno consistenza empirica ad una differenza di genere nella sperimentazione della *death anxiety*. Infatti anche se gli uomini sembrano pensare più spesso alla morte rispetto alle donne, tali pensieri non producono la stessa quantità e intensità di sentimenti negativi, come l'ansia. Questa è, invece, altamente esperita nelle donne, soprattutto in seguito a situazioni potenzialmente traumatiche, come un contesto pandemico può rappresentare (Kavakli et al., 2020; Saleem & Saleem, 2020). Al di là delle categorie più a rischio, la *death anxiety* si è vista essere particolarmente predittiva non solo alla paura del Covid-19 (Newton-John et al., 2020), ma anche di una serie di condizioni di compromessa salute mentale, come il disturbo da stress post-traumatico (Martz, 2004) depressione (Ongider & Eyuboglu, 2013) e disturbi del comportamento alimentare (Le Marne & Harris, 2017). Esiste, quindi, una relazione causale tra *death anxiety* e disagio psicologico e questo rapporto è stato esacerbato nella pandemia.

Abbiamo, dunque, considerato il contesto del Covid-19 come uno scenario in cui la *death anxiety* ha aderito e prosperato perfettamente, piegando a sé l'uomo contemporaneo, agonista della vita e, allo stesso tempo, antagonista della morte.

La paura della morte è una componente centrale e sottostante l'esperienza dell'essere umano e ci spinge sempre a fare qualcosa, perché questa è l'unica maniera per distrarci dalla realtà e dell'inevitabilità della morte stessa. Il problema è che il terrore della morte ci condiziona totalmente e crea in noi una profonda ansia che diventa alla base di tutto ciò che facciamo, pensiamo e siamo (Becker, 1973). Abbiamo, infatti, la capacità cognitiva di contemplare e anticipare la nostra morte e, pertanto, viviamo le nostre vite “per sempre ombreggiati dalla consapevolezza che cresceremo, fioriremo e, inevitabilmente, dimuiremo e moriremo” (Yalom, 2008). Per convivere con questo fardello, l'uomo è continuamente e prontamente impegnato ad elaborare e attuare senza sosta progetti di immortalità, a mettere in campo delle difese che, tuttavia, allontanandolo dalla morte, lo rendono sempre più estraneo alla vita e da se stesso.

1.4 La *Terror Management Theory* (TMT) e le sue estensioni (TMHM, TMHM-P): comprendere l'atteggiamento di fuga e la caccia agli untori nel contesto della pandemia

L'ironia della condizione umana è che il bisogno più profondo sia quello di essere liberi dall'ansia di morte e di annientamento; ma è la vita stessa che lo risveglia, e quindi dobbiamo rifuggire dall'essere pienamente vivi. (Becker, 1973)

Secondo l'antropologo Becker (1973), il cui pensiero è alla base della *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986), l'essere umano è avvolto da un grande paradosso esistenziale: la morte è inevitabile, ma l'istinto di autoconservazione promuove il desiderio di continuare ad esistere. Egli introduce il concetto di "ansia di annientamento", riferendosi al fatto che l'essere umano, a livello esistenziale, è posto al centro di un dilemma tra la sua naturale propensione biologica alla sopravvivenza e le sue superiori capacità cognitive (in particolare il pensiero simbolico, il concetto di tempo e il pensiero autoreferenziale) che gli permettono di avere la consapevolezza dell'imprescindibilità della fine (Arndt & Vess, 2008). L'essere umano, infatti, come sottolinea la TMT (Greenberg et al., 1986), si distinguerebbe dalle altre specie animali per le capacità di pensiero simbolico e astratto. Egli ha sviluppato delle abilità cognitive estremamente sofisticate che, da un lato gli hanno consentito di adattarsi a numerose sfide esterne, dall'altro hanno creato una sfida adattiva interna che deve essere ugualmente, prontamente e abitualmente risolta: l'esistenza della fine e la sua ineluttabilità (Landau et al., 2007; Pyszczynski et al., 2015). E così l'intelletto diventa contemporaneamente tanto una conquista quanto una tremenda condanna. L'uomo è conscio non solo dell'imprescindibilità della morte, ma anche della sua imprevedibilità. La morte, cioè, è in costante agguato, può arrivare in qualsiasi momento per ragioni che sfuggono al controllo dell'individuo e alla sua capacità di previsione. La TMT (Greenberg et al., 1986) presuppone che la coscienza della fine in un animale progettato dalla selezione naturale per evitare la morte prematura crei il potenziale per un'intensa paura primordiale, atavica, un terrore profondo che, se non gestito o mal gestito, può spingere l'essere verso la perdizione del non essere. Le persone utilizzano le medesime capacità intellettive che danno origine alla consapevolezza dell'unica e inevitabile certezza esistenziale (la morte), per controllare e modulare l'ansia derivante con idee, credenze, valori e concetti. La TMT si basa su due tipi di meccanismi: consapevoli e

inconsapevoli; questi elementi prendono il nome, rispettivamente, di difese prossimali e difese distali (Pyszczynski et al., 1999). Tali strategie di protezione sono funzionali ad allentare, allontanare o silenziare quanto più possibile quello stato di forte disagio derivato dalla continua dissonanza vissuta: la volontà di vivere e la costante ed estenuante evidenza dell'inesorabile caducità (Testoni, 2015).

Le difese prossimali (*proximal defences*) consentono all'individuo di prendere le distanze dall'idea della morte attraverso ragionamenti riguardanti la salute fisica (evidenziandola o esagerandola) oppure relegando tale pensiero a qualcosa attinente ad un futuro remoto, negando la propria vulnerabilità; tali strategie sono focalizzate sulla reale minaccia e si attivano, dunque, quando si è concentrati sul pensiero della morte, in presenza di una certa dose di *mortality salience* (Arndt et al., 2002; Pyszczynski et al., 1999). Le difese prossimali rimuovono, dunque, il concetto di morte dall'attenzione focale, ma non fanno nulla per rimuovere la consapevolezza che la morte costituisce il destino condiviso e inesorabile. L'inevitabilità della fine, infatti, raramente è contenuto cosciente nel soggetto; solitamente tale pensiero occupa i margini della coscienza, in uno status di elevata accessibilità a cui solo le difese distali possono far fronte.

Le difese distali (*distal defences*), non consapevoli, sono legate al mantenimento dell'autostima (*self-esteem*) e della fiducia nella propria visione culturale del mondo (*cultural worldview*), nonché al rinnovamento continuo e assiduo della sensazione vitale di essere membri di valore in e di un mondo significativo. Dunque, piuttosto che relegare il problema della morte fuori dalla coscienza o razionalizzarlo in un futuro lontano, esse forniscono sicurezza facendo sembrare l'esistenza dell'individuo significativa, preziosa e duratura. In altre parole, pensare inconsciamente alla morte conduce altrettanto inconsapevolmente a pensare a cose che danno valore alla vita e, di riflesso, a se stessi. Nello specifico, l'uomo si ancora continuamente a visioni culturali del mondo (*cultural worldview*), ovvero ad un insieme di idee che forniscono non solo una teoria della realtà che dà significato, scopo e valore alla vita, ma anche degli standard, in base ai quali il comportamento umano può essere valutato e avere valore, e la speranza di conseguire l'immortalità letterale o simbolica per coloro che credono e vivono secondo le norme della cultura di appartenenza (Greenberg et al., 1997; Pyszczynski et al., 2015). L'immortalità letterale implica credere che si continuerà ad esistere dopo la morte in una forma che trascende i limiti dei corpi fisici; essa, cioè, riflette tipicamente gli aspetti

religiosi delle visioni culturali del mondo (la promessa di una vita ultraterrena). L'immortalità simbolica, invece, chiama in causa l'essere parte di qualcosa di più grande di sé che continua ad esistere dopo la propria morte. Le persone raggiungono tale condizione lasciando al mondo, o meglio nel mondo a cui appartengono, delle tracce di sé che perdurano dopo la scomparsa, siano esse tangibili (ad esempio libri, immagini) o intangibili (ad esempio ricordi, storie) (Pyszczynski et al., 2015).

È importante sottolineare il fatto che, secondo la *TMT*, i meccanismi di difesa prossimale e distale per essere compresi non devono essere concepiti come due sistemi a sé stanti e indipendenti gli uni dagli altri, ma, al contrario, come due modalità interagenti e interdipendenti. Ciò consente agli esseri umani di mantenere l'illusione di obiettività e razionalità riguardo ai propri pensieri e sentimenti e, allo stesso tempo, di non essere consapevoli del ruolo che questi processi difensivi svolgono nel proteggerli dal problema della morte (Pyszczynski et al., 1999). È pur vero, come sottolinea la stessa teoria, che tali difese risulterebbero fragili, essendo comunque basate su ragionamenti pseudologici e, pertanto, richiederebbero una continua opera di ristrutturazione per mantenere saliente la percezione di controllare la precarietà dell'esistenza, attribuendole prevedibilità e significatività (Testoni, 2015). L'uomo, pertanto, è incessantemente e strenuamente preoccupato ed occupato a "sfidare" la propria mortalità, per conquistare istanti di eternità. La *TMT* vuole rendere conto di come proprio il terrore esistenziale, che perseguita e abita in ogni soggetto, spinga ad agire e in quali modalità ciò avvenga, soprattutto quando la *mortality salience* colonizza tanto l'ambiente esterno quanto, conseguentemente, quello interno. La consapevolezza della morte, come dimostra la ricerca derivata dalla *TMT*, è una forte e profonda forza motivazionale, in grado di rendere conto di numerosi e, a volte, apparentemente contrastanti, comportamenti e fenomeni sociali (ad esempio il pregiudizio, il conflitto inter-gruppo, la condotta prosociale); per tale ragione ben si presta a fungere da base interpretativa di svariate modalità di azione, reazione e relazione tra gli esseri umani. Di particolare e solo di recente interesse risulta essere la comprensione della risposta dell'individuo nel momento in cui la sua salute fisica è minata dall'incombere (reale o percepito) della morte. Esisterebbe, infatti, una connessione per certi versi anche intuitiva tra salute fisica e morte (Arndt & Goldenber, 2017). Infatti molte condizioni di salute possono

sollevare preoccupazioni inerenti alla morte e, d'altro canto, l'avvicinarsi della morte è simbolo di deperimento fisico.

In un sondaggio condotto dall'*Health Information National Trends Survey* (HINTS3) su un campione statunitense, è emerso che ogni volta che le persone effettuano screening oncologici di routine oltre il 60% di esse se pensa al tumore pensa automaticamente alla morte (Moser et al., 2014). Anche solo entrare in contatto con la parola "cancro" in modo subliminale (*priming subliminale*) aumenta il pensiero correlato alla morte (Arndt & Vess, 2008). A tal proposito, le ricerche successive alla TMT hanno portato alcuni studi specifici in ambito sanitario; da questi è emerso il modello sanitario della gestione del terrore (*Terror Management Health Model*, TMHM; Goldenberg & Arndt, 2008) con cui è possibile spiegare dei comportamenti umani riguardo alle decisioni di stampo medico. Il TMHM si basa sull'assunto secondo cui le condizioni di salute avrebbero la capacità di indurre potenzialmente le persone a pensare alla loro fine, convincendosi che tali pensieri fungano da punto di partenza e di riferimento costante per tutta una serie di comportamenti correlati al benessere stesso. In particolare le decisioni prese sarebbero guidate da due scopi: quello prossimale di ridurre la propria vulnerabilità, percepita in merito ad una condizione di salute pericolosa per la vita, e quello distale di rafforzare la percezione di essere all'altezza degli standard di valore associati alla propria visione culturale del mondo (Arnd & Goldenberg, 2017).

Per quanto riguarda i meccanismi prossimali essi possono influenzare positivamente o negativamente la salute (Arndt et al., 2003). Quando, infatti, i pensieri di morte sono salienti, le persone possono impegnarsi e destreggiarsi in comportamenti che promuovono o ostacolano la salute a seconda che percepiscano di possedere o meno le risorse necessarie per mettere in atto tali condotte. Le difese prossimali possono, quindi, tradursi sia in modalità efficaci di mitigare immediatamente la minaccia per la propria incolumità sia in risposte inefficaci che aumentano effettivamente il rischio di morte (si veda, ad esempio, i tentativi di ridurre intenzionalmente la consapevolezza della minaccia attraverso il consumo di alcool; Wisman et al., 2015). Le difese distali cercano, invece, più che di rafforzare l'autopercezione dei soggetti di vigore fisico, di consolidare l'autostima, attivando e dirigendo l'individuo verso forme di comportamento che non hanno necessariamente un collegamento evidente con la salute, ma che, anzi, a volte,

possono essere dannosi per la stessa (ad esempio l'assunzione di comportamenti sessuali promiscui).

Il TMHM, quindi, sottolinea come entrambi i meccanismi, prossimali e distali, possano portare le persone a compiere sia azioni apparentemente irrazionali, se non addirittura avverse rispetto alla salute, sia, al contrario, ad attività protettive e rinforzanti il benessere. Ciò che influenza la direzione di comportamenti e atteggiamenti sono la disponibilità di risorse e i contenuti della visione culturale, da cui si ricava l'autostima.

Ma ciò si verifica, sempre in ambito sanitario, anche in molte altre situazioni.

Considerata la situazione sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, è stato necessario ampliare e definire degli elementi emersi durante questo periodo che ha sconvolto il mondo intero. Infatti è stato creato un modello specifico del TMHM relativo alle pandemie: il modello sanitario della gestione del terrore per le pandemie (TMHM-P; Courtney et al., 2020). Il Covid-19 rappresenta una minaccia sia fisica – a causa dell'elevata contagiosità – sia psicologica- per effetto della paura che provoca; si è parlato, infatti, di “contagio accoppiato” (Epstein et al., 2020), proprio per sottolineare la presenza e gli effetti del terrore della “viralità” della morte. Il TMHM-P descrive come i comportamenti e, in generale, gli atteggiamenti attuati durante il periodo pandemico siano da ricercarsi nell'influenza data dai pensieri di morte consapevoli e non consapevoli innescati, appunto, nello e dallo specifico e drammatico periodo della pandemia da Covid-19 (ad esempio l'attenzione mediatica costante registrata all'inizio della pandemia) (Dimoff et al., 2021). Secondo questo modello la tensione creata tra le misure per tenerci al sicuro dal virus, spesso mortale, e il desiderio di riaprire l'economia e riprendere la vita “normale” può essere considerata come una battaglia tra le difese prossimali e distali contro la morte.

La pandemia ha minato le difese distali ostacolando o, addirittura, eliminando i comuni *anxiety buffers* a cui gli individui fanno solitamente appello per credere di dare un contributo prezioso ad un mondo significativo. Secondo la TMT (e le sue due estensioni, TMHM e TMHM-P), quando le persone perdono il lavoro e non riescono a perseguire i propri obiettivi finanziari, educativi o professionali, perdono importanti e vitali fonti di autostima; anche l'assenza di un partner rende il soggetto maggiormente esposto ad una maggiore *death anxiety*. Inoltre, soprattutto nel periodo iniziale della pandemia, in Italia

(e non solo), si è registrato un aumento di forme di pensiero stereotipato con aumento di alcuni comportamenti discriminatori verso le persone di nazionalità cinese, o addirittura verso persone che possedessero dei tratti asiatici (Devakumar et al., 2020). Questa condotta può essere interpretata come tentativo di deroga all'*outgroup*, di rafforzamento della propria visione culturale. Dunque, l'ansia di morte potrebbe aver indotto l'individuo a cercare di difendere la propria cultura, mettendo in atto atteggiamenti discriminatori verso altre etnie o, in generale, nei confronti di coloro i quali provenivano da un *background* culturalmente distante. Il "diverso", soprattutto se portatore di tratti asiatici, diventa il capro espiatorio privilegiato e prediletto di una vera e propria caccia all'untore (Dimoff et al., 2021). Il rafforzamento della propria autostima è stato messo in atto, ad esempio, attraverso comportamenti come incontrare dei partner occasionali nonostante l'obbligo di distanziamento sociale o mettersi in viaggio nonostante le chiusure: tutte forme di rivendicazione di libertà individuale (*ibidem*), pilastro portante, nonché valore e diritto fondativo delle società occidentali individualiste. Nelle culture collettiviste il senso del sé deriva soprattutto dalle relazioni interpersonali e dalla comunità (e.g. Early & Gibson, 1998); in questi contesti le minacce esistenziali producono tendenzialmente sentimenti più forti di collettivismo (desiderio di proteggere gli altri) e sentimenti più deboli di individualismo (Kashima, 2004). Ciò spiegherebbe, secondo la prospettiva della TMT, il motivo per cui sebbene Corea del Sud e Stati Uniti abbiano registrato i loro primi casi di Covid-19 lo stesso giorno, le risposte di salute pubblica poste in essere sono state differenti e diversamente focalizzate. La Corea del Sud, infatti, ha ignorato il potenziale effetto economico derivato dalla chiusura delle città, fornendo, ad esempio, fin da subito i test gratuiti. Allo stesso modo la Germania – che, secondo l'*Hofstede Index* (Hofstede, 2011) è il Paese Europeo con un trend di individualismo culturale minore rispetto agli altri- si è dimostrata una delle nazioni europee con politiche sanitarie più aggressive durante il Covid-19 e con tassi di morte minori. Questo conferma quanto sottolineato dalla TMT, nonché l'idea secondo cui indipendentemente dalla somiglianza di ricchezze e risorse, ciò che fa la differenza in termini di comportamenti presi di fronte alla minaccia di morte è l'ideologia prevalente e pregnante il contesto culturale e, dunque, la visione della realtà. Non a caso nelle culture occidentali, in cui l'estetica sembra addirittura essere più importante della salute (Testoni, 2015), durante la pandemia i marchi stilistici si

sono concentrati sulla produzione di maschere protettive colorate, sgargianti e di impatto visivo (Huang et al., 2021), diventando un ulteriore strumento e luogo di autostima e desiderabilità sociale.

Per quanto riguarda le difese prossimali, la TMT (e, dunque, anche il TMHM e TMHM-P) presuppone che la consapevolezza della morte porti a tentativi di soppressione dei pensieri relativi alla propria caducità, di negazione della minaccia o a comportamenti volti a ridurre la propria vulnerabilità. Una forma adattiva di tali meccanismi istantanei di protezione, attuati durante la pandemia da Covid-19, verte sull'adozione di comportamenti sanitari volti a contenere quanto più possibile il dilagare del virus e l'ansia di morte ad esso correlata (si vedano, ad esempio, il lavaggio frequente delle mani, l'uso delle mascherine chirurgiche, l'impiego di igienizzanti; Pyszczynski et al., 2020). Misure prossimali maladattive sono, invece, rappresentate dalla diffusione di pratiche malsane volte ad evitare quanto più possibile il virus quali, ad esempio, l'abitudine di fare gargarismi con la candeggina o con prodotti per la pulizia nella convinzione di ridurre il rischio di contrarre il virus (Gharpure et al., 2020). Le persone hanno, inoltre, adottato una serie di metodi malsani di distrazione, riconducibili a comportamenti devianti e dannosi per il benessere, come il consumo di alcool (Ministero della Salute, 2020b), *binge eating* (Ammar et al., 2020) e *binge watching television* (Dixit et al., 2020). Diversi, inoltre, i tentativi di modulare la percezione della propria incolumità, sottostimando la contagiosità o la letalità del virus (Srikanth, 2020), talvolta circoscrivendole a categorie specifiche della popolazione, come anziani o portatori di malattie incurabili (Cheema-Fox et al., 2020). Altri soggetti hanno banalizzato il virus stesso paragonandolo e assimilandolo a malattie comuni e conosciute come l'influenza stagionale (Ritter, 2020) o considerando i tassi di mortalità annunciati quotidianamente dai media come dati gonfiati strumentalmente per aumentare, ad esempio, i finanziamenti per gli ospedali o l'appoggio politico (Romano, 2020). Altri comportamenti disadattivi, rientranti tra le strategie di difesa distali, possono essere considerati quelli perpetrati dai No-Vax o dai No-Mask, (Abutaleb et al., 2020). Uno studio ha osservato una relazione positiva tra ansia esistenziale e convinzioni cospiratorie, rapporto facilmente interpretabile sempre in termini di difesa distale: dunque, in situazioni ambigue e spiazzanti come quella relativa alla diffusione di un virus potenzialmente mortale, alcune persone cercano di attribuire una spiegazione

incontrovertibile di modo da accedere ad uno stato di immortalità simbolica, rafforzando i legami con specifici gruppi sociali che condividono le loro stesse “certezze” alimentate, però, dalle teorie del complotto (Scrima et al., 2022).

Abbiamo, dunque, affrontato ed analizzato il contesto pandemico del Covid-19 utilizzando come lente interpretativa la *TMT* con relative sue due estensioni; ciò che è emerso è un uomo contemporaneo (in particolare l'uomo occidentale) paralizzato dalla propria vulnerabilità prima e ultima, nonché dalla propria inesorabile mortalità resa evidente, in modo più o meno diretto, dai continui richiami e segnali di caducità esacerbati dall'avvento del virus SARS-CoV-2. L'individuo, durante l'emergenza da Covid-19, si sarebbe dovuto difendere dalla paura di un duplice contagio: il contagio del virus SARS-Cov-2 e il “contagio” della morte. Se il primo dei due scontri è potenzialmente aperto e risolvibile, il secondo è chiuso e non ammette soluzioni, se non apparenti.

Anche i bambini, come è emerso da un sondaggio di *Save the Children* (2020), hanno sofferto psicologicamente per una qualche forma di restrizione attuata a seguito della pandemia e nei confronti del limite esistenziale ricordato dal Covid.19 stesso, ovvero la morte. Diventa, pertanto, importante analizzare quando e come il concetto di fine-vita si sviluppa nel bambino e quali i fattori incisivi su tale sviluppo.

CAPITOLO 2. LA COMPrensIONE DELLA MORTE NEL BAMBINO E LA *DEATH EDUCATION* A SCUOLA

2.1 La comprensione e la paura della morte nei bambini

L'acquisizione e lo sviluppo maturo del concetto di morte è stato oggetto di interesse di numerosi autori nel corso dei decenni. Nello specifico, si possono individuare tre tipi di approcci teorici: psicoanalitico, piagetiano e intuitivo (Slaughter & Griffiths, 2007). Il primo si focalizza maggiormente sull'angoscia di separazione, associando le reazioni emotive dovute alle separazioni (o perdite relative) a quelle sperimentate a seguito di lutti (o perdite assolute) (Bowlby, 1979). I ricercatori piagetiani, invece, affrontano la comprensione della morte nel bambino in relazione alle fasi dello sviluppo cognitivo, mentre più recentemente l'approccio intuitivo ha esplorato l'acquisizione di tale nozione nei termini di apprendimento naturale nel campo della biologia (Slaughter & Griffiths, 2007). Ognuna di queste tre prospettive ha evidenziato come l'acquisizione di questo costrutto sia soggetta a numerosi cambiamenti ed evoluzioni; non si è comunque giunti ad un consenso condiviso e convalidato dalla comunità scientifica per quanto riguarda le fasi e le modalità principali attraverso cui la rappresentazione della morte si sviluppa nel bambino. Non si tratta certamente di una nozione semplice da comprendere e neppure da indagare; è, infatti, difficile individuare i criteri che stabiliscono in maniera assoluta e perentoria l'avvenuta comprensione della morte.

Una delle ricerche pionieristiche e più influenti in questo campo è quella di Maria Nagy (1948), che si è concentrata non tanto sui sentimenti dei bambini rispetto alla morte, quanto sull'evoluzione del loro pensiero a proposito di tale nozione. Ciò che è emerso è l'esistenza di tre stadi di maturazione del concetto di morte, ciascuno dei quali connessi allo sviluppo delle abilità cognitive (Nagy, 1948). Nella prima fase (dai 3 ai 5 anni) la morte dal bambino è vista come se fosse una lunga partenza temporanea o uno stato di sonno profondo; per questo i defunti sono pensati come persone ancora vive, che dimorano in un posto remoto, ma che potrebbero, in qualunque momento, tornare; nel bambino, quindi, rimane la speranza di ricontrarli. Nella seconda fase (dai 6 ai 9 anni) il bambino inizia a confrontarsi con il mondo esterno e comincia ad esprimere la propria idea di sé; in questo stadio la morte viene personificata mediante figure macabre e inquietanti, come scheletri o mostri. Si tratta di immagini raccapriccianti, ma, allo stesso tempo, rassicuranti perché inesistenti, dunque vincibili. Solo verso gli 8 anni i bambini

iniziano a capire che la morte è qualcosa di definitivo, un punto, cioè, di non ritorno, una separazione irreversibile. Infine, tra i 9 e i 12 anni, i bambini arrivano a concepire la morte come evento finale, universale, a cui non ci si può sottrarre (*ibidem*). Altro contributo estremamente autorevole che, come Nagy, associa lo sviluppo dell'idea di fine-vita al funzionamento cognitivo, è quello di Sylvia Anthony (1971). Quest'ultima sostiene come tale rappresentazione inizi a formarsi nella mente del bambino già intorno ai 3 o 4 anni, ma rimanga comunque latente e immatura fino ai 5 anni. La studiosa sottolinea come, affinché un bambino possa giungere davvero a comprendere il significato della morte, sia necessario che egli abbia superato la fase del pensiero magico. Tale superamento avverrebbe intorno ai 7 anni, età in cui il bambino è in grado di spiegare i fenomeni naturali facendo appello a interpretazioni causali di tipo meccanicistico. Dal punto di vista affettivo la morte, secondo la studiosa, è qualcosa che arreca dolore e paura: il primo perché tale evento viene visto come ciò che separa dal genitore, mentre la seconda perché l'evento è considerato come esito di aggressività. Come meccanismo di difesa, spiega Sylvia Anthony, il bambino arriverebbe a negare la propria morte, in modo tale da diminuire l'angoscia. Si tratta di un passaggio positivo e necessario in quanto facilita la successiva accettazione dell'inevitabilità della propria fine. Quando il bambino si rende conto della generalità della morte, abbandona il senso di onnipotenza e gli eventuali sensi di colpa, se ha avuto perdite di un genitore o un nonno. Verso i 12-13 anni, infine, il giovane soggetto inizia a mettere in atto delle condotte a rischio perché ha la convinzione di potersi prendere gioco o sfidare la morte stessa (Anthony, 1971).

Uno sviluppo stadiale è previsto anche da Lansdown e Benjamin (1985), prima, e poi da Speece e Brent (1996) che, attraverso diversi studi, hanno individuato 5 componenti principali della comprensione della morte. Tali attributi verrebbero padroneggiati in un ordine sequenziale relativamente fisso tra i 5 e i 10 anni. Troviamo, in prima istanza, l'inevitabilità, ovvero il riconoscimento che tutti gli esseri viventi prima o poi andranno incontro alla morte; l'universalità o applicabilità, ovvero la comprensione che la morte deve accadere a tutti gli esseri viventi; l'irreversibilità o irrevocabilità, ovvero il riconoscimento che i morti non possono tornare in vita. Uno dei motivi per cui è consigliato parlare con i bambini di "morte" e non di "assenza" o "scomparsa" o "viaggio" è proprio perché, mentre chi è assente può tornare e chi è scomparso potrebbe essere ritrovato, chi è morto non rivivrà mai di nuovo. In questo senso, è fondamentale

non paragonare mai la morte neppure al sonno: il bambino potrebbe, infatti, sviluppare il timore di addormentarsi e non risvegliarsi mai più, oppure pensare che il defunto prima o poi smetterà di riposare e tornerà in vita (Kastenbaum & Moreman, 2018). Altra componente costitutiva dell'idea di morte è la cessazione o non funzionalità, ossia la consapevolezza che la morte è contraddistinta da una cessazione delle funzionalità dei processi corporei; infine c'è la causalità, che si riferisce alla comprensione che la morte è in ultima istanza determinata dall'interruzione delle funzioni corporee. Secondo Slaughter e Griffiths (2007) questi aspetti relativi alla rappresentazione della morte verrebbero gestiti pienamente tra i 7 e i 10 anni; i bambini di questa età concepiscono, dunque, la morte come un avvenimento biologico che inevitabilmente accade a tutti gli esseri viventi ed è causata da una rottura irreversibile del funzionamento del corpo. A proposito della causalità, Rostagno (2022) sostiene come, in base all'età, ci siano due modalità di concepire le cause che portano una persona a morire: tra i 3 e i 5 anni i bambini credono che sia possibile morire esclusivamente quando si diventa anziani e, allo stesso tempo, si possa tornare indietro; poi, tra i 5 e gli 8 anni, si crede che la morte sia causata da aggressioni e solo dopo gli 8 anni si inizia ad ipotizzare la possibilità che la morte sia causata anche da malattie che possono colpire tutti, senza distinzione di età. L'acquisizione della causalità è di fondamentale importanza affinché nel bambino si formi un concetto adeguato di morte, ma è sicuramente anche una delle componenti più problematiche, dato che l'uomo è per natura propenso a lottare continuamente contro ciò che potrebbe causare la morte (Testoni, 2015). Inoltre, proprio quando si sviluppa l'idea di causalità, comincerebbero a sorgere le prime paure e ansie; ad incidere, oltre alla comparsa della componente di causalità, sarebbe anche, secondo Wass (1997), l'acquisizione della consapevolezza della propria morte. Tale cognizione compare verso i 7 anni, mentre prima viene ignorata e la morte viene percepita come un evento che può accadere solo agli altri e non al soggetto in questione. Alcuni autori (e.g. Orbach et al., 1986) affermano che esisterebbe, dunque, una relazione di sviluppo tra la paura della morte e la comprensione della stessa da parte dei bambini; l'età, pertanto, fungerebbe da fattore incisivo e discriminante. In questa prospettiva, i bambini più piccoli, rispetto a quelli più grandi, mostrerebbero meno paura nei confronti del fine-vita in quanto non comprenderebbero ancora il significato di tale costrutto. Ad esempio, Warren e Stroufe (2004) hanno valutato le relazioni tra i concetti di morte e la paura della stessa in un

campione di bambini di età compresa tra i 4 e gli 8 anni (il campione era composto da 90 bambini, di cui 46 maschi e 44 femmine), in cui, dunque, si poteva ipotizzare che la comprensione di tale nozione variasse significativamente. Nello stesso studio è stata valutata anche l'ansia generale dei bambini attraverso il rapporto genitoriale, al fine di esplorare la paura specifica della morte indipendentemente dalla paura generale. Sono stati utilizzati per i bambini la *Death Anxiety Scale for Children (DASC-Schell & Seefeldt, 1991)* e per i genitori la *Spence Children Anxiety Scale (SCAS-Spence, 1998)*. Si è scoperto che la comprensione della morte era positivamente correlata all'età e al modello di acquisizione delle componenti specifiche del concetto di morte; ciò significa che i bambini più grandi mostrano una nozione di fine-vita più matura. Per quanto riguarda la paura della morte e la comprensione della stessa sono risultate essere correlate negativamente e ciò implica che i bambini che possiedono un concetto più sviluppato di morte hanno livelli meno elevati di paura della morte. Infine, l'ansia generale era anch'essa associata negativamente alla comprensione del fine-vita; tale risultato è stato spiegato con il fatto che i soggetti più ansiosi tendono ad evitare di affrontare ciò che per loro è ancora ignoto, come la morte.

Ulteriori ricerche si sono focalizzate su un altro fattore in grado di influenzare lo sviluppo del concetto di morte nel bambino, ovvero l'esperienza personale di morte di una persona, animale o la distruzione di una cosa. Quasi tutti i bambini piccoli hanno assistito alla morte di una pianta o di un insetto e ben il 68% di quelli compresi tra 1 e 3 anni avrebbero avuto esperienza della morte di un animale domestico (Speece, 1983). Hyslop-Christ (2000), a questo riguardo, ha scoperto che i bambini di età compresa tra i 6 e i 12 anni, che affrontavano la morte di un genitore a seguito di una malattia terminale, erano soliti avere una migliore e più realistica idea della morte rispetto ai loro coetanei che, invece, non avevano avuto una simile esperienza. Se fino a poco tempo fa, comunque, incontrare un bambino reduce da un lutto di una figura parentale era un evento inconsueto, almeno per quanto riguarda i contesti socio-culturali più agiati, oggi, a seguito della pandemia di Covid-19, si stima che il numero di bambini rimasti orfani di un genitore si aggiri attorno ai cinque milioni (Molina, 2022); dunque, si tratta di un lutto non solo individuale, bensì collettivo con delle ripercussioni anche in termini di una riconcettualizzazione della morte. Di particolare rilievo è stato lo studio compiuto da Gross e Hayne (1998), che ha visto protagonisti 52 bambini di età compresa tra i 7 e gli 11 anni. I partecipanti sono stati

suddivisi in due gruppi in funzione non dell'età, ma, piuttosto, in base all'aver o meno vissuto la perdita di un proprio caro. Ciò che è emerso è, ancora una volta, il ruolo cruciale e discriminante assunto dalle vicende personali di perdita. Quando un bambino aveva vissuto un lutto di una persona o di un animale, rispetto a coloro che non avevano assistito a tale evento, manifestava più precocemente un'idea matura di fine-vita, soprattutto nei termini delle componenti di irreversibilità e non funzionalità umana. Inoltre Brent e colleghi (1996) hanno mostrato come l'aver subito una perdita in famiglia conducesse un bambino ad abbandonare con più probabilità spiegazioni scientifiche della morte a favore di quelle spirituali; queste prevederebbero l'idea di una continuità e immortalità dell'anima a dispetto del corpo. Anche esperienze direttamente vissute dal bambino, di malattie gravi (come cancro o leucemia) o di lunghi periodi di ospedalizzazione, porterebbero lo stesso a sviluppare anticipatamente le componenti di universalità e irreversibilità rispetto ai coetanei sani (Jay et al., 1987; Kenyon, 2001; O'Halloran & Altamier, 1996).

Sono, dunque, numerose le ricerche che hanno esaminato e dimostrato come il concetto di morte e il suo sviluppo si prestino ad essere influenzati da una serie di variabili tra cui l'età, il livello di sviluppo cognitivo e precedenti esperienze di morte. In questa cornice si inseriscono anche quella mole, seppur ancora circoscritta, di studi che hanno esplorato la presenza e l'incidenza di un ulteriore fattore in grado di influenzare negativamente la formazione della rappresentazione della morte; si tratta della presenza nel bambino di psicopatologie. Livelli patologici di ansia o di ideazione suicidaria si associano positivamente allo sviluppo distorto del concetto di morte, soprattutto nei termini di universalità e irreversibilità (Orbach & Glauman, 1979; Orbach et al., 2010). Infine, un ultimo, ma importante aspetto, riguarda il rapporto tra sviluppo del concetto di morte e disabilità infantile. Si tratta di un ambito di ricerca ancora poco esplorato, nonostante scoperte recenti abbiano evidenziato la presenza di una correlazione negativa tra punteggi di Quoziente Intellettivo (*Q.I.*) e tassi di mortalità, tale per cui bambini con un quoziente intellettivo inferiore alla media, tendono ad avere una mortalità più precoce (Kilgour et al, 2010). Ad oggi la ricerca sottolinea come i bambini con disabilità intellettive faticino a operare ragionamenti a livello astratto, trovando, pertanto, maggiori difficoltà nel comprendere concetti che non possono essere fisicamente rappresentati, come la morte (Baroff, 1986).

Nonostante, dunque, nel bambino una prima idea di morte si sviluppi già in età prescolare, gli adulti non sono spesso disposti o capaci di affrontare in modo maturo il tema del fine-vita con un bambino (Testoni et al., 2018a). Parlare di morte, se possibile, viene evitato dagli adulti per timore di traumatizzare il piccolo (Nguyen & Rosengren, 2004; Testoni et al., 2018a), a maggior ragione per il fatto che, dopo gli avanzamenti della medicina, la morte è stata totalmente esternalizzata, ovvero trasferita negli ospedali (Testoni et al., 2018a). L'esclusione del bambino, tuttavia, non è mai assoluta, ma sempre relativa. Bambini e adolescenti sarebbero, infatti, influenzati nella loro attitudine nei confronti del fine-vita dalle rappresentazioni del tema che circolano tra i *mass media* molto più di quanto gli adulti pensano (King & Hayslip, 2002). Da un'indagine Istat (2022), è emerso che ben il 91% degli Italiani con più di 3 anni guarda la televisione e tra questi ben l'80% lo fa con frequenza giornaliera. Tra gli utenti più fedeli e forti ci sono proprio i bambini con meno di 10 anni. Tenzek & Nickels (2017) hanno analizzato le modalità e le sembianze della morte in 57 film, usciti dal 2000 al 2015. Concentrandosi sul ruolo delle emozioni, in particolare su come la loro comprensione ed espressione possa essere favorita dai film per bambini, le ricercatrici hanno compreso che, soprattutto in un cinema denso di contenuti profondi come quello *death-related*, la visione di certe pellicole sollecitava in maniera molto forte l'emersione di sentimenti di rabbia o di dolore, andando ad influenzare le percezioni degli individui rispetto al tema. I risultati evidenziarono che i film analizzati presentavano complessivamente una buona rappresentazione del tema, ma anche che nelle pellicole più recenti c'erano alcune nuove tendenze potenzialmente pericolose, tra cui l'aumento del numero di morti tra i personaggi secondari e gli antagonisti (il che potrebbe lasciare il bambino indifferente o fargli credere che "solo i cattivi meritano di morire"), la presenza di alcuni momenti altamente irrealistici (in cui i protagonisti della storia sfuggono per un pelo dalla morte per nessuna ragione precisa) e l'aumento di intenzioni esplicite di uccidere altri personaggi della storia (come se in un qualunque caso potesse essere considerata accettabile una tale volontà). Mantegazza (2004) parla provocatoriamente di "onnipresenza" e "onni-assenza della morte", proprio per descrivere quel "morire ovunque" che viene propinato quotidianamente dalla televisione (e non solo) e che, inevitabilmente, giunge anche ai bambini. La televisione, chiaramente, non è l'unico mezzo a cui i bambini possono attingere per misurarsi con i temi connessi al concetto di

mortalità: il ruolo di internet all'interno della vita dei bambini non è da sottovalutare in questo senso. Questa emergenza educativa pone l'educazione formale e informale di fronte a numerosi dilemmi e costringe genitori e insegnanti a prendere atto del fatto che le potenzialità infinite del *web* costituiscono sia una risorsa che un pericolo all'interno della relazione tra i bambini (soprattutto quelli più grandi) e la morte (Noppe Cupit, 2013). La familiarizzazione dell'infanzia con l'universo *online* è inevitabilmente connessa a un altro fenomeno recente, ossia quello della creazione di *continuing bonds*, letteralmente "legami continuativi" che gli adulti instaurano con i defunti attraverso la loro commemorazione su *Facebook*, *Instagram*, *Whatsapp*, *Youtube* e molto altro ancora. I *post* per ricordare le persone morte, i video delle stragi, il riascoltare la voce dei propri cari tramite audio sono tutte modalità per creare una sorta di immortalità digitale, per rimpiazzare la finalità della morte con un eterno e illusorio presente *social* che, a lungo andare, può estraniare il mondo degli adulti dalla dolorosa realtà e deviare il processo di comprensione del fenomeno della morte da parte dei bambini (Sisto, 2018). Anche i videogiochi, con le loro rappresentazioni fittizie, ma sempre più sofisticate e credibili, influenzano la comprensione, o meglio, la non comprensione, della morte da parte dei più piccoli (Hennefield et al., 2019). Infatti essa in questi media interattivi non viene considerata moralmente problematica o pericolosa per gli utenti, ma, piuttosto, come un'inutile, anche se superabile, interruzione narrativa. Il fine-vita non è solo privo di drammaticità, ma è del tutto *routine*, tale per cui se i giocatori hanno una reazione emotiva, di solito, si tratta di frustrazione, non di riflessione (Tocci, 2008). I videogiochi sono sempre più *habitat* di vite infinite e, dunque, scenari di morti illimitate. Abbandonare, tuttavia, il bambino a tali contenuti distorti e non autentici significa lasciarlo solo nel suo naturale tentativo di conferire un senso e, dunque, un confine concreto a ciò che lo angoscia (Testoni et al., 2018a).

Diventa, pertanto, fondamentale e di estrema urgenza fornire al bambino una risposta consapevole e competente alla domanda vitale di che cosa sia la morte; tale obiettivo può essere conseguito tramite l'adesione ad una cultura di *DeEd*, tema centrale nei paragrafi a seguire.

2.2 La *Death Education* a scuola: educare la dimensione emozionale e spirituale

(...) *l'educazione è la speranza data al soggetto per costruirsi, per affrontare la complessità della vita, per attraversare i momenti di crisi, per resistere nelle messe alla prova dell'esistenza, attraverso percorsi di senso* (Iaquinta, 2015).

Di fronte alla finitudine e alla consapevolezza di quest'ultima ci sono due possibili soluzioni: o eliminare i sentimenti che accompagnano la morte, come la paura e l'angoscia, "separando" la morte dalla vita, oppure tenerseli ad "educarli", rendendo vivibile la vita nonostante e grazie la morte. La prima alternativa è puntualmente adottata dalla società occidentale. Si pensi al fatto che la *DeEd* non viene inclusa nell'educazione alla vita (*Life Education*) così come l'educazione alla vita si basa sul tentativo costante e automatico di mettere a tacere i sentimenti che accompagnano il fine-vita (Fornasari, 2019). Malvasi, in "Per una pedagogia della morte" (1985), distingue tra "vita mortale" e "morte vitale". Con la prima nozione lo studioso indica un'esistenza priva e privata della consapevolezza della morte, con la seconda, invece, allude a quella condizione di accettazione della finitudine, della mortalità e il raggiungimento, dunque, dell'autenticità esistenziale. L'uomo che vive considerandosi immortale è un uomo perennemente angosciato: la dimensione mortale rimossa è sempre tragicamente presente e domina assiduamente la vita che, per tale ragione, può definirsi "vita mortale". Se la morte viene considerata come "principio di comprensione del sé e del mondo", allora ciò la rende necessariamente un ambito tipicamente pedagogico (Erbetta, 2000). Il discorso educativo, pertanto, non può esimersi dall'affrontare il quesito e la questione del limite primo e ultimo e la *DeEd* nasce ed è mossa da questo intento.

Formalmente parlando, la *DeEd* è un insieme di curricula pensati negli anni Settanta negli Stati Uniti da un gruppo interdisciplinare di studio, ossia *Death Awareness*, che ha fondato l'*Association for Death Education and Counseling (ADEC)*, un'associazione che realizza ormai da decenni ricerche che dimostrano la possibilità di elaborare fin da piccoli la consapevolezza della propria mortalità in maniera sana, evidenziando, inoltre, come essere consapevoli dei propri limiti aiuti a valorizzare e progettare meglio la vita (Testoni et al., 2018a). Nello specifico, come Bobbo sottolinea (2004), con *DeEd* si indica una "qualsiasi attività di natura educativa finalizzata a rendere le persone più consapevoli e competenti (a livello emotivo, cognitivo e professionale) nella gestione della propria o

altrui morte” (p. 1). I principali obiettivi riguardano la conoscenza di differenti processi come quelli fisiologici, psicologici e sociali della morte; l’approfondimento degli atteggiamenti adottati nei confronti della morte; lo sviluppo degli strumenti utili per affrontare la realtà della morte e la paura che ne deriva; lo sviluppo della capacità di aiutare una persona cara che sta morendo o in lutto; la maturazione della capacità ad affrontare le proprie perdite e i propri lutti (Feifel, 1959). Dunque, la *DeEd* costituisce uno strumento di crescita del soggetto nei termini di un rafforzamento della capacità di affrontare le diverse esperienze che nel corso della vita si presentano, facendo della consapevolezza del limite il requisito indispensabile per una maggiore e migliore conoscenza e contatto con il Sè, con l’Altro e con l’esistenza stessa. La *DeEd* si articola e viene erogata su tre livelli: primario, secondario e terziario (Testoni, 2015). La *DeEd* primaria trova le sue origini nell’antico insegnamento del *memento mori*, inteso come focalizzazione nella ricerca di senso, di comprensione della morte e consapevolezza della finitudine individuale che concerne tutte le fasi di vita dall’infanzia alla senilità, con le specifiche differenze di ragionamento riguardo questo tema. L’obiettivo primo e ultimo di tale prevenzione è quello di favorire una maggiore confidenza con il pensiero della propria mortalità e promuovere un più aperto e sereno spazio di riflessione, facilitato da un linguaggio adeguato che accompagni le persone lungo il ciclo di vita. La prevenzione secondaria, invece, richiama *l’ars moriendi* (“l’arte di morire”), riguardante l’insieme di quegli interventi educativi attivati e attuati quando la morte è annunciata e prossima; si accompagna, cioè, la persona alla sua “Ultima nascita” (Testoni, 2015), preparando e fornendo sostegno e conforto ai cari vicini all’evento luttuoso. Infine, troviamo la *DeEd* come prevenzione terziaria, che interviene a morte avvenuta, per affrontare ed elaborare la perdita, affinché questa si concluda e non involva in dinamiche e derive patologiche. A tale scopo, vengono valorizzate tanto le risorse relazioni quanto le risorse personali, come la resilienza o altre strategie di coping positivo; entrambe le tipologie sono fondamentali per aiutare la persona a riorganizzare la propria vita dopo l’evento traumatico della perdita (Testoni, 2015). È fondamentale sottolineare che, sebbene la *DeEd*, per molto tempo, abbia avuto come principali destinatari i morienti, per lo più anziani (Fonseca & Testoni, 2011), questi ultimi non sono i suoi unici fruitori: lo sono anche i professionisti della salute e dell’educazione (Levinton, 1969), come psicologi, medici, assistenti sociali, educatori, che hanno un ruolo cruciale nel trasmettere poi a loro volta quanto appreso ad

adulti e bambini (Fonseca & Testoni, 2011). È pur vero che, come sottolinea Testoni (2020), la comprensione di percorsi di *DeEd* tra i corsi di laurea universitari è ancora carente in Italia, nonostante diverse ricerche (Barrere et al, 2008) ne abbiano dimostrato gli effetti psicologici positivi, nei termini di una diminuzione significativa della *death anxiety* attraverso una visione della morte non più come annientamento, ma come transizione naturale della vita; un rafforzamento della dimensione spirituale; uno sviluppo e rafforzamento della resilienza e altre strategie di *coping* funzionali al fronteggiamento di situazioni stressanti; un aumento della padronanza di gestione della *breaking bad news* con i familiari e, infine, una maggiore generale confidenza con la morte e il morire, nuclei centrali della professione che svolgono o che andranno a svolgere (Testoni et al., 2018b; 2019; 2023).

Nonostante si parli di prevenzione nella *DeEd* e di quanto sia importante farla, spesso si arriva a parlare di morte quando si è già nella seconda fase, quindi quando l'evento luttuoso si sta avvicinando a qualche caro, mentre è auspicabile, dato la delicatezza e la profondità della tematica, fornire un'educazione alla persona prima di tutto preventiva, abituale, preparatoria e anticipatoria. La scuola, in questo senso, può costituire la principale realtà in cui avviare percorsi di *DeEd*, soprattutto di carattere primario (Testoni, 2015). Tuttavia, tra necessità e realtà esiste ancora un forte *gap* in Italia, a differenza, invece, degli Stati Uniti e dalla Gran Bretagna dove la *DeEd* è inglobata nelle scuole già dagli anni 70 (*ibidem*). Anche la Danimarca, rispetto agli altri Paesi europei, è all'avanguardia; sono, infatti, previsti dei protocolli ben strutturati da applicare in caso di decesso di un qualunque soggetto legato al contesto scolastico. Qui non solo si presta estrema attenzione alla verbalizzazione da parte dei bambini delle emozioni provate, ma si parla apertamente e direttamente su quanto è accaduto, ritagliando spazio e tempo per ricordare e ricordarsi (Alexander, 2018). Come scrive De Gregorio (2011), in questa importante agenzia educativa si vive la “pedagogia dell'infinito” ovvero “una pedagogia razionale che insegna come funzionano le cose, in una specie di eterno presente, ma non come finiscono. Non c'è spazio, nei programmi di studio, per l'educazione alla sofferenza” (p. 6). Secondo Bobbo (2004) è invece proprio a scuola e già nell'infanzia che bisogna iniziare a promuovere attività di *DeEd*, questo perché l'infanzia è per sua natura l'età delle risorse, o meglio del “costruirsi delle risorse”, ed è proprio questo aspetto a rendere possibile la trattazione precoce del tema e l'avvio di percorsi di

educazione alla sofferenza, a partire da ciò che costituisce il mondo del bambino: emozioni, sentimenti, affetti, piccoli dispiaceri, frustrazioni e spiritualità. Già Feifel (1959), Edgar & Howard-Hamilton (1994) ribadivano la necessità di rendere la *DeEd* parte integrante dei *curricula* scolastici in qualità di strumento imprescindibile di crescita individuale, sociale e culturale. Un buon programma educativo dovrebbe fornire ai bambini sia informazioni - dunque conoscenze - sia competenze adeguate (linguistiche, emotive, psico-sociali e spirituali), per avvicinarsi al limite, affiancarlo e superarlo, utilizzandolo come con-fine, ovvero come luogo di contatto con Sé, con l'Altro e con la vita stessa (Testoni, 2015). Affinché tale scopo possa essere raggiunto, è molto importante tarare i programmi e i progetti di educazione alla finitudine in base alla concezione della morte posseduta in quel momento dal bambino. Campione (2012) sottolinea, a tal proposito, come a diverse rappresentazioni della morte debbano corrispondere e conseguire altrettanto specifiche mete educative. Inoltre è consigliato non iniziare percorsi di *DeEd* primaria in gruppi-classe in cui c'è stato un lutto negli ultimi due anni (Testoni, 2015); è importante tutelare e rispettare il dolore del singolo senza inglobarlo indistintamente in un percorso indifferenziato. Nel corso degli anni, come sottolinea Noppe Cupit (2013), hanno preso forma due approcci metodologici con cui vengono elargiti interventi di *DeEd* primaria a scuola: il primo è detto "didattico" ed è focalizzato sull'apprendimento da parte degli educandi di nozioni didascaliche correlate al tema della morte; il secondo è detto "esperienziale" perché più concreto e focalizzato sulla riflessione personale e sulla dimensione affettiva. Rogriguez-Herrero e colleghi (2019) affermano che, tra i due, quello che ha avuto e ha tuttora un più ampio seguito è il secondo, che si concretizza in una serie di attività di esperienza condivisa sulle emozioni e sulla spiritualità.

Particolarmente rilevante, all'interno di un percorso di *DeEd* primaria a scuola, è l'educazione emozionale, intendendo quest'ultima come quell'*iter* che aiuta il bambino a leggersi dentro e dare parola e pensiero ai sentimenti, rendendoli vissuti, condivisi attraverso la relazione (Testoni et al., 2018a). L'educazione emotiva viene, dunque, considerata un prerequisito da rispettare prima di addentrarsi in percorsi di *DeEd*; di fatto è necessario essere in grado di riconoscere le emozioni negative di paura, ansia e tristezza affinché si possano poi elaborare, verbalizzare e condividere con gli altri (Legrenzi et al., 2018). L'alfabetizzazione emotiva è indispensabile, quindi, per affrontare e meglio gestire

situazioni di vita potenzialmente pericolose o dolorose, come può essere la perdita di qualche persona cara, come un genitore o un nonno nel caso dei bambini (Tamborini & Pellai 2011). Testoni e colleghi (2020, 2021b) mostrano come l'implementazione di competenze emotive in età evolutiva sia correlata positivamente ad un maggior e miglior benessere psicologico e negativamente con la *death anxiety*, che risulta gestita più efficacemente, anche previa la formazione di una concettualizzazione più matura della morte.

Altro concetto collegato all'educazione emozionale e ancor più alla *DeEd* è la resilienza, ovvero quella capacità umana di affrontare le avversità che si presentano nel ciclo della vita, riuscire a superarle e uscirne rinforzati se non addirittura trasformati (Grotberg, 1996). È di importanza vitale, e dunque compito educativo, fare in modo che il bambino diventi consapevole del fatto che possiede egli stesso le risorse per reagire e resistere alle vicissitudini, anche piuttosto negative, che gli si presentano nel corso della vita. Una delle principali caratteristiche della resilienza è che non si sviluppa nel vuoto sociale o contestuale: nessuno diventa resiliente da solo, neppure i bambini; questi possono diventare resilienti nel momento in cui il mondo con cui si relazionano trasmette loro una serenità emotiva, una stabilità a cui fare riferimento ogni qualvolta ne sentano la necessità (Testoni et al., 2021b). Si tratta di un'abilità estremamente importante e influente nella promozione e nel mantenimento del benessere del bambino (Moreira et al., 2021), anche quando quest'ultimo subisce un lutto (Bonanno et al., 2010). I bambini, dunque, con elevati livelli di resilienza riusciranno non a subire passivamente la morte di qualcuno o rimanere invischiati emotivamente in essa, ma a re-agire attivamente attraverso l'appello e l'utilizzo delle risorse personali e relazionali. Per questa ragione, differenti interventi di *DeEd* primaria inglobano scale o strumenti di misurazione della resilienza, come il DESSA-mini (Naglieri et al., 2011) utilizzato per rilevare la presenza e l'eventuale aumento, a seguito dell'intervento, di quelle competenze socio-emotive connesse proprio a tale costrutto (Testoni et al., 2021c). La resilienza, inoltre, rimanderebbe ad un'ulteriore dimensione da "risvegliare" e da allenare all'interno di un percorso di *DeEd*, ovvero la dimensione spirituale. Con questa si vuole intendere quella sorta di forza interiore ed estremamente intima che funge da punto di partenza e di riferimento attraverso cui un soggetto di qualunque età riesce a sostenere le sfide della vita, a contenere e a convivere con la *death anxiety*, dando significato e valore

all'esistenza, in tutte le sue sfaccettature (Testoni et al., 2018a). La *DeEd* nelle scuole deve prevedere anche attività che promuovano il rafforzamento proprio della spiritualità in età evolutiva. Si tratta di una dimensione piuttosto ampia e complessa, che non coincide, ma antecede il credo religioso (Testoni et al., 2018a). È auspicabile, all'interno delle mura scolastiche, creare un *background* di accettazione di qualunque inclinazione spirituale personale, anche se agnostica o areligiosa. La spiritualità a cui si interessa la *DeEd* a scuola, quindi, non fa perno sui contenuti religiosi tradizionali, ma sul superamento di confini ideologici e sull'abbattimento di barriere di pensiero (Testoni, 2015; 2018a). È importante, infatti, allenare il soggetto già da bambino a riconoscere e ad accogliere, senza alcun tipo di giudizio o pre-giudizio, identità e differenze nella loro autenticità e veridicità (Testoni, 2015). La spiritualità e il suo sviluppo permettono al soggetto, grande o piccolo che sia, di riconoscersi e percepirsi oltre il semplice confine corporeo, concependo, cioè, una proiezione del sé che prescinde dai vincoli biologici e che si affida, invece, ad interpretazioni di stampo culturale o religioso (Testoni, 2014). Un'importante caratteristica distintiva della dimensione spirituale è il suo avere una connotazione prelinguistica e preculturale (Testoni, 2015). Secondo alcuni studiosi (Mata-McMahon, 2016), infatti, i bambini nascono già provvisti di una competenza spirituale, ma questa è presente solo in potenza; la possibilità di svilupparla e portarla a compimento verrebbe bloccata dall'incapacità degli adulti - genitori e insegnanti - di comprendere e prevedere tale dimensione e ricondurla forzatamente ad un credo religioso. La scuola, in questo senso, in qualità di agenzia educativa cruciale, ha un ruolo fondamentale nel contribuire alla piena espressione della spiritualità di ogni bambino. Attraverso percorsi di *DeEd* possono essere creati degli spazi e dei momenti di riflessione su tematiche esistenziali, di esplorazione e scoperta della propria interiorità a-corporea a cui fare appello per attribuire un senso e un valore alla vita e affrontare la paura della morte (Fonseca & Testoni, 2011; Testoni et al., 2018a). Miller (2015), psicologa statunitense, attraverso una ricerca, ha evidenziato come bambini cresciuti con una vita spirituale solida e ben sviluppata siano più felici, ottimisti, flessibili e muniti di strategie di coping più adattive per affrontare le sfide quotidiane; inoltre questi soggetti avrebbero meno probabilità di sviluppare un senso di Sé fragile e livelli bassi di resilienza. Coltivare la dimensione spirituale fin dall'infanzia, dunque, sarebbe correlato positivamente al benessere del soggetto stesso.

È importante, infine, sottolineare come, affinché percorsi di *DeEd* primaria avviati a scuola possano portare allo sviluppo della dimensione emozionale e spirituale, sia indispensabile la cura di un'ulteriore dimensione che funge da collegamento e contesto condiviso delle due precedenti, ovvero la dimensione relazionale. Fondamentale, in questo senso, è, secondo Testoni (2015), la promozione di un'azione di *scaffolding*, ovvero di quelle “dinamiche di supporto educativo basate sulle regole di cooperazione che la reciproca comprensione rende possibile durante la costruzione attiva di tutti i processi di apprendimento”(p. 69). La scuola deve, quindi, preoccuparsi ed occuparsi di creare e di mantenere un clima di continua accoglienza, di mutuo-supporto, di ascolto attivo e di empatia, evitando, invece, la creazione di ambienti rifiutanti, ostili e indifferenti che producono ciò che è definito “difetto fondamentale”, ovvero “quel vissuto di mancanza e ansia costante, misto a diffidenza e percezione di impotenza, cui è possibile ricondurre per un verso l'angoscia esistenziale” (Testoni, 2015, p. 69). Un contesto chiuso, rifiutante e diffidente non permette al bambino di sentirsi libero di esprimere le emozioni, soprattutto quelle più dolorose, così come di approfondire la sua dimensione spirituale ed intima. Come sottolineano Refrigeri e Isidori (2019), la scuola deve, tramite percorsi di *DeEd* primaria, aiutare il bambino a comprendere meglio se stesso, gli altri e a situarsi nello spazio della solidarietà umana che la finitudine gli prospetta.

2.3 Pratiche di *Death Education* a scuola con i bambini

Non sapevo bene cosa dirgli. Mi sentivo molto maldestro. Non sapevo come toccarlo, come raggiungerlo. Il paese delle lacrime è così misterioso. (Il Piccolo Principe, Antoine de Saint-Exupéry, p. 38)

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR, oggi denominato “Ministero dell'Istruzione e del Merito”) ha elaborato un documento – *Le indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione* (2012) – in cui sono presentati quelli che sono gli obiettivi didattici che le scuole italiane dovrebbero perseguire e raggiungere; sono riportati, cioè, i valori a cui gli educatori che vogliono promuovere percorsi di *DeEd* devono rifarsi. Tra gli scopi da raggiungere c'è quello dell'insegnare al bambino “a stare al mondo” (MIUR, p. 4); la scuola, dunque, si presta ad essere una sorta di palestra, seppur protetta e circoscritta, di

vita ed è chiamata ad affrontare al suo interno tematiche dell'esistenza, come la morte. L'educando, in questi termini, deve diventare in grado di affrontare la vita, in tutte le sfaccettature, anche quelle più difficili, come la perdita. Inoltre, altro aspetto importante ricavato da tale documento, riguarda il fatto che viene sottolineato come il bambino che giunge alla scuola dell'infanzia non arrivi come tabula rasa, privo, cioè, di contenuti, curiosità o quesiti, ma, al contrario, egli avrebbe già iniziato a porre e a porsi domande rispetto al mondo, la vita e la morte (*ivi*, p. 16). Tuttavia è proprio in questo passaggio che emerge anche un carenza del sistema scolastico italiano. Infatti, come viene ripreso anche da Testoni (2015), se da un lato viene attribuito al bambino fino ai 5 anni la possibilità, la capacità e il diritto di fare e farsi delle domande su tematiche complesse, dall'altro tale riferimento manca completamente per quanto riguarda i bambini frequentanti la scuola primaria. In aggiunta, altra lacuna importante che emerge dal documento è la mancanza di informazioni sul se e sul come accogliere da parte degli insegnanti curiosità di bambini così piccoli in merito a tematiche così grandi; si lascia, dunque, libero arbitrio all'educando, che può anche decidere di non affrontare l'argomento e non intraprendere alcun percorso di *DeEd* (Herràn et al., 2000).

Diverse sono le tecniche di cui la *DeEd* può avvalersi e queste possono richiedere modalità di espressione sia verbale sia non-verbale (si vedano le arti-terapie); ad ogni modo si tratta di pratiche che, seppur distinte, sono correlate e utilizzabili combinatamente. Di seguito si farà riferimento ad un intervento di *DeEd* primaria che verrà impiegato come punto di partenza per esplicitare alcune forme di arte-terapie, ricorrendo a riferimenti di ulteriori studi che ne hanno convalidato l'efficacia, in particolare nel contesto scolastico.

“Non ho più paura” è un progetto di *DeEd* primaria, ideato da Testoni e colleghe (2018a), realizzato nella scuola dell'infanzia “Vittorio Chizzolini” di Ospitaletto (BS). Il percorso è stato articolato in tre parti; la prima ha funto da educazione emozionale, la seconda da intervento di *DeEd* vero e proprio e l'ultima da educazione spirituale. Ciascuna di queste sezioni ha previsto attività propedeutiche per la sezione successiva. Il primo obiettivo di questo intervento era quello di insegnare a riconoscere le emozioni e i sentimenti attraverso il gioco, in particolare il gioco psicomotorio. I bambini sono stati, infatti, avviati, tramite l'esplorazione corporea e la stimolazione dei sensi, ad ascoltare e a riflettere sulle proprie sensazioni, condividendole poi con il gruppo-classe. Il percorso

di esplorazione delle emozioni è proseguito attraverso un'attività che ha combinato tre importanti forme di arti-terapia: il movimento, l'utilizzo di tracce musicali e il disegno. Ai bambini, infatti, è stata data la possibilità di vivere un'esperienza corporea, muovendosi liberamente nello spazio e, accompagnati da brani musicali, sono stati chiamati a riflettere sulle emozioni suscitate che poi hanno esternato attraverso un elaborato pittorico. Per quanto riguarda il linguaggio del corpo, in questo percorso, esso ha assunto una valenza fondamentale perché ha permesso di far vivere ai bambini un'esperienza che, tramite stimoli sensoriali, ha dato loro modo di provare delle emozioni, aiutandoli successivamente a comunicarle. Si tratta di un approccio alternativo di espressione, che risulta estremamente adatto ai bambini, in quanto, come sottolinea Tortora (2019), il movimento rappresenta la forma espressiva spontanea e principale per eccellenza nell'infanzia.

Riprendendo il progetto "Non ho più paura" in analisi, come sottolineato precedentemente, l'uso di attività ludico-motorie è stato unito all'impiego di brani musicali e alla riproduzione grafica delle emozioni evocate dalla traccia melodica. Il disegno è stata parte centrale anche dell'attività successiva, in cui è stato chiesto ai bambini, dopo aver osservato delle riproduzioni di quadri astratti, di produrre un elaborato pittorico sul quale e tramite il quale esprimere le proprie emozioni. Disegno e musica sono entrambe forme di arte-terapia e il loro impiego congiunto è previsto anche in un progetto estremamente innovativo, attuato nelle scuole londinesi dal 2005 in poi, in collaborazione con il *St. Christopher's Hospice* (Tsisiris et al., 2015). Lo scopo è quello di affrontare con i bambini, nel contesto scolastico, il tema della perdita attraverso l'utilizzo di musica e arte. Ai bambini viene data l'opportunità di interagire e impegnarsi nella creazione di un brano o di un dipinto insieme a pazienti malati terminali, il tutto poi esposto in una mostra o *performance*. In questo modo si aiutano i bambini a destrutturare una rappresentazione minacciosa della morte e del luogo che la ospita, ovvero l'ospedale. Si vuole, infatti, promuovere una nuova immagine di questo ambiente, non come luogo di malattia, ma di cura. In particolare, si punta a creare un ricordo positivo, fatto di relazione, di supporto e di creatività.

A proposito del ricordo, riprendendo l'analisi del progetto ideato e realizzato da Testoni e colleghe (2018a), ad un certo punto del percorso, è stato chiesto ai bambini, previo il permesso degli adulti, di portare a scuola la fotografia di un defunto a loro caro

e, successivamente, sono stati invitati a realizzare un elaborato grafico che fungesse, simbolicamente, da paesaggio, da sfondo artistico sui cui collocare la foto scelta in modo tale da creare un ricordo associato ad un “luogo bellissimo” e confortante.

L’inclusione della fotografia e della sua forza evocativa è stata dimostrata anche in un’ulteriore indagine compiuta da Testoni e colleghi (2019b); si tratta di una ricerca finalizzata ad esplorare le differenze tra alcuni fattori (come la *death anxiety*, la rappresentazione ontologica della morte come annientamento, l’alessitimia, la spiritualità, la resilienza e la felicità) in due gruppi di studenti universitari; solo uno di questi partecipava ad un corso di *DeEd* primaria. In questo percorso veniva utilizzata la tecnica del *photo-voice*, considerata la strategia elettiva volta a facilitare l’esperienza performativa. Ciò che è scaturito è che l’impiego di questa soluzione espressiva di fronte ad un tema così complesso e sentito non solo era stato in grado di aiutare i giovani a prendere maggiore confidenza con la propria interiorità, ma aveva facilitato in misura significativa l’espressione, la comunicazione e la condivisione delle emozioni suscitate dall’immagine fotografica portata, creando un clima di mutuo ascolto, di supporto e di relazione. È, infatti, doveroso sottolineare che, come lo stesso termine *photo-voice*, ricorda, il focus di analisi e di riflessione di questa tecnica non è la fotografia scelta o fatta dal soggetto, quanto, piuttosto, le narrazioni interpretative fornite e scambiate dagli stessi individui (Wang, 1999). La dimensione dello scambio verbale sollecitato dalla fotografia è una dimensione cruciale ed è presente anche nel progetto “Non ho più paura” (Testoni et al., 2018a); infatti, riprendendo l’attività in cui ai bambini veniva chiesto di portare una fotografia di una persona cara defunta, è doveroso sottolineare come venisse domandata la partecipazione anche degli stessi familiari, invitati a raccontare qualcosa legato alla storia del soggetto della foto. Come spiegano Testoni e colleghi, in *L’educazione alla morte come momento di incontro psico-socio-culturale tra scuola, famiglia e territorio* (2005), il coinvolgimento degli adulti è importante non solo per una questione formale di consenso delle attività proposte in un percorso di *DeEd*, ma, soprattutto, per creare un ponte tra la vita familiare e quella scolastica del bambino, aiutandolo a diventare un partecipante attivo, consapevole e responsabile della propria storia, con tutti i suoi dolori e sofferenze, nella certezza che nessun evento negativo è in grado di eliminare il bello, l’eternità e l’affetto che c’è nei legami con i propri cari.

Nel progetto “Non ho più paura” (2018), diversi sono i momenti in cui è stato richiesto il contributo dei genitori: non solo durante la prima parte deputata all’educazione emozionale, ma anche nella seconda sezione dedicata alla *DeEd* vera e propria. Qui è stato domandato ai bambini, per imparare ad affrontare e a meglio gestire la paura della morte, di decorare un cero da portare poi al cimitero. Ai genitori è stato chiesto di collaborare non solo andando con i bambini al cimitero a portare il cero, reso speciale dal loro disegno e portato sulla tomba di una persona cara, ma anche di raccontare la storia del defunto e aiutare i figli a prendere confidenza con i vari oggetti-simbolo (ad esempio i fiori) di questo luogo sacro. In questo modo si voleva aiutare il bambino a costruire un’immagine della morte e del cimitero non come fonti di assoluta desolazione e di paralizzante inquietudine, ma di speranza, di legami, di affetto, di valori e simboli culturali. Anche il cimitero, dunque, luogo dell’inquietudine per eccellenza nel mondo degli adulti, in realtà, può nascondere importanti potenzialità educative che un percorso di *DeEd* è in grado di sfruttare e portare a compimento.

A proposito della visita da parte dei bambini al cimitero, è doveroso sottolineare che, almeno in Italia, rimane un’esperienza ancora troppo isolata e non sistematicamente avviata nelle scuole; viceversa la Danimarca si presta ad essere un Paese, in questo senso, all’avanguardia. Qui, infatti, la visita ai cimiteri è una pratica scolastica ben consolidata e avviene tramite il servizio *Skoletjenesten*: non solo si sollecitano i bambini a raccogliere informazioni sui riti funebri prima o dopo la visita al luogo, ma si discute apertamente tra studenti e insegnanti sulla vita e sulla morte, sulle tombe, sulle paure e sulle speranze, raccontando anche le proprie perdite (Alexander, 2018). Anche qui, l’obiettivo è quello di liberare il cimitero dall’idea di luogo fisico spaventoso, rendendolo, invece, luogo di affetti, ricordi e famiglia.

Tornando allo studio di Testoni e colleghe (2018a), nella seconda parte, deputata al concetto di morte e alla gestione della paura ad esso correlata, sono state presentate alcune fra le diverse modalità attraverso le quali i bambini di tutto il mondo vengono accompagnati verso la conoscenza dei rituali di festeggiamento dei morti (ad esempio, viene consigliato agli insegnanti di spiegare l’origine della festa anglosassone di *Halloween*). Ciò che ne risulta è un’educazione alla morte che assume le vesti di un’educazione interculturale che vuole arricchire dal punto di vista intellettuale e valoriale il bambino (Testoni, 2015).

La seconda sezione si concludeva con il racconto *Il mare del cielo*, storia ricca di metafore sulla vita e sulla morte, in cui il dolore per la perdita è normalizzato e la speranza viene mantenuta, attraverso la possibilità di creare un legame a cui affidarsi e in cui rifugiarsi sempre, anche quando la persona in questione non c'è più fisicamente. È cruciale a questo punto sottolineare l'importanza di utilizzare dei libri, soprattutto se illustrati perché altamente evocativi, in percorsi di *DeEd* all'interno della scuola. Essi, infatti, sono in grado di fornire ai bambini dei modelli a cui poter fare riferimento nell'affrontare la morte (Moore & Mae, 1987, p. 53). A questo proposito, Fornasier, nell'articolo *Una sfida pedagogicamente irrinunciabile per la scuola: educare alla finitezza della vita dal dalla primissima infanzia ed essere di supporto ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie nel tempo del lutto* (s.d.), ribadisce come la storia narrata ai più giovani lettori dia loro modo di identificarsi con i personaggi del libro, di sentirsi coinvolti dal punto di vista emozionale e di acquisire consapevolezza sul fatto che i problemi possono essere risolti, che, nonostante la perdita, la vita continua e che la speranza tiene vivo il ricordo. Un libro su tematiche così delicate può, dunque, fungere da ausilio irrinunciabile tanto per i genitori quanto per gli insegnanti, in quanto mette loro a disposizione parole adatte e spiegazioni semplici a cui poter ricorrere, creando un clima di riflessione disteso e non minaccioso (Kenfel & House, 2020). La biblioterapia è proprio una pratica che nasce dall'idea secondo cui i lettori si identificherebbero con quei personaggi dei libri che si trovano a vivere esperienze simili alla loro, non sentendosi più soli e "delegittimati" a stare in un certo modo, ma percependosi compresi, soprattutto quando si ritrovano ad affrontare un momento così doloroso, come un lutto (Govoni, 2017). Come suggerisce Iaquina (2015) "Narrare (raccontare, raccontarsi, socializzare il proprio vissuto) diventa educare al dolore". Un particolare ed efficace tipo di racconto per il bambino è sicuramente la fiaba o la favola. Essa può costituire, infatti, un valido strumento di *DeEd* sia perché può dare modo al bambino di entrare a conoscenza di un evento con cui inevitabilmente dovrà fare i conti nel corso della vita, sia perché può costituire un mezzo con cui accompagnare il bambino nel processo di elaborazione dell'evento traumatico (González & Costas 2020). Come sosteneva Elisabeth Cook (1966), la fiaba è quello spazio che conosce l'infanzia e in cui l'infanzia si riconosce; essa, infatti, aderisce al bambino perché adotta un linguaggio che non richiede troppi sforzi attentivi e risulta essere il prodotto della presenza dell'uso delle caratteristiche che,

al contrario, stimolano l'attenzione dei più piccoli: l'espressività emotiva; le onomatopее, che conferiscono ritmicità musicale; i nomi fittizi e aggettivati, che permettono al bambino di cogliere il carattere dei personaggi (Simeti, 1995) e le iterazioni, che permettono di creare nel bambino una sensazione di durata, di sicurezza e familiarità (De Caroli, 2012). Come sosteneva lo psicoanalista austriaco Bettelheim (1976), "la fiaba è un posto protetto, reso tale dall'ambientazione fantastica e dal lieto fine, dove diventa possibile sperimentare le emozioni negative, senza il timore di venirne travolti, senza il rischio che da esse siano travolte le relazioni fondamentali della vita, senza le quali vivere perde senso (...)". È possibile, dunque, attraverso questa tipologia di racconto, dar al bambino la possibilità di immergersi in un "bagno" emotivo, vivendo in prima persona le avventure dei protagonisti in modo da esorcizzare le loro esperienze negative e far tesoro di quelle positive, acquistando maggior fiducia nelle proprie risorse e possibilità, soprattutto grazie al lieto fine che contraddistingue tale narrazione. Le fiabe, dunque, possono fungere da luoghi di raffigurazione di concetti astratti, parte integrante della vita, come la morte (Benini & Malambra, 2008); dunque, in un percorso di *DeEd* con i bambini, è possibile avvalersi di tale pratica di narrazione sia a scopi riparatori che preventivi. È, comunque, doveroso sottolineare che l'adulto-genitore o insegnante- ha un ruolo centrale nell'attuazione del potenziale educativo del racconto, scegliendo sia cosa leggere sia come leggerlo (Marcus 2008).

Non solo la fiaba, ma anche altre tipologie di narrazione possono divenire un vero e proprio alleato nell'aiutare il bambino a riflettere su se stesso e su quanto gli accade, dandogli la possibilità di capirsi, di scegliersi, di attribuire un senso alla vita attraverso la morte stessa (Bobbo, 2012). Testoni e colleghi (2021b), a tal proposito, all'interno di un percorso di *DeEd* rivolto ad adolescenti italiani, attraverso la lettura di racconti biblici unitamente ad attività di *role playing*, sono riusciti ad analizzare i significati psicologici degli studenti a proposito di tematiche profonde e sentite legate alla trascendenza e alla spiritualità. A proposito di quest'ultima, Testoni in "L'ultima nascita" (2015), la definisce come quella "luce interiore che ci dà la forza di essere resilienti di fronte a tutte le perdite e che ci permette di sopportare dolori e sconfitte, trovando l'energia per riprendere il cammino, anche quello che si deve compiere per raggiungere la morte" (p. 152). L'educazione spirituale fa parte del progetto in analisi "Non ho più paura" (2018a); dopo la dimensione emozionale, propedeutica ad una migliore gestione successiva della paura

della morte, segue, infatti, un' ultima parte deputata all'esplorazione, alla familiarizzazione e al rafforzamento da parte dei bambini della dimensione spirituale. È interessante e non casuale il fatto che questo tipo di azione educativa su una realtà così astratta e profonda sia partita da attività di carattere corporeo, con l'obiettivo di allenare i bambini a identificare se stessi prima di tutto dal punto di vista fisico e, solo dopo che ciò è avvenuto, a procedere alla ricerca e al riconoscimento del proprio mondo interiore. I bambini, seguendo questa logica, sono stati, pertanto, inizialmente coinvolti in una serie di giochi psico-motori con l'uso di specchi e strumenti artistici; essi sono stati invitati a riflettere su come sono e su chi sono rispetto agli altri da un punto di vista esteriore, ovvero sulla base di caratteristiche fisiche, concrete e visibili. Successivamente è stata avviata una conversazione attorno alla metafora del sottomarino, che rappresenta "il bambino che va alla ricerca di se stesso, ossia di quella parte di Sé che non è visibile agli altri, ma che solo lui può conoscere". Molto importante è stata la creazione di un'atmosfera distesa e quasi surreale mediante l'utilizzo di video e musiche rilassanti, unitamente all'impiego di torce come fondo di sicurezza nell'esplorazione degli "abissi". Dopo questa attività, i bambini sono stati invitati a riflettere sulla stessa, a ripensare alle emozioni provate nel "viaggio" affrontato e a dar loro una forma attraverso la realizzazione di collage o di una piccola scultura. Infine sono stati coinvolti in un gioco simbolico: attraverso un palloncino e una luce led al suo interno, la spiritualità è stata proposta come quella luce, quella risorsa interiore a ciascun individuo e attraverso cui è possibile affrontare i momenti più difficili della vita, senza venirse sommersi. "Scoprendo la luce del proprio spirito, il bambino potrà sviluppare una forza interiore che gli permetterà di stare bene con se stesso, potrà attingervi nei momenti di difficoltà e trovarvi, successivamente, le risposte alle grandi domande della vita" (Testoni et al., 2018a). Nonostante, dunque, l'importanza vitale di esplorare e conoscere questa dimensione presente in ogni individuo, c'è spesso la tendenza da parte dei genitori a sottostimare la capacità del bambino di entrare in contatto con essa e fare buon uso di questo aspetto di sé così profondo e complesso (Testoni et al., 2019b). In "Non ho più paura" è stata, dunque, prevista un'educazione spirituale, notando come la maturazione, da parte dei bambini, di una convinzione circa la presenza di un "oltre" dopo la realtà fisica, fosse correlata allo sviluppo di una rappresentazione più confortante della morte e ad un duplice concetto di sé (Harris & Giménez, 2005). La riflessione, lo sviluppo e la presa di

consapevolezza dell'esistenza di una realtà interiore trascendente hanno permesso ai bambini di affrontare con meno ansia la morte e, in particolare, la sua dimensione di universalità; essi erano confortati dall'idea che esistesse qualcosa in loro o nelle persone care che andasse oltre ciò che è visibile.

La scuola, dunque, è chiamata sempre più a svolgere un ruolo di agenzia educativa di tematiche collegate alla morte e alla mortalità, soprattutto a seguito dei cambiamenti mondiali che stanno modificando il rapporto con la morte stessa (si pensi, ad esempio, al Covid-19 o al conflitto russo-ucraino). Educare alla morte, inoltre, non significa, come visto, parlare solo di morte, ma, significa anche, e soprattutto, indagare i vissuti interiori di bambini e adulti, condividere sentimenti ed emozioni anche difficili, come la paura e la sofferenza; infine la *DeEd* consiste anche nel creare nuovi significati, nuove risorse e nuovi legami tra bambini, scuola e famiglia.

In questo paragrafo sono state approfondite, partendo dal progetto “Non ho più paura” (2018), diverse e buone pratiche di *DeEd* sia di carattere preventivo che riparatorio, da utilizzare con un certa sistematicità nel contesto scolastico con i bambini.

Nel capitolo successivo inizia la seconda parte del presente elaborato, ovvero la sezione di carattere empirico in cui verrà presentato e analizzato il progetto di ricerca - EDI4APP- realizzato nella regione Veneto tra il 2022/2023. I temi trattati ed esplorati fino a questo punto sono cruciali, in quanto fungono da linee guida e interpretative per meglio comprendere l'obiettivo, il contesto, il *target* e il metodo applicato nel caso-studio.

Seconda parte

CAPITOLO 3 IL CASO DI STUDIO: IL PROGETTO EDI4APP

3.1 Il progetto e gli obiettivi

Il progetto “Elaborare Insieme il Dolore Insieme per Affrontare la Paura della Perdita” (EDI4APP), coordinato dalla Prof.ssa Testoni in collaborazione con la Prof.ssa Ferrari del Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISSPA) dell’Università degli Studi di Padova, è stato realizzato presso due scuole primarie di primo grado, una ubicata a Costa di Rovigo (RO) e l’altra a Preganziol (TV), tra il 2022 e il 2023.

Per quanto riguarda gli obiettivi, il progetto EDI4APP ha rappresentato un percorso di *DeEd* primaria, ossia di carattere preventivo e formativo, ideato e attuato a seguito della pandemia da Covid-19; quest’ultima ha introdotto una serie di importanti vincoli e limitazioni e ha ricordato anche ai bambini, spesso in modalità minacciose e angoscienti, quello che viene considerato il limite primo e ultimo, ovvero la morte.

Si tratta di un percorso articolato in una serie di attività progettate accuratamente con l’obiettivo di sviluppare nel bambino la dimensione emozionale, un concetto di morte meno inquietante - dunque, più facilmente gestibile – e supportare l’esplorazione della dimensione spirituale. A proposito di quest’ultima EDI4APP ha voluto sostenere il bambino in un processo di familiarizzazione con se stesso e con la propria interiorità. La spiritualità è stata rappresentata e presentata ai bimbi come una sorta di “luce” e forza interiore, ovvero come quell’insieme di risorse da utilizzare per re-agire di fronte ad ogni vicissitudine della vita e tramite la quale è possibile investire attivamente in una progettualità del Sé e dell’esistenza stessa. Lo sviluppo e la valorizzazione del Sé e della vita non avvengono mai nel vuoto sociale; la dimensione sociale e relazione è stata, per questo, parte integrante e veicolante del progetto EDI4APP. Ogni attività è stata accompagnata da spazi e da momenti di dialogo, di ascolto attivo, di empatia e di rispetto delle diversità; è solo attraverso un clima disteso e di accoglienza che hanno luogo la maturazione della dimensione emozionale, il padroneggiamento della paura della morte e la scoperta della spiritualità. EDI4APP ha voluto, infine, rappresentare un “progetto-ponte”, di connessione tra scuola e famiglia, per questo l’obiettivo è stato anche quello di ottenere la partecipazione dei genitori, non solo nei termini di un formale consenso, ma, soprattutto, in quelli di una sentita e consapevole accoglienza presente e futura dei quesiti

esistenziali portati dai bambini stessi; affrontare insieme questi argomenti è strumento e luogo di rafforzamento e di crescita tanto del singolo quanto della relazione stessa.

Il conseguimento degli obiettivi è stato reso possibile attraverso una pianificazione accorta e pensata dei quattro incontri costitutivi del progetto, ciascuno di due ore ciascuno.

Il primo di questi spazi educativi ha previsto la consegna e la compilazione in aula di tre questionari *pre*-intervento destinati ai bambini e uno rivolto ai genitori, che è stato poi svolto a casa e riportato la volta successiva. I bambini hanno preso parte ad un *circle-time*, durante il quale sono state espresse e condivise, in un clima sociale supportivo, le emozioni che avevano vissuto durante la pandemia; in particolare è stato posto il *focus* sulle emozioni provate dai bimbi a seguito delle misure di contenimento. Successivamente, sono state proiettate delle diapositive esemplificative delle varie emozioni (Galimberti, 2021), ciascuna accompagnata da commenti e riflessioni collettive. Infine, è stato chiesto ai bambini di completare una scheda apposita descrivendo, in qualunque modalità espressiva, le emozioni esperite durante i due anni della pandemia, il tutto dando ampio spazio alla creatività.

Nel secondo incontro ai bambini è stata proposta una narrazione originale creata ad hoc per il progetto in questione nella quale veniva descritta la difficoltà del protagonista nell'affrontare le conseguenze psicologiche dell'isolamento e del distacco dai propri familiari durante il Covid-19. Al termine della lettura, ai bambini è stata data la possibilità di elaborare i sentimenti, le emozioni e qualunque tipo di ricordo suscitati in loro dal racconto; non sono stati imposti vincoli espressivi, al contrario è stata sollecitata e accolta qualunque modalità comunicativa scelta dal bimbo, sia essa verbale sia essa non-verbale, come il disegno. In conclusione, è stata consegnata la traccia di una breve intervista da presentare, assumendo le vesti di un giornalista, ai genitori. L'intervista è composta dalle seguenti domande:

1. “Sono due anni che siamo in pandemia, che cosa ti manca di più di quello che c’era prima?”
2. “Quali emozioni hai provato durante questi due anni?”
3. “Che cosa ti ha dato la forza per andare avanti e superare i momenti difficili durante la pandemia?”

Ai bambini è stato chiesto di riportare le risposte ricevute dai genitori in una modalità da loro scelta e di condividerle con la classe la volta successiva.

Nel terzo incontro i bambini si sono confrontati attivamente sui *feedback* ricevuti dai loro genitori e, successivamente, è stato loro chiesto di riflettere ed elaborare loro stessi, in una forma espressiva a loro più prossima e da loro più sentita, una risposta in merito ad una delle tre domande rivolte precedentemente ai genitori. “Che cosa ti ha dato la forza per andare avanti e superare i momenti difficili durante la pandemia?”. L’incontro si è concluso con un momento di discussione e di dialogo tra i bambini con *focus* sulle risorse attivate e attuate per affrontare e superare esperienze particolarmente difficili, come quelle derivate dalle misure di contenimento del Covid-19.

Nel quarto incontro i bambini sono stati avviati e aiutati nell’esplorazione della propria spiritualità con lo scopo di rendere loro accessibile questa dimensione estremamente intima. La spiritualità è stata loro presentata e rappresentata come una forza interiore, in grado di aiutarli nei momenti più ardui, di conferire loro l’energia necessaria per rialzarsi, anche di fronte ad un evento traumatico, ma parte della vita, come la morte di un proprio caro. La spiritualità proposta, dunque, non è legata a nessun credo religioso specifico. Per fare questo, ai bambini è stato proposto sdraiarsi, in un clima sereno e rilassante, con luci soffuse e silenzio, e prender parte ad una breve meditazione guidata. Questa vuole attivare nel bambino un’esplorazione sentita e profonda (dentro) di sé, nonché un processo di introspezione attraverso cui (ri)scoprire quel luogo sicuro a cui rivolgersi per trarre tutta la forza per affrontare i momenti più difficili della vita. È stato poi creato uno spazio di confronto sulle emozioni provate e sull’aspetto o la posizione del loro rifugio interiore. Al termine dell’attività a ciascun bambino è stato chiesto di rappresentare il proprio luogo sicuro disegnandolo su delle schede consegnate dai conduttori. Alla fine è stato offerto un momento di condivisione e di saluti finali dove i bambini hanno potuto esprimere i loro pareri riguardo al progetto, il tutto seguito dalla somministrazione dei questionari post-intervento.

3.2 La metodologia

EDI4APP ha utilizzato diversi strumenti di raccolta dati, alcuni di tipo qualitativo (come le interviste) e altri di carattere quantitativo; solo questi ultimi sono approfonditi nel

presente elaborato. Nello specifico EDI4APP ha utilizzato, prima e dopo l'intervento, i seguenti strumenti di raccolta dati:

1. *Devereux Student Strengths Assessment* versione abbreviata - *DESSA-mini* – (Naglieri et al., 2011): il questionario è costituito da 4 moduli paralleli di 8 *item* progettati per essere strumenti agevoli di *screening* e di monitoraggio delle competenze socio-emotive, individuando precocemente e accuratamente profili a rischio, con carenze e bisogni di un supporto aggiuntivo. Si tratta uno strumento somministrato ad insegnanti o ai genitori con l'obiettivo di rilevare la percezione di questi ultimi circa il livello di sviluppo delle competenze socio-emotive legate alla resilienza nel bambino; in particolare le capacità valutate sono: l'autoconsapevolezza, la gestione di sé, la consapevolezza sociale, le capacità relazionali, la responsabilità personale, la capacità di prendere decisioni, il comportamento orientato allo scopo e il pensiero ottimista. Ogni *item* viene valutato utilizzando una scala di tipo Likert a 5 punti che va da 0 a 4 (Mai = 0, Raramente = 1, Occasionalmente = 2, Frequentemente = 3, Molto frequentemente = 4). I punteggi grezzi vengono convertiti poi in punteggi T (M= 50, SD= 10) sulla base del confronto con un ampio campione normativo di 1.250 bambini dalla scuola materna fino all'ottavo anno (Naglieri et al., 2011). Ad ogni punteggio T determinato coincide una determinata categoria descrittiva: *need*, *typical*, *strength* (il primo profilo indica una carenza nelle competenze socio-emotive, il secondo uno con adeguate capacità e l'ultimo descrive un individuo con un livello di queste abilità estremamente alto).
2. *Children's Hope Scale - CHS* - (Snyder et al., 1997): il questionario si compone di 6 *item* su scala *likert* a 6 punti (1 = nessuna delle volte; 6 = il più delle volte) e misura la percezione che i bambini hanno relativamente al fatto che i loro obiettivi possono essere raggiunti. Lo strumento si basa sulla premessa che i bambini sono orientati verso l'obiettivo e che i loro pensieri legati all'obiettivo possono essere compresi secondo due componenti correlate: l'*agency* e i percorsi. Secondo gli autori, la speranza nei bambini è definita come un insieme cognitivo che coinvolge le credenze nelle proprie capacità di produrre percorsi praticabili verso gli obiettivi. Esempio di item: “Quando ho un problema, mi vengono in mente molti modi per risolverlo”
3. *Positive and Negative Affect for Children - PANAS-C* - (Laurent et al., 1999): lo strumento si compone di 30 aggettivi suddivisi in 15 termini positivi e 15 negativi in cui lo studente deve indicare l'intensità con cui prova tali emozioni scegliendo tra 5 opzioni (1 =

pochissimo, 2 = poco, 3 = mediamente, 4 = abbastanza, 5 = molto); esempio di termini: “Triste”, “Entusiasta”, “Ansioso”, “Spaventato”.

4. *Youth Life Orientation Test – YLOT* - (Sydney et al., 2005): il questionario si compone di 16 *item* su scala *likert* a 4 punti (1 = non vero per me; 4 = vero per me) e misura il pessimismo e l’ottimismo dei bambini. Ottimismo e pessimismo risultano essere potenti fattori di personalità che influenzano non solo il modo in cui le persone vedono il loro mondo, ma anche il modo in cui vivono in esso. Esempio di *item*: “Ogni giorno non vedo l’ora di divertirmi molto”.

EDI4APP ha, quindi, utilizzato tre strumenti di auto-valutazione e uno di etero-valutazione, tutti somministrati in due tempi (prima e dopo l’intervento) a distanza di un mese. L’obiettivo del presente lavoro è quello di verificare e valutare l’efficacia del percorso di *DeEd* attraverso la rilevazione di cambiamenti nei punteggi dei vari strumenti.

3.3 Gruppo dei partecipanti e metodo di selezione

Il progetto EDI4APP ha utilizzato un campionamento di convenienza, dunque non casuale, sia per quanto riguarda la selezione del gruppo di partecipanti costituito dai bambini, sia per quanto riguarda quello formato dai genitori degli stessi.

Per quanto riguarda i bambini, il numero degli stessi che ha compilato i questionari prima e dopo l’intervento non è risultato equivalente. In particolare, nella rilevazione *pre*-intervento, i partecipanti sono stati in totale 73, mentre nel *post*-intervento 82.

Per ricavare il gruppo dei partecipanti vero e proprio sono stati incrociati, dunque, i dati del *pre* e del *post*, eliminando sia quelli provenienti da quei soggetti presenti solo in una delle due rilevazioni sia quelli relativi ai bambini che, seppur presenti in entrambe le misurazioni, non hanno completato parte di alcuni dei tre questionari e, pertanto, non sono stati inclusi. I partecipanti presi in considerazione, quindi, sono risultati 64, frequentanti la terza, la quarta e la quinta elementare (27 maschi e 37 femmine di età compresa tra i 7 e i 10 anni ($M = 9.05$, $SD = 0.67$) 9 di classe terza, 40 di quarta e 15 di quinta) di due Istituti del Veneto, ubicati rispettivamente a Costa di Rovigo (Ro) e Preganziol (Tv). Dalla prima scuola i casi coinvolti complessivi sono 35, nella seconda 29, per un totale di 64 soggetti. Nelle seguenti tabelle (tab.1, 2, 3, 4) vengono riportate le statistiche descrittive per variabili socio-demografiche relative ai 64 bambini.

Statistiche descrittive bambini (N = 64)

Scuola	Frequenza	Percentuale
Costa di Rovigo	35	54.7
Preganziol	29	45.3
Totale	64	100,0

Tabella 1

Classe	Frequenza	Percentuale
3	9	14.1
4	40	62.5
5	15	23.4
Totale	64	100

Tabella 2

Età	Frequenza	Percentuale
7	2	31.1
8	7	10.9
9	41	64.1
10	14	21.9

Tabella 3

Genere	Frequenza	Percentuale
F	37	57.8
M	27	42.2
Totale	64	100,0

Tabella 4

Il progetto ha inoltre coinvolto 129 genitori, di cui 64 (49.6%) della scuola di Costa di Rovigo, 65 (50.4%) della scuola di Preganziol (tab.5); 18 (14%) genitori di bambini di terza, 99 (76.7%) genitori di bambini di quarta e 12 (9.3%) genitori di quinta (tab.6). Nello specifico, al tempo 1 (pre-intervento) hanno partecipato un numero minore complessivo di genitori 44 (34.1%), mentre il tempo 2 (*post-intervento*) ha visto un'adesione nettamente maggiore, ovvero di 85 (65.9%) genitori, per un totale di 129 (tab.7).

Statistiche descrittive genitori ($N = 129$)

Scuola	Frequenza	Percentuale
Costa di Rovigo	64	49,6
Preganziol	65	50,4
Totale	129	100,0

Tabella 5

Classe	Frequenza	Percentuale
3	18	14,0
4	99	76,7
5	12	9,3
Totale	129	100,0

Tabella 6

Tempo	Frequenza	Percentuale
1	44	34,1
2	85	65,9
Totale	129	100,0

Tabella 7

3.4 Risultati

3.4.1 Le risposte dei bambini *ex-ante* ed *ex-post*

Come dichiarato precedentemente, i ricercatori, incrociando i risultati del pre e post intervento, hanno ottenuto un gruppo finale di partecipanti di 64 unità e sulle risposte di queste è stata effettuata l'analisi.

Innanzitutto, prima di procedere all'interpretazione dei punteggi, è stato valutato il grado di affidabilità degli strumenti impiegati, calcolandone, per ciascuna delle due somministrazioni, il coefficiente *alpha* di Cronbach (α). Gli strumenti si sono dimostrati attendibili in entrambi i tempi di rilevazione. In particolare, come riportato nella tabella 8, il *CHS*, costituito da 6 *item*, ha ottenuto un α pari a 0.748 al tempo 1 e un α di 0.731 al tempo 2; il *PANAS-C* per quanto concerne la scala deputata agli affetti positivi, costituita da 15 *item*, ha registrato, nel *pre*-intervento, un $\alpha = 0.851$ e nel post $\alpha = 0.889$; la scala dell'affettività negativa, appartenente sempre al *PANAS-C* e costituita da 15 *item*, al tempo 1 ha riportato un $\alpha = 0.870$ e, al tempo 2, un $\alpha = 0.909$; infine, l'*YLOT* nella scala

del pessimismo, formata da 6 elementi, ha ottenuto un $\alpha = 0.731$ e per l'ottimismo un $\alpha = 0.729$.

	Pre		Post	
	Alpha di Cronbach	N°	Alpha di Cronbach	N°
OB.F	0,748	6	0,731	6
Affettività Positiva	0,851	15	0,889	15
Affettività Negativa	0,87	15	0,909	15
Ottimismo	0,773	6	0,729	6
Pessimismo	0,731	6	0,729	6
P.POS	0,828	12	0,798	12

Tabella 8 Statistiche di affidabilità degli strumenti nel pre e nel post-intervento

Successivamente, utilizzando l'indice di correlazione lineare di *Pearson*, è stata testata l'associazione tra gli strumenti utilizzati e, dunque, tra le variabili indagate dagli stessi sia nel pre sia nel post-intervento.

Per quanto riguarda la *CHS*, nel pre-intervento gli obiettivi futuri si associano positivamente e in modo significativo con l'affettività positiva ($r = 0.599, p < 0.000$), mentre risultano essere correlati negativamente, seppur in modo non significativo, con l'affettività negativa ($r = - 0.071, p > 0.05$). Ciò significa che una persona che presenta un buon livello di affettività positiva, allo stesso tempo, sarà portata ad investire e a credere maggiormente negli obiettivi futuri. Nel post-intervento viene mantenuto sia il verso sia la significatività dell'associazione lineare tra obiettivi futuri e affettività positiva ($r = 0.628, p < 0.000$), mentre diventa significativa anche la correlazione inversa tra prospettive future ed affettività negativa ($r = - 0.399, p < 0.000$). Nel pre-intervento gli obiettivi futuri risultano associarsi positivamente e in modo altamente significativo anche con l'ottimismo ($r = 0.481, p < 0.000$), mentre correlano in modo significativamente negativo con il pessimismo ($r = - 0.349, p < 0.000$). Nel post-intervento viene mantenuta la relazione lineare attesa sia tra gli obiettivi futuri e i livelli di ottimismo ($r = 0.513, p < 0.000$), sia tra progettualità futura e pessimismo ($r = - 0.288, p < 0.01$). Questo significa che un soggetto ottimista tenderà, con maggiore probabilità, rispetto ad uno pessimista, a fissarsi degli obiettivi futuri e a credere nella proprie capacità di conseguirli.

Il *PANAS-C*, per quanto riguarda l'affettività positiva, essa, nel pre-intervento, risulta avere una correlazione positiva e significativa con l'ottimismo ($r=0.587, p < 0.000$), mentre si associa in misura significativamente negativa con il pessimismo ($r = - 0.348, p<0.000$). Esperire emozioni positive si associa positivamente e prevedibilmente anche con l'avere pensieri positivi ($r = 0.237, p<0.05$). Dopo l'intervento vengono mantenute sono state mantenute sia la direzione sia l'intensità delle associazioni tra affettività positiva e ottimismo ($r = 0.578, p<0.000$), fra affettività positiva e pessimismo ($r = - 0.441, p<0.000$). La relazione tra affettività positiva e pensieri positivi globali, invece, rimane della direzione attesa, ma non risulta più significativa ($r= 0.102, p>0.05$). In generale, dunque, i soggetti che provano più frequentemente e intensamente emozioni positive tenderanno, allo stesso tempo, ad essere più ottimisti nella loro vita, ad avere più pensieri positivi e una visione non negativa di sé e dell'esistenza.

Per quanto riguarda l'affettività negativa, indagata sempre tramite il *PANAS-C*, nel pre-intervento questa variabile risulta essere correlata negativamente e in modo significativo con l'ottimismo ($r = - 0.316, p<0.01$) e positivamente con il pessimismo ($r = 0.372, p<0.001$). Nel post-intervento la direzione della relazione lineare tra affettività negativa e ottimismo è quella attesa, ma non risulta significativa ($r= - 0.216, p>0.05$), mentre direzione e significatività vengono mantenute nell'associazione lineare tra affettività negativa e pessimismo ($r = 0.487, p<0.000$). In termini probabilistici, ciò significa che una persona che prova più facilmente e con maggiore intensità emozioni negative tenderà anche ad avere una concezione piuttosto pessimistica di sé e di ciò che gli accade.

Per quanto concerne l'*YLOT*, nel pre-intervento, l'ottimismo correla negativamente e in modo significativo con il pessimismo ($r = - 0.516, p<0.000$) mentre si associa positivamente con i pensieri positivi ($r = 0.483, p<0.000$). Nel post-intervento vengono mantenute direzione e significatività delle relazioni tra ottimismo e pessimismo ($r = - 0.461, p<0.000$) e tra ottimismo e pensieri positivi ($r = 0.476, p<0.000$). Il pessimismo si associa negativamente e in modo significativo con i pensieri positivi sia nel *pre*-intervento ($r = 0.501, p<0.000$) sia nel post-intervento ($r = 0.561, p<0.000$). In linea generale, dunque, un individuo ottimista sarà guidato più facilmente da pensieri positivi e sarà meno incline ad assumere un atteggiamento negativo nei confronti della vicissitudini che gli accadono. Nelle tabelle 9 e 10 sono riportate rispettivamente gli indici di correlazione tra gli strumenti prima e dopo l'intervento.

Correlazioni		OB.F Totale	Affettivit à Positiva	Affettivit à Negativa	P.POS Ottimismo	P.POS Pessimismo	P.POS Totale
OB.F Totale	Correlazione di Pearson	--					
Affettività Positiva	Correlazione di Pearson	,599**	--				
	Sign. (a due code)	0,000					
Affettività Negativa	Correlazione di Pearson	-0,071	-,280*	--			
	Sign. (a due code)	0,551	0,016				
P.POS Ottimismo	Correlazione di Pearson	,481**	,587**	-,316**	--		
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,006			
P.POS Pessimismo	Correlazione di Pearson	-,349**	-,348**	,372**	-,516**	--	
	Sign. (a due code)	0,002	0,003	0,001	0,000		
P.POS Totale	Correlazione di Pearson	0,129	,237*	0,061	,483**	,501**	--
	Sign. (a due code)	0,275	0,044	0,605	0,000	0,000	

** la correlazione è significativa a livello 0.01 (a due code) * la correlazione è significativa a livello 0.05 (a due code)p

Tabella 9 Correlazioni di Pearson tra gli strumenti nel pre-intervento

Correlazioni		OB.F Totale	Affettivit à Positiva	Affettivit à Negativa	P.POS Ottimismo	P.POS Pessimismo	P.POS Totale
OB.F Totale	Correlazione di Pearson	--					
Affettività Positiva	Correlazione di Pearson	,628**	--				
	Sign. (a due code)	0,000					
Affettività Negativa	Correlazione di Pearson	-,399**	-,399**	--			
	Sign. (a due code)	0,000	0,000				
P.POS Ottimismo	Correlazione di Pearson	,513**	,578**	-0,216	--		
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,053			
P.POS Pessimismo	Correlazione di Pearson	-,288**	-,441**	,487**	-,461**	--	
	Sign. (a due code)	0,009	0,000	0,000	0,000		
P.POS Totale	Correlazione di Pearson	0,193	0,102	,281*	,476**	,561**	--
	Sign. (a due code)	0,084	0,365	0,011	0,000	0,000	

** la correlazione è significativa a livello 0.01 (a due code) * la correlazione è significativa a livello 0.05 (a due code)

Tabella 10 Correlazione di Pearson tra gli strumenti nel post-intervento

Si sono poi analizzati i punteggi ottenuti *ex-ante* ed *ex-post* per ogni singolo strumento, partendo dalla verifica della normalità, la stima delle statistiche descrittive e la rappresentazione grafica (box-plot) delle distribuzioni degli output prima e dopo l'intervento, analizzando i cambiamenti complessivi.

Per quanto riguarda la *CHS*, essa presenta una distribuzione dei punteggi pre e post-intervento che non soddisfano l'ipotesi nulla di normalità. Per quanto riguarda le statistiche descrittive, stimate nel gruppo finale ($N = 64$), troviamo i seguenti valori: nel pre-intervento abbiamo $M = 26.15$, $SD = 6.06$, mediana (Me) = 27, minimo (Min) = 6, massimo (Max) = 34, intervallo interquartile (IQR) = 7; nel post-intervento, $M = 25.48$ e $DS = 5.64$, $Me = 26.5$, $Min = 8$, $Max = 34$, $IQR = 7.75$. Il box-plot (fig.1) rende conto anche visivamente dei cambiamenti generali negli output ottenuti rispetto agli obiettivi futuri nei due tempi di somministrazione.

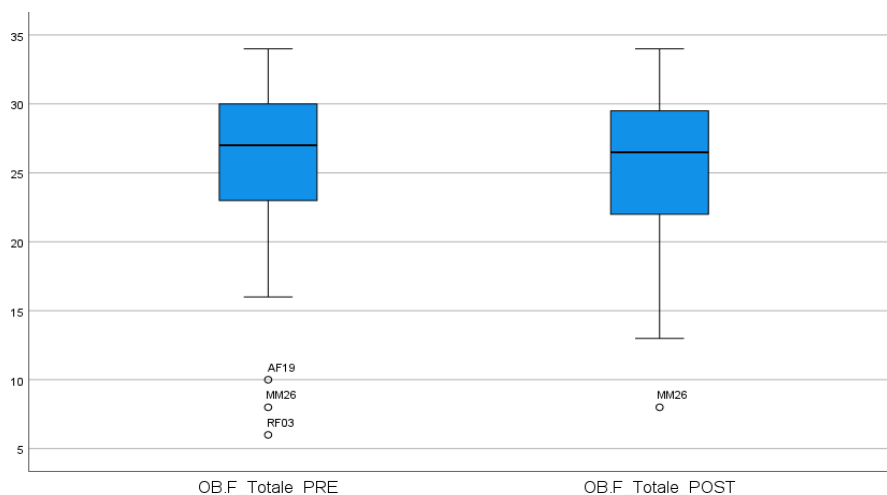


Figura 1 Distribuzione dei punteggi del *CHS* pre e post- intervento

Globalmente le speranze riguardanti gli obiettivi futuri, contrariamente alle aspettative, come si vede dal box-plot (fig.1), scendono leggermente nel post-intervento e aumenta, seppur di poco, la dispersione dei dati e, dunque, l'eterogeneità delle risposte fornite. I punteggi, comunque, rimangono medio-alti in entrambe le rilevazioni.

Per quanto riguarda la distribuzione dei punteggi ottenuti nel *PANAS-C* (Laurent et al., 1999), anch'essi non soddisfano l'ipotesi di normalità in nessuna delle due somministrazioni. Le statistiche descrittive relative all'affettività positiva nel pre-intervento sono le seguenti: $M = 59.63$, $SD = 10.11$, $Me = 61$, $Min = 33$, $Max = 75$,

$IQR = 11.75$. Nella seconda somministrazione si ottengono $M = 60.44$, $SD = 10.48$, $Me = 63$, $Min = 23$, $Max = 75$, $IQR = 9.75$. Come per i punteggi relativi al *CHS*, il box-plot (fig.2) fornisce un supporto visivo dei dati e dei cambiamenti nei due tempi relativamente alla variabile presa in esame. Complessivamente, dunque, come si osserva, si è registrato un lieve aumento dell'affettività positiva dopo l'intervento. Il valore della mediana è aumentato, seppur di poco, nella seconda somministrazione e, inoltre, rispetto al pre-intervento, nel post, sembra essere diminuita la variabilità dei dati, anche se è aumentato il numero dei casi isolati (SA08, LG02, JC21, AF19, MM26).

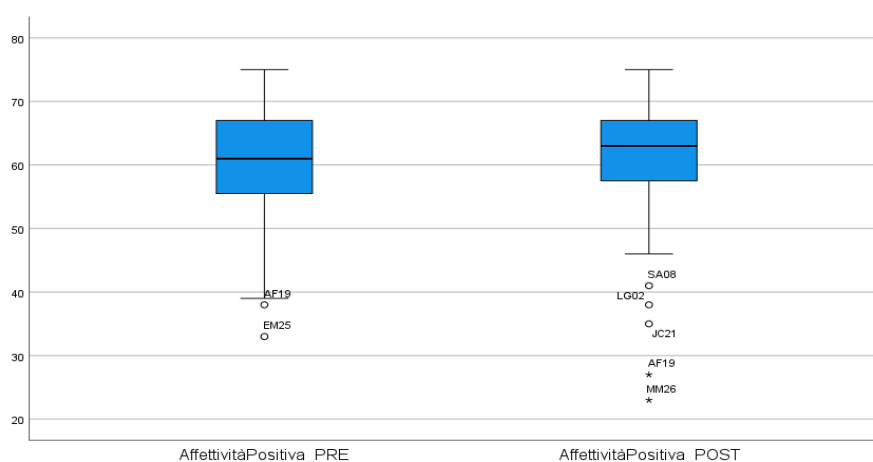


Figura 2 Distribuzione dei punteggi del PANAS-C (Affettività Positiva) nel pre e post-intervento

Per quanto riguarda le statistiche descrittive della scala dell'affettività negativa, nel pre-intervento si hanno i seguenti valori : $M = 36.97$, $SD = 11.94$, $Me = 34$, $Min = 17$, $Max = 67$, $IQR = 16.75$; nel *post*-intervento si hanno, invece, $M = 29.86$, $SD = 11.41$, $Me = 28$, $Min = 15$, $Max = 63$, $IQR = 13.50$. Il box-plot (fig. 3) rende conto visibilmente di quanto sopra affermato; complessivamente, come si può osservare, nel gruppo finale di $N = 64$, si è registrato un'importante diminuzione di questa variabile dopo l'intervento. Il valore della mediana è diminuito e, inoltre, la variabilità dei dati è altrettanto calata, i punteggi si posizionano in modo più coerente nella zona bassa del grafico. In generale, quindi, l'intervento si è rilevato utile in termini di riduzione delle emozioni negative sperimentate dalla totalità dei partecipanti, nonostante la presenza, durante la seconda somministrazione, di outliers (MR28, KK29, RA21).

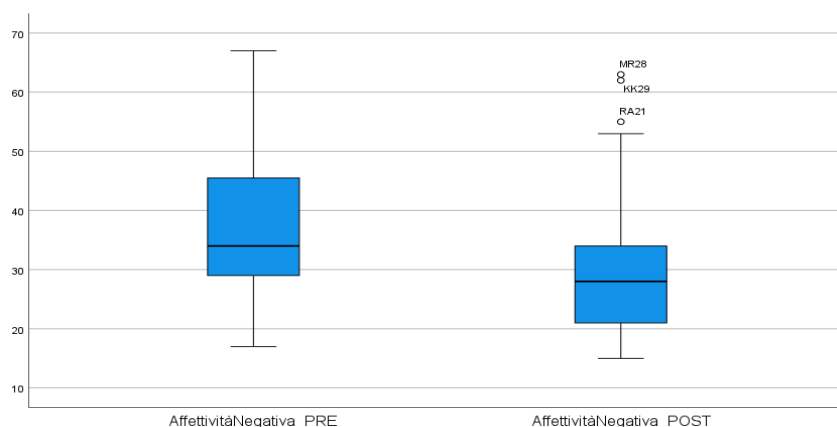


Figura 3 Distribuzione dei punteggi del PANAS-C (Affettività negativa) nel pre e post-intervento

Come per i due strumenti antecedenti, anche l'YLOT non soddisfa l'ipotesi nulla di normalità. Le statistiche descrittive relative all'ottimismo su $N = 63$ sono le seguenti: nel pre-intervento troviamo $M = 18.76$; $SD = 4.14$, $Me = 19$, $Min = 6$, $Max = 24$, $IQR = 5$; nel post-intervento troviamo, invece, i seguenti valori: $M = 18.98$; $SD = 3.78$, $Me = 19$, $Min = 10$, $Max = 24$, $IQR = 5$. Il box-plot (fig.4) mette in evidenza visivamente i cambiamenti; globalmente il livello di ottimismo non sembra arrecare particolari evoluzioni. Il livello della mediana rimane lo stesso dopo l'intervento, mentre gli *outliers*, presenti nella prima somministrazione (LG02, EB14, AF19, FM19, JC21), sono assenti nella seconda. I punteggi, comunque, rimangono, per entrambi i tempi, piuttosto alti.

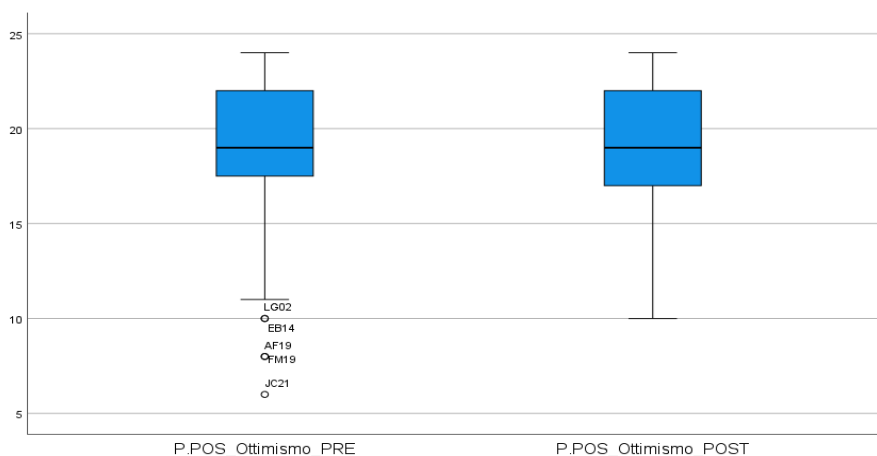


Figura 4 Distribuzione dei punteggi nell'YLOT (Ottimismo) nel pre e post-intervento

Per quanto riguarda le statistiche descrittive relativamente al pessimismo stimate su $N = 63$ nel pre-intervento troviamo: $M = 12.52$, $SD = 3.96$, $Me = 12$, $Min = 6$, $Max = 23$, $IQR = 6$; nel post-intervento, invece, si hanno: $M = 11.41$, $SD = 3.89$, $Me = 11$, $Min = 6$, $Max = 24$, $IQR = 4$. Come per l'affettività negativa, si è registrata una diminuzione globale importante del livello di pessimismo; come si evince, infatti, dalla fig.5, le risposte post-intervento posizionano in modo più coerente e concentrato in un *range* più basso rispetto all'inizio, nonostante ci siano dei casi isolati (MM26, RA21).

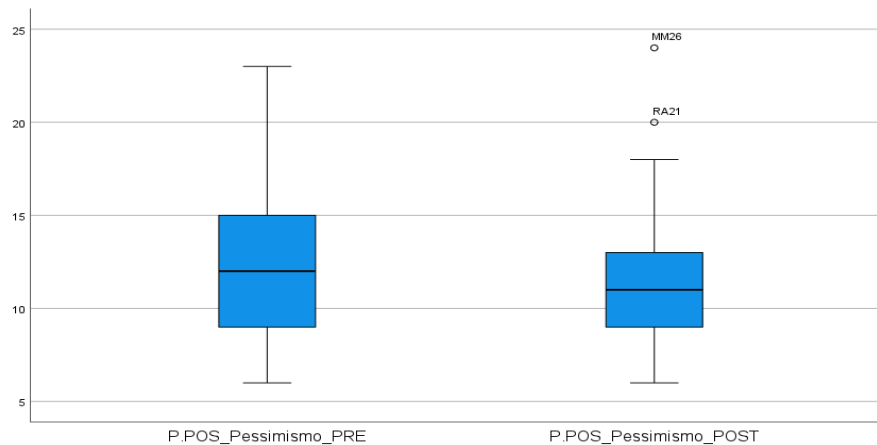


Figura 5 Distribuzione dei punteggi nell'YLOT (Pessimismo) nel pre e post-intervento

Infine, per quanto riguarda i pensieri positivi globali, stimati tramite l'YLOT (Sydney et al., 2005), nel pre-intervento le statistiche descrittive sono risultate le seguenti: $M = 31.28$, $SD = 3.67$, $Me = 31$, $Max = 43$, $Min = 21$, $IQR = 3$; nel post-intervento abbiamo $M = 30.36$, $SD = 4.07$, $Me = 30$, $Max = 39$, $Min = 21$, $IQR = 7$. Come si nota dalla fig.6, dopo l'intervento, il valore della mediana si abbassa e, allo stesso tempo, l'eterogeneità delle risposte aumenta rispetto all'inizio. Inoltre il livello dei pensieri positivi complessivo sembra ridursi nel tempo 2, contrariamente alle aspettative. È pur vero che, a dispetto dell'inizio, dopo l'azione educativa scompaiono gli *outliers*.

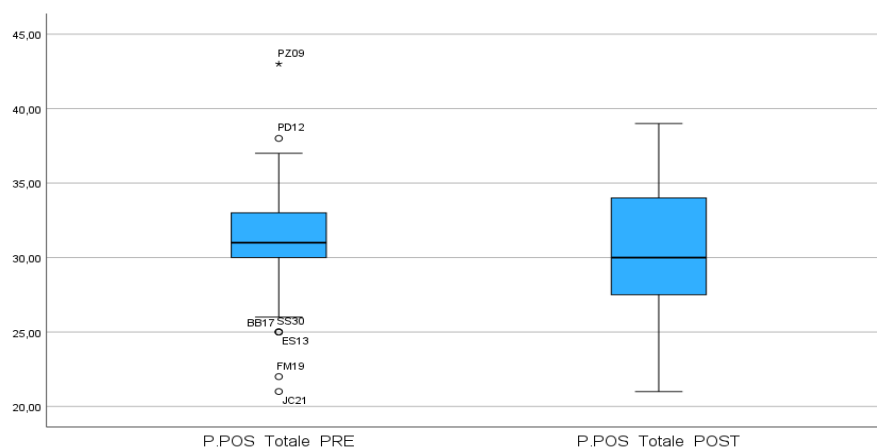


Figura 6 Distribuzione dei punteggi nell'YLOT (Pensieri positivi tot) nel pre e post intervento

A questo punto l'analisi dei dati è proseguita con l'esecuzione dell'ANOVA, 2 (tempo 1 e tempo 2) x 2 (genere: maschio e femmina) per valutare il cambiamento nel tempo per ciascun costrutto esaminato nei due gruppi per poi approfondire gli effetti semplici sia del tempo sia del genere mediante test t.

Per quanto riguarda i risultati dell'ANOVA, riportati nella tabella 11, essi hanno mostrato un'interazione significativa tempo x genere per i seguenti due costrutti: l'affettività positiva ($F = 4.062, p < 0.05$) e l'affettività negativa ($F = 5.446, p < 0.05$).

Variabile	F	Sig.
Aff. positiva	4.062	0.048
Aff. negativa	5.446	0.023

Tabella 11 ANOVA 2x2

Questo significa che l'effetto del tempo (dunque, dell'intervento) sull'affettività positive e su quella negativa risulta influenzato dal genere dei partecipanti.

A questo punto, l'analisi è proseguita con l'approfondimento dell'effetto semplice del tempo in ciascuno dei due gruppi, maschi e femmine.

Come si può notare nella tabella 12, le bambine sono quel gruppo che ha mostrato un effetto significativo temporale su tre costrutti, ovvero nell'affettività positiva ($p < 0.10$),

nell'affettività negativa ($p < 0.000$) e nel pessimismo ($p < 0.05$). L'intervento, dunque, sembra aver avuto maggiore impatto sul genere femminile, in quanto ben tre differenze di medie sono risultate statisticamente significative. I maschi, invece, non hanno riportato alcun cambiamento di rilevanza statistica (tab.13).

Variabile	Femmine				
	Tempo 1		Tempo 2		Eff. Tempo
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sig. (t)</i>
Ob. Fut.	26,892	0,995	25,757	0,934	0,244
Aff. Pos.	59,486	1,677	62,189	1,703	0,066
Aff. Neg.	40,189	1,877	29,270	1,888	0,000
Ottimismo	18,972	0,695	19,806	0,616	0,221
Pessimismo	12,667	0,666	10,972	0,648	0,014
P. Pos. Tot.	31,639	0,614	30,778	0,679	0,226

Tabella 12 Cambiamento nel tempo nelle femmine

Variabile	Maschi				
	Tempo 1		Tempo 2		Eff. Tempo
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sig. (t)</i>
Ob. Fut.	25,148	1,164	25,111	1,093	0,974
Aff. Pos.	59,815	1,963	58,037	1,994	0,297
Aff. Neg.	32,556	2,197	30,667	2,211	0,523
Ottimismo	18,481	0,802	17,889	0,711	0,449
Pessimismo	12,333	0,769	12,000	0,749	0,667
P. Pos. Tot.	30,815	0,709	29,889	0,784	0,259

Tabella 13 Cambiamento nel tempo nei maschi

Per quanto riguarda, invece, l'analisi del secondo effetto semplice, ovvero del genere in ciascuno dei due tempi di somministrazione, l'unico costrutto che sembra essere influenzato da tale variabile è l'affettività negativa. La differenza tra i due generi per questa variabile risulta significativa ($p < 0.01$) solo al tempo 1, mentre, al tempo 2, essa non lo è più. Ciò significa che solo prima dell'intervento essere maschi o essere femmine ha un impatto sostanziale nel livello di percezione delle emozioni negative, ma tale differenza si riduce dopo l'azione educativa.

A questo punto, si è voluto rendere conto anche visivamente degli effetti di interazione e semplici, tramite grafici riportanti le medie marginali relative ai due gruppi (maschi e femmine) nei due tempi di somministrazione (tempo 1 e tempo 2).

Prendendo primariamente in considerazione i costrutti per i quali c'è stato un effetto di interazione e semplice significativi, come si osserva anche dalla figura 7, le femmine aumentano, al tempo 2, i livelli di emozioni positive, e, come visto, tale cambiamento non è casuale, ma esito dell'intervento. I maschi, al contrario, sembrano subire un effetto negativo del tempo, con lieve abbassamento nei punteggi medi di affettività positiva, anche se non si può escludere che tale differenza non sia dovuta al caso.

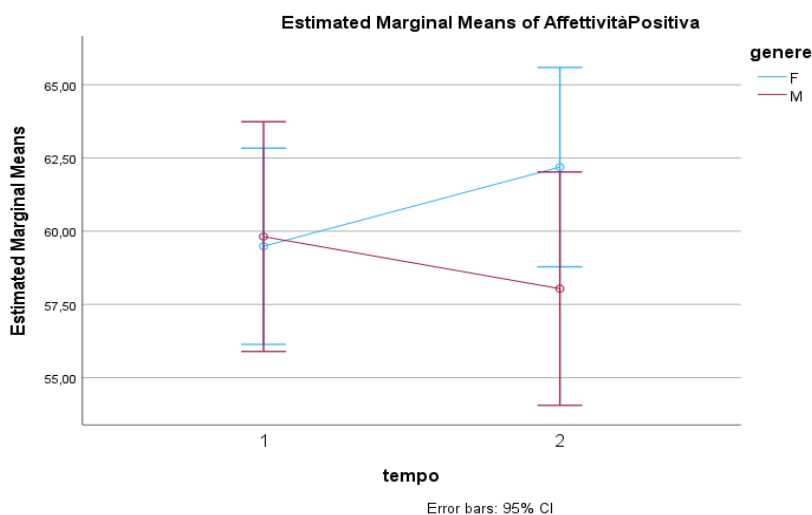


Figura 7 Medie marginali tempo x genere PANAS-C (Affettività Positiva)

Per quanto riguarda gli affetti negativi, ancora le bambine sembrano beneficiare maggiormente dell'intervento, registrando una diminuzione nel tempo altamente significativa dei livelli di tale costrutto. Inoltre, se inizialmente esse riportano una differenza significativa nei livelli di affettività negativa rispetto ai maschi, successivamente, tale differenza non è più sostanziale.

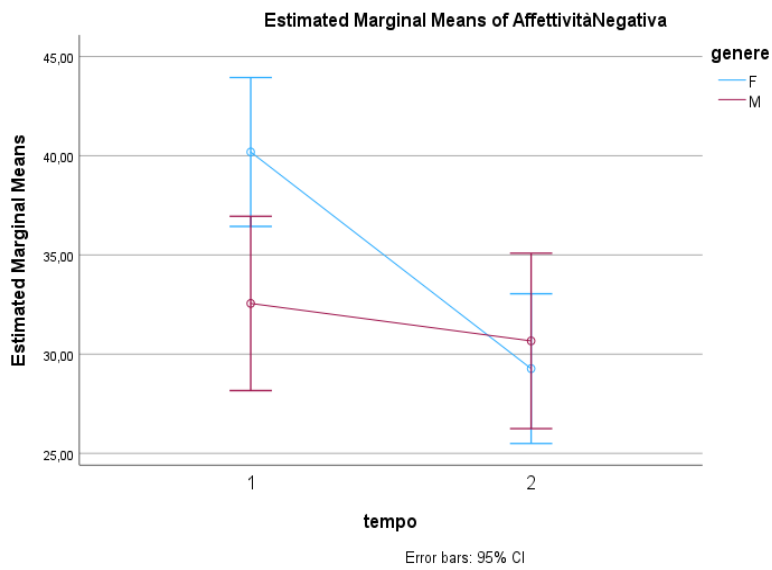


Figura 8 Medie marginali tempo x genere PANAS-C (Affettività Negativa)

Proseguendo l'analisi, un altro costrutto che ha riportato un effetto significativo del tempo è il pessimismo che subisce un cambiamento statisticamente rilevante nelle bambine. I livelli di tale costrutto, infatti, registrano un calo in entrambi i gruppi, ma solo nelle femmine tale cambiamento risulta sostanziale (fig.9) e non casuale.

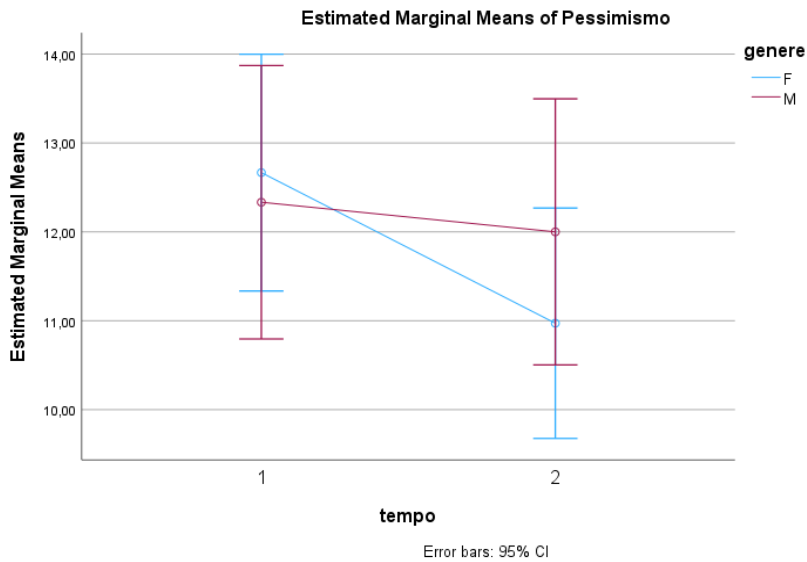


Figura 9 Medie marginali tempo x genere YLOT (Pessimismo)

Per quanto riguarda i costrutti relativi agli obiettivi futuri, ottimismo e pensieri positivi globali, essi non hanno riportato, contrariamente alle aspettative, particolari cambiamenti ed effetti né di interazione né semplici di tempo o genere.

Nello specifico, per quanto riguarda gli obiettivi futuri (fig.10), maschi e femmine non riportano differenze medie significative e, inoltre, l'intervento sembra incidere negativamente soprattutto nelle bambine, anche se non è possibile escludere un'origine casuale di tale cambiamento.

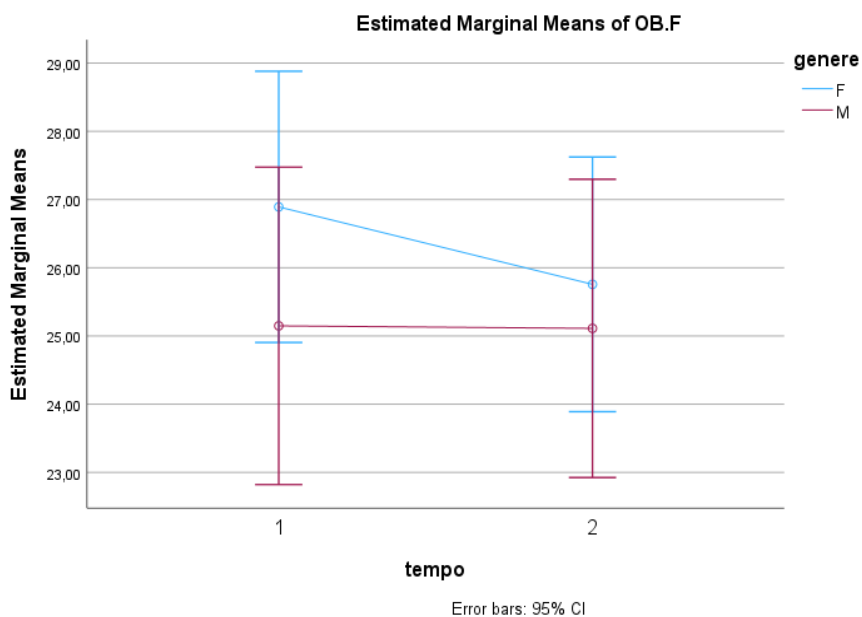


Figura 10 Medie marginali tempo x genere CHS

Per quanto riguarda l'ottimismo, il tempo e, dunque, l'azione educativa, sembra incidere, seppur non in misura statisticamente rilevante, in modo positivo nelle femmine, con un aumento dei punteggi medi, mentre, al contrario, negativamente sui maschi che, in modo inaspettato, riportano un lieve calo (fig.11)

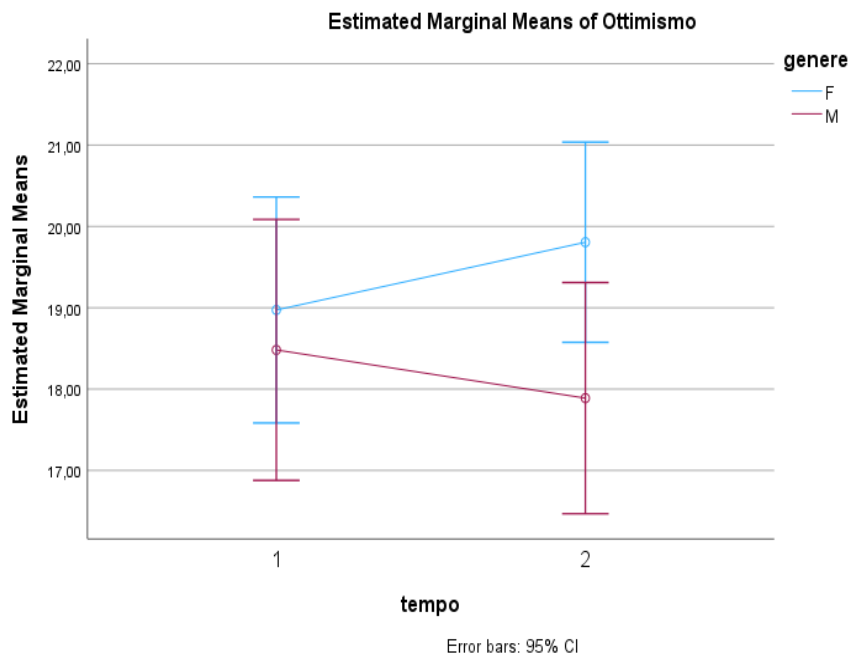


Figura 11 Medie marginali tempo x genere YLOT (Ottimismo)

Infine, in entrambi i generi, non ci sono esiti attesi per quel che riguarda l'aumento, nel tempo, dei pensieri positivi globali (fig.12), è pur vero che né le differenze tra i generi né quelle tra i due tempi possono essere soggette ad inferenza statistica.

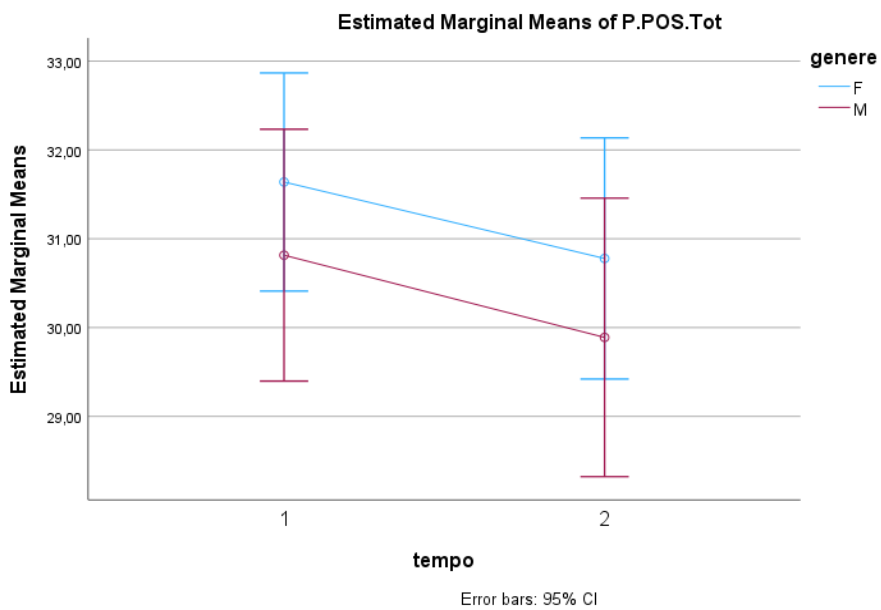


Figura 12 Medie marginali tempo x genere YLOT (P. POS. Tot)

3.4.2 Le risposte dei genitori *ex-ante* ed *ex-post*

Come precedentemente sottolineato, c'è stata una disparità piuttosto importante tra il numero di partecipanti nella prima e quelli nella seconda somministrazione del DESSA-mini. Nel pre-intervento abbiamo, infatti, 44 genitori e nel post, invece, 85, per un totale di 129.

Come per i bambini, anche per i genitori, come primo passaggio, si è stimato il grado di affidabilità dello strumento impiegato, ricorrendo al coefficiente *alpha* di Cronbach. Al tempo 1, abbiamo un *alpha* di Cronbach pari a 0.859 per gli 8 *item*; al tempo 2 questo indice rimane alto e assume valore 0.804 per ciascun *item*. Ciò significa che è possibile fare affidamento sui risultati ottenuti dal DESSA-mini, in entrambi i tempi di somministrazione (tab.14).

tempo	Alpha di Cronbach	N. di elementi
1	0,859	8
2	0,804	8

Tabella 14 Statistiche di affidabilità Dessa-mini

A questo punto si sono stimate le statistiche descrittive per ciascuno dei due tempi. Nello specifico, al tempo 1, si sono ottenuti i seguenti valori ($N = 44$): $M = 23.32$; $SD = 5.25$; $Me = 24$, $Min = 9$, $Max = 32$. Al tempo 2, si sono ottenute le seguenti statistiche descrittive ($N = 85$): $M = 23.76$, $SD = 3.97$, $Me = 24$, $Min = 12$, $Max = 31$.

È stato utilizzato il box-plot (fig.18) per meglio render conto, tramite supporto grafico, dei cambiamenti complessivi, nei termini di distribuzione dei punteggi. Globalmente, dopo l'intervento, la valutazione da parte dei genitori circa il livello di competenze socio-emotive possedute dai bambini, risulta attestarsi sempre in una zona piuttosto alta e, allo stesso tempo, risulta più coesa, più compatta rispetto all'inizio, in cui, come si nota dalla stessa altezza del box-plot, c'è una maggiore eterogeneità nelle risposte fornite, dunque nel livello di capacità valutato. È pur vero, come evidenziato all'inizio, che non è possibile trarre delle conclusioni certe circa l'effetto dell'intervento, data la disparità numerica tra i due campioni e, dunque, l'impossibilità di effettuare un confronto.

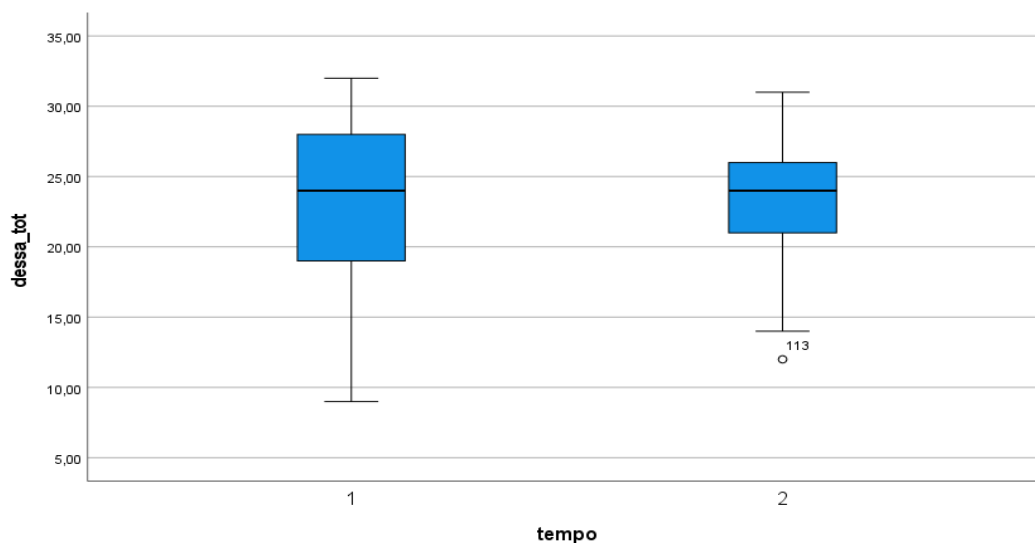


Figura 13 Distribuzione dei punteggi nel DESSA-mini pre e post intervento

Lo *scoring* del DESSA-mini è il risultato di due passaggi: si sommano i punteggi grezzi ottenuti in ciascun *item* e si convertono in punteggi *T*. A questo punto, i punteggi totali danno luogo a tre determinati gruppi: *need*, *typical* e *strength*. Nello specifico, al tempo 1 (*pre-intervento*) con $N = 44$, si sono ottenuti i seguenti numero di profili con relative percentuali stimate: *NEED* = 3 (6.8%), *TYPICAL* = 29 (65.9%), *STRENGTH* = 12 (27.3%). Al tempo 2, con $N = 85$, abbiamo *NEED* = 3 (3.5%), *TYPICAL* = 67 (78.8%), *STRENGTH* = 15 (17.6%). Nella tabella di contingenza (tab.15) sono riportate le frequenze (in percentuale) relative ai profili stimati, suddivise per tempo di rilevazione. Globalmente, a seguito dell'intervento, in misura proporzionale alla numerosità campionaria, sono diminuiti il numero dei profili deboli per quanto riguarda le competenze socio-emotive connesse alla resilienza, mentre sono aumentati i profili tipici e leggermente diminuiti i quelli forti. Dunque, l'intervento di *DeEd* sembra aver inciso positivamente sulle competenze socio-emotive dei bambini in base a quanto osservato dai genitori (tab.15); tuttavia, non avendo effettuato un incrocio dei dati, non è possibile dotare di tale supposizione di un sostegno statistico.

			Tempo		Totale
			1	2	
dessa_val	NEED	Conteggio	3	3	6
		% in tempo	6,8%	3,5%	4,7%
	TYPICAL	Conteggio	29	67	96
		% in tempo	65,9%	78,8%	74,4%
	STRENGTH	Conteggio	12	15	27
		% in tempo	27,3%	17,6%	20,9%
Totale		Conteggio	44	85	129
		% in tempo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 15 Profili x tempo

I due grafici (fig.19-20) rendono conto visivamente del cambiamento, in termini frequenza (in percentuale), del tipo di profili stimati prima e dopo l'intervento.

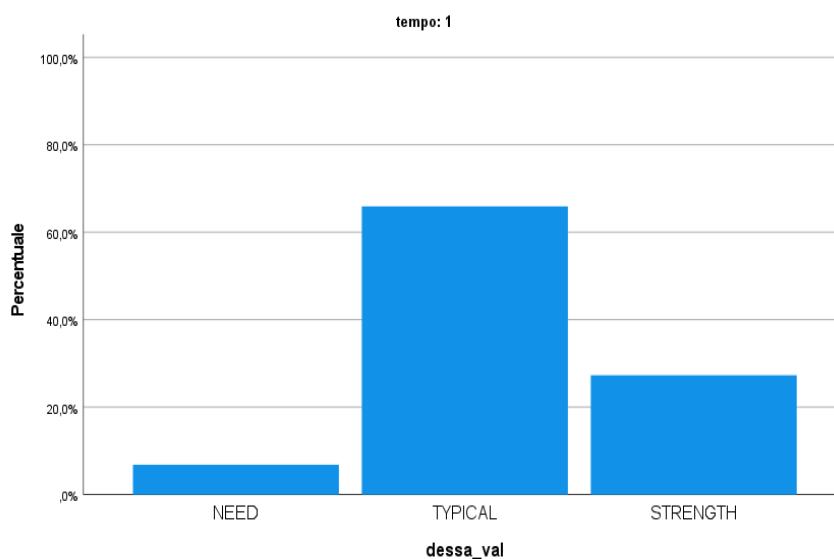


Figura 14 Grafico profili pre-intervento

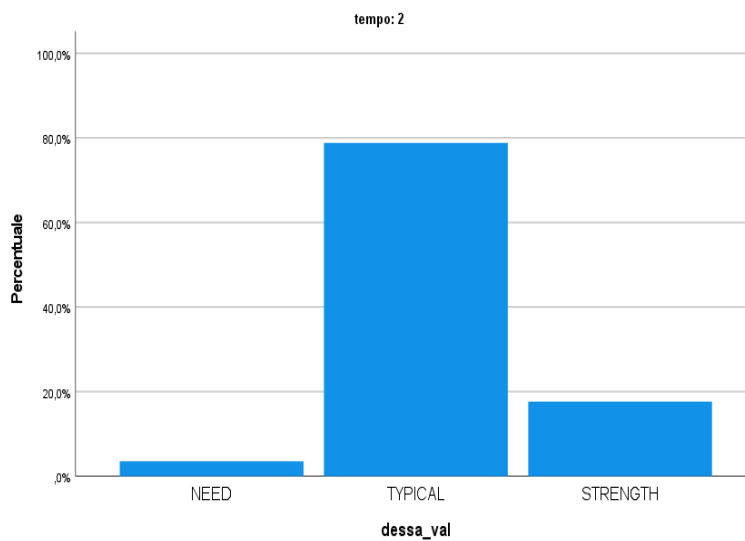


Figura 15 Grafico profili pre-intervento

Per stabilire se esistesse una relazione tra il livello di competenze socio-emotive valutate (dunque, il tipo di profilo rilevato) e l'intervento effettuato (stimato attraverso il tempo di somministrazione) è stato utilizzato il test statistico del chi-quadrato, sotto l'ipotesi di indipendenza. Il $\chi^2 = 0.272$ (2, $N = 129$) non è risultato significativo ($p = 0.27$), dunque, vi sarebbe indipendenza tra le due variabili considerate (tab.16). È pur vero che non bisogna sottovalutare la differenza del numero dei partecipanti tra la prima somministrazione ($N = 44$) e la seconda ($N = 85$), oltre all'assenza di un codice *ID*, tale per cui non è stato possibile asserire con certezza l'assenza di efficacia dell'intervento nello sviluppo delle competenze socio-emotive connesse alla resilienza.

Statistiche di affidabilità	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di <i>Pearson</i>	2,607	2	0,272
N di casi validi	129		

Tabella 16 Statistiche di affidabilità genitori

3.5 Discussione

In questa sezione verranno analizzati i risultati ottenuti dal progetto EDI4APP, il *core* del presente elaborato, attraverso un confronto rigoroso con gli esiti riscontrati dalla letteratura.

EDI4APP è un progetto di *DeEd* di carattere preventivo e formativo nel quale, al fine di verificare l'efficacia dell'intervento, sono state indagate, attraverso strumenti di auto ed eterovalutazione, le seguenti variabili con relativi cambiamenti nel tempo: le competenze socio-emotive legate alla resilienza, gli obiettivi futuri, l'affettività positiva e negativa e il livello di ottimismo e pessimismo.

Per quanto riguarda la prima variabile, stimata tramite il DESSA-mini (Naglieri et al., 2011), essa ha visto un aumento nei termini di un numero maggiore, in misura proporzionale al numero dei partecipanti, di profili *typical*, combinatamente ad una diminuzione di quelli *need*, ovvero di quelli carenti per quanto riguarda la resilienza. A proposito di quest'ultima, Testoni (2015) afferma che l'educazione alla morte a scuola può "insegnare a gestire difficoltà emozionali relative alla perdita in genere, permettendo sia ai bambini che adolescenti di attivare strategie di *coping* e resilienza dinnanzi alle difficoltà che inevitabilmente la vita impone" (p. 13). Lo sviluppo della resilienza si è rilevato utile sia per affrontare sfide accademiche, come possono essere gli insuccessi scolastici (Edwards & Ashkanasy, 2018), sia per reagire e superare, in modo costruttivo, sfide della vita, come la perdita di un familiare (Bonanno et al., 2010). Proprio in nome dell'importanza che suddetta variabile assume rispetto al benessere psicologico di bambini e giovani (Moreira et al., 2021), non solo EDI4APP, ma anche altri percorsi di *DeEd* ideati da Testoni e colleghi (2018b, 2019b) hanno previsto attività, come quelle legate alle arti-terapie, che si sono dimostrate essere estremamente efficaci nel rafforzare la resilienza e tale miglioramento è stato registrato grazie all'inclusione sistematica di strumenti costruiti per la rilevazione di questa variabile. Ad esempio, Testoni e colleghi (2019b) hanno dimostrato come la partecipazione a percorsi di *DeEd* primaria da parte di giovani studenti potesse condurre a numerosi benefici; la (ri)concettualizzazione della morte come passaggio, la discussione e la riflessione partecipate su tale tema si sono mostrati essere motori cruciali di evoluzione individuale e collettiva. Gli studenti che avevano partecipato ad un percorso di *DeEd*, al contrario di coloro che non avevano preso parte, registravano da un lato, una riduzione della *death anxiety* e, dall'altro, livelli più elevati di felicità e un rafforzamento significativo del pensiero resiliente riportato dalla *Connor-Davidson Resilience Scale* (2003). Ciò suggerisce che l'aumento dei livelli di resilienza può essere considerato a tutti gli effetti un indice positivo di validità di un percorso di *DeEd*. In questo senso, pertanto, al miglioramento avvenuto in EDI4APP nelle

competenze socio-emotive connesse alla resilienza sottenderebbe l'efficacia del progetto svolto.

Per quanto riguarda gli obiettivi futuri stimati tramite la *CHS* (Snyder et al., 1997), EDI4APP, contrariamente alle aspettative, ha riportato una, seppur lieve, deflessione di questa variabile che è leggermente scesa dopo l'intervento; questo risultato non è, però, in linea con altri esiti provenienti dalla letteratura. Testoni e colleghi, infatti, in diversi percorsi di *DeEd* (2018b, 2019a, 2019b, 2019c, 2023), hanno dimostrato come avvicinare attivamente bambini, adolescenti e giovani ad una concezione della morte intesa come un processo parte della vita e non come un evento di negazione della stessa sia utile al fine di promuovere una visione più positiva dell'esistenza e una maggiore vitalità del soggetto. Quest'ultimo, (ri)significando il fine-vita, infatti, (ri)significa anche la vita e se stesso, rafforzando il senso di *agency*, di *self-efficacy* e di *self-esteem*; il soggetto educato alla morte si percepisce maggiormente in grado di affrontare le sfide quotidiane e raggiungere gli obiettivi.

Per quanto riguarda l'affettività, rilevata attraverso il PANAS-C (Laurent et al., 1999), in linea con le aspettative, si è stimato complessivamente un miglioramento sia nei termini dell'affettività positiva, che ha riportato un aumento importante, soprattutto nelle bambine che, in modo complementare, hanno presentato anche una diminuzione altamente significativa negli affetti negativi. Per quanto riguarda quest'ultimo costrutto, EDI4APP ha messo in luce un aspetto già corroborato dalla letteratura, ovvero una differenza di genere nei livelli di questa variabile: le femmine, infatti, al tempo 1 del presente studio, hanno riportato livelli più elevati, in termini di frequenza e intensità, di emozioni negative rispetto ai coetanei maschi. Questa maggiore inclinazione del genere femminile nei confronti dell'affettività negativa è stata confermata da diverse evidenze empiriche; ad esempio, Spalek e colleghi (2015), tramite l'ausilio della fMRI, hanno confrontato il livello, l'intensità e la durata di attivazione cerebrale in soggetti maschi e femmine di fronte ad una sequenza di stimoli visivi emotivamente carichi (in senso positivo o negativo) oppure neutri. Ciò che è stato osservato è una differenza di genere piuttosto significativa: le donne sono risultate essere più recettive e reattive non solo alla prima categoria di stimoli, ma anche, e soprattutto, ad immagini legate ad emozioni negative. L'attivazione cerebrale per le partecipanti femmine si è rilevata più alta, più frequente e più duratura a quella degli uomini. Non solo, ma, come suggerisce e dimostra

Matud (2004), le differenze di genere non si riscontrerebbero solamente nella più frequente e intensa reattività agli stimoli emotivi negativi, ma anche nell'esperienza emotiva stessa; le donne, infatti, riferirebbero di provare più spesso emozioni negative di paura, tristezza, ansia. Inoltre, sempre lo stesso studio ha evidenziato come le donne, di fronte ad un evento particolarmente stressante ed emotivamente carico, tenderebbero, invece che adottare una rivalutazione positiva, a cadere nella ruminazione; questa è altamente corrosiva per il benessere, soprattutto perché correlata ad alti punteggi di depressione e visione pessimistica della realtà. A proposito di quest'ultima variabile, stimata in EDI4APP tramite l'YLOT (Sydney et al., 2005), si è notato come, nonostante l'effetto del genere non sia risultato significativo, le bambine, come per l'affettività negativa, partivano da livelli più alti di pessimismo; questa variabile, dopo l'intervento, ha subito un'importante discesa, soprattutto per le femmine, che hanno avuto un cambiamento rilevante, beneficiando maggiormente dell'azione di *DeEd*. Ridurre il livello di pessimismo è fondamentale per un miglioramento del benessere psicologico del soggetto, in particolare per le donne; infatti, Zenger e colleghi (2010) mostrano come alti livelli di questa variabile possa nuocere maggiormente alle femmine e alla loro qualità di vita, in quanto, se è presente una visione negativa della vita, essa, in questo genere, risulta essere più fortemente e frequentemente accompagnata da stati elevati di basso benessere psicologico, di ansia e depressione. L'ottimismo, d'altra parte, sembra fungere da fattore protettivo globale per il benessere dell'individuo; in particolare, nelle donne, livelli buoni di questa variabile sono correlati negativamente all'insorgenza, di fronte ad eventi di stress cronici e acuti, di derive patologiche (Grote et al., 2007). È pur vero che, comunque, in EDI4APP non si sono registrati flessioni particolarmente rilevanti dell'ottimismo e, più in generale, dei pensieri positivi. Quest'ultimo dato non appare, però, in linea con la letteratura proveniente dai diversi esiti degli interventi di *DeEd* promossi da Testoni e colleghi (2019b, 2019c, 2020, 2021b) che, invece, hanno mostrato la presenza di una correlazione positiva e significativa tra una riconcettualizzazione della morte (da evento di annichilimento a passaggio verso un "oltre") e una visione più positiva della vita, di se stessi come soggetti dotati di valore e di risorse. Come, dunque, afferma Testoni (2015), "la consapevolezza di che cosa significhi morire permette (...) di stabilire un punto zero da cui partire per definire della tassonomie di gravità delle esperienze e di reazione ad esse" (p. 63).

3.6 Limiti e prospettive future

Complessivamente i risultati ottenuti da EDI4APP, per quanto riguarda le variabili rilevate tramite approccio quantitativo, sono stati incoraggianti, ma con la presenza di alcuni limiti e, dunque, margini di miglioramento futuri. EDI4APP, infatti, si è confrontato fin da subito con diversi ostacoli, tra cui l'impiego di un campionamento non probabilistico di convenienza per la selezione di entrambi i campioni; esso rappresenta un metodo che di per sé presenta già un *bias* strutturale che può, pertanto, condurre ad una distorsione sistematica dei risultati finali. Inoltre, a causa di questa modalità di selezione non randomizzata, il gruppo finale dei bambini ha presentato uno squilibrio sia di classi che hanno aderito, con la maggioranza netta delle classi quarte, sia e, conseguentemente, per quanto riguarda l'età. Studi futuri potrebbero, dunque, oltre ad utilizzare un campione randomizzato, ampliare la dimensione di quest'ultimo, valutando gli effetti della *DeEd* su bambini selezionati casualmente ed equamente distribuiti per classe e, dunque, per età.

Un ulteriore limite riguarda la dimensione limitata del gruppo finale di bambini; molti tra questi ultimi sono stati presenti solo alla seconda somministrazione e alcuni non hanno completato la compilazione degli strumenti.

Anche per quanto riguarda il gruppo costituito dai genitori sono stati riscontrati dei limiti, alcuni dei quali riconducibili sempre al metodo di campionamento non randomizzato. C'è stata, inoltre, come per i bambini, un'importante disparità tra il numero dei partecipanti nella prima e nella seconda somministrazione. Infine, si è presentata un'ulteriore problematica data dall'impossibilità di incrociare i dati ottenuti nei due tempi a causa dell'assenza di un codice ID. Questo aspetto limitante è dovuto sia ad una questione di *privacy* sia al riscontro, da parte delle ricercatrici, di un atteggiamento generale di diffidenza dei genitori circa l'utilità del progetto proposto (a confermare ciò, è la partecipazione nettamente superiore da parte dei genitori dopo l'avvenuta azione educativa). Infine, non sono stati raccolti nessun tipo di dato anagrafico relativamente ai genitori, che avrebbe fornito un elemento aggiuntivo nell'interpretazione del campione e offerto spunti interpretativi aggiuntivi.

Per quanto riguarda, invece, l'efficacia dell'intervento nei bambini, l'assenza di cambiamenti significativi da un punto di vista statistico di alcune variabili (come l'ottimismo, l'affettività positiva o gli obiettivi futuri), potrebbe essere legata ad un

ulteriore limite di questo progetto, ovvero al numero di incontri troppo esiguo per determinare e rilevare effetti visibili nei bimbi; EDI4APP, infatti, ha avuto una durata complessiva di sole 8 ore che, nonostante abbiano avuto una cadenza settimanale, sono state, comunque, troppo poche per essere efficaci e incisive. In questo senso, in futuro, EDI4APP o progetti simili dovrebbero prevedere più incontri aumentando, così, la probabilità di determinare o, comunque, contribuire ad un cambiamento più ampio e resistente, che potrà poi essere testato previa una valutazione *follow-up* a distanza di un anno dall'inizio. Utile sarebbe anche creare e comparare un gruppo sperimentale (a cui effettuare l'azione di *DeEd*) e un gruppo di controllo, in questo modo si avrebbe modo di cogliere statisticamente non solo correlazioni tra intervento e cambiamento, ma nessi di ordine causale.

Inoltre, ulteriore miglioria apportabile con lo scopo di ottenere una visione più completa circa efficacia dell'intervento, potrebbe essere quella di assegnare anche ai genitori un codice ID, riducendo primariamente l'atteggiamento di chiusura e reticenza attraverso una serie di incontri orientativi e conoscitivi preliminari, dunque che non siano solo in itinere o a conclusione. In questi incontri si chiederà la partecipazione anche degli insegnanti, in qualità di mediatori tra adulti e bambini e al fine di creare un'alleanza di energie e risorse tra i soggetti che ricoprono un ruolo educativo fondamentale.

Al di là di questi limiti, EDI4APP rimane uno tra gli ancora isolati, ma validi esempi di *DeEd* attuato a scuola e rivolto ai bambini, che sembrano, complessivamente, aver beneficiato da questo progetto. La scuola, fin dalle elementari, quindi, dovrebbe iniziare a prefiggersi come scopo quello di utilizzare l'insegnamento come occasione per tutelare i bambini "nella realtà" e non "dalla realtà", comprendendo quanto la creazione di condizioni favorevoli per il loro futuro e per la loro vita nella comunità passi anche attraverso l'incontro con il limite in generale e, in particolare, con il concetto di sepoltura e morte. Ad oggi, non esistono ancora programmi didattici codificati a cui fare riferimento per fare didattica della *Death Education* nella scuola dell'infanzia e primaria, tuttalpiù sono presenti dei casi isolati di *best practice* (come EDI4APP) realizzate da insegnanti e ricercatori volenterosi di esplorare più nel profondo gli strumenti e le risorse a cui è possibile attingere per avviare i bambini al grande tema della vita, ossia la morte, senza però avere una sistematica metodologia didattica di riferimento a cui affidarsi. Il motivo di questa lacuna è da ricercarsi, in prima istanza, nel nostro sistema culturale ed educativo,

ancora mal disposto a “situare la morte nell’educazione” (Kortes-Miller, 2014) e, in seconda istanza, è attribuibile alla conseguente resistenza, più o meno esplicita, che viene fatta da genitori e insegnanti quando si tratta di implementare nei singoli programmi scolastici progetti di prevenzione primaria ambiziosi e “fuori dal coro”, seppur validi, sul tema della morte. EDI4APP vuole, dunque, essere non un punto di arrivo, ma un punto di partenza per rendere la *DeEd* parte integrante della *Life-Education*.

*Un grazie sentito a mia madre, che mi è stata
sempre vicina, tanto nei momenti di gioia, quanto,
soprattutto, in quelli più difficili e dolorosi;
un grazie speciale anche a mia sorella, Chiara,
capace di spronarmi quando, di fronte ad alcuni
ostacoli, ho perso di vista il mio valore;
un grazie sincero al mio migliore amico Luca, che
ha creduto in me in ogni momento, anche quando io,
per prima, ho ceduto lo spazio allo sconforto;
un grazie silenzioso, ma sincero a mio padre con il
quale ho (ri)scoperto un legame indissolubile;
un grazie consapevole alla Prof.ssa Testoni e alla
Dott.ssa Palazzo che, attraverso il fine-vita, mi hanno
dato la forza per affrontare la depressione (una forma
di morte personale) e farla diventare non un punto di
arrivo, ma un punto di partenza per (ri)cominciare a
vivere.*

BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Khalek, A. M., & Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29(2), 157-169. <https://doi.org/10.1080/07481180590906174>
- Abutaleb, Y., Dawsey, J., Nakashima, E., & Miller, G. (2020). The U.S. was set by denial and dysfunction as the coronavirus raged. *The Washington Post* <https://www.washingtonpost.com/national-security/2020/04/04/coronavirus-government-dysfunction/> (cit. in Dimoff et al., 2021)
- Ahmad, M., & Vismara, L. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7112. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>
- Alexander, J. J. (2018). *Il nuovo metodo danese per educare i bambini alla felicità a scuola e in famiglia*, trad. it., Roma: Newton Compton.
- Alimoradi, Z., Broström, A., Tsang, H. W. H., Griffiths, M. D., Haghayegh, S., Ohayon, M. M., Lin, C.-Y., & Pakpour, A. H. (2021). Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 36, 100916. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100916>
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., ... Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>
- Anthony, S. (1971). *The Discovery of Death in Childhood and After*. Londra: Allen Lane, (cit. in Delisle, Woods McNamee, 1981)
- Arndt, J., & Goldenberg, J. L. (2017). Where Health and Death Intersect. *Current Directions in Psychological Science*, 26(2), 126-131. <https://doi.org/10.1177/0963721416689563>

- Arndt, J., Schimel, J., & Goldenberg, J. L. (2003). Death Can Be Good for Your Health: Fitness Intentions as a Proximal and Distal Defense Against Mortality Salience. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1726–1746. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01972.x>
- Arndt, J., & Vess, M. (2008). Tales from existential oceans: Terror management theory and how the awareness of our mortality affects us all. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(2), 909–928. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00079.x>
- Ashikkali, L., Carroll, W., & Johnson, C. (2020). The indirect impact of COVID-19 on child health. *Paediatrics and Child Health*, 30(12), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.09.004>
- Bauman, Z. (2021). *Homo consumens. Lo sciame inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi* (P. Boccagni, M. de Carneri & R. Mazzeo, Trad.). Erickson.
- Baroff, G. S. (1986). Mental retardation: Nature, causes, and management. *New York: Hemisphere* (cit. in Markell, Hoover, 2010).
- Barrere, C. C., Durkin, A., & LaCoursiere, S. (2008). The Influence of End-of-Life Education on Attitudes of Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1–18. <https://doi.org/10.2202/1548-923x.1494> (cit. in Testoni, 2020)
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press
- Benini E, & Malambra, G. (2008) *Le fiabe per affrontare i distacchi della vita*, Franco Angeli, Milano
- Bobbo, N. (2004). *Educazione al limite. Di fronte al dolore e alla morte dei bambini*. Lecce: Pensa Multimedia, (cit. in Testoni et al. 2005; Fornasari 2019).
- Bobbo, N. (2012). *Il futuro rapito. La diagnosi di malattia mortale nell'infanzia: tra palliazione e resilienza familiare*. In I. Testoni (a cura di), *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*. Padova: Piccin Nuova Libreria, pp. 91-106.
- Bonanno, G., Westphal, M., Mancini, A. (2010). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, pp. 511-535
- Bowlby, J. [ed. or. 1973] (1978). *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, trad. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Brent, S.B., Speece, M.W., Lin, C., Dong, Q., & Yang, C. (1996). The development of the concept of death among Chinese and US children 3–17 years of age: From binary to “fuzzy” concepts? *Omega Journal of Death and Dying*, 33, 67–83.

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.101.4.568>
- Burns, D., Dagnall, N., & Holt, M. (2020). Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic on Student Wellbeing at Universities in the United Kingdom: A Conceptual Analysis. *Frontiers in Education*, 5. <https://doi.org/10.3389/educ.2020.582882>
- Calabrese, S. (1997). *Fiaba*. Scandicci: La Nuova Italia
- Campione, F. (2012). *La domanda che vola. Educare i bambini alla morte e al lutto*. Bologna: EDB.
- Carpiniello, B. (2012). *Differenze di genere e salute mentale*. EDITOGRAFICA – EdLearningMedimond. http://www.edlearning.it/proceedings/moreinfo/20111020_index.pdf
- Cena, L., Trainini, A., Tralli, N., Nodari, L., Iacona, E., & Testoni, I. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Perinatal Loss Experienced by the Parental Couple: Protocol for a Multicenter Mixed Methods Study in Italy (Preprint). *JMIR Research Protocols*. <https://doi.org/10.2196/38866>
- Cheema-Fox, A., LaPerla, B. R., Serafeim, G., & Wang, H. (2020). Corporate Resilience and Response During COVID-19. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3578167>
- Christ, G. H. (2000). *Healing Children's Grief: Surviving a Parent's Death from Cancer*. Oxford University Press, USA.
- Ciccotti, E., & Sabbadini, L. L. (2022). *Come cambia la vita dei bambini*. https://www.minori.gov.it/sites/default/files/Quaderni_Centro_Nazionale_42.pdf
- Cook E. (1966), *Miti e fiabe per i bambini d'oggi*, Firenze, La Nuova Italia

- Coronavirus: disturbi psicologici per il 65% degli italiani. (2020, 12 ottobre). *il Sole 24ORE*. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2020-10-12/coronavirus-disturbi-psicologici-il-65percento-italiani-104908.php?uuid=ADhpLIy>
- Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *65*(10), 688–691. <https://doi.org/10.1177/0706743720935646>
- Cuomo, M. T., Tortora, D., Foroudi, P., Giordano, A., Festa, G., & Metallo, G. (2021). Digital transformation and tourist experience co-design: Big social data for planning cultural tourism. *Technological Forecasting and Social Change*, *162*, 120345. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120345>
- Curşeu, P. L., Coman, A. D., Panchenko, A., Fodor, O. C., & Raţiu, L. (2021). Death anxiety, death reflection and interpersonal communication as predictors of social distance towards people infected with COVID 19. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01171-8>
- Darling, N. (2007). Ecological Systems Theory: The Person in the Center of the Circles. *Research in Human Development*, *4*(3-4), 203–217. <https://doi.org/10.1080/15427600701663023>
- De Caroli, E. (2012), *Ancora le fiabe*, Enna edizione
- Delisle, R. S., & McNamee, A. S. (1981). Children's perceptions of death: A look at the appropriateness of selected picture books. *Death Education*, *5*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/07481188108252072>
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S. S., & Abubakar, I. (2020). Racism and discrimination in COVID-19 responses. *The Lancet*, *395*(10231), 1194. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30792-3)
- Dimoff J. D., Dao A. N., Mitchell J., Olson A. (2021). Live free and die: Expanding the terror management health model for pandemics to account for psychological reactance. *Social and Personality Psychology Compass*, *15*(3), e12585. [10.1111/spc3.12585](https://doi.org/10.1111/spc3.12585)
- Earley, P. C., & Gibson, C. B. (1998). Taking Stock in Our Progress on Individualism-Collectivism: 100 Years of Solidarity and Community. *Journal of Management*, *24*(3), 265–304. <https://doi.org/10.1177/014920639802400302>
- Edgar, L. V., Howard-Hamilton, M. (1994). Non crisis Death Education in the Elementary School. *Elementary School Guidance & Counseling*, *29* (1), pp. 38-46.

- Edwards, M. S., & Ashkanasy, N. M. (2018). Emotions and failure in academic life: Normalising the experience and building resilience. *Journal of Management & Organization*, 24(2), 167–188. <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.20>
- Ens, C., & Bond, J. B. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29(2), 171–178. <https://doi.org/10.1080/07481180590906192>
- Erbetta, A. (2000). *La cosa che muore*. Torino: Thélème
- Epstein, E. G., Haizlip, J., Liaschenko, J., Zhao, D., Bennett, R., & Marshall, M. F. (2020). Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. *AACN Advanced Critical Care*, 31(2), 146–157. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020285>
- Feifel, H. (a cura di) (1959). *The Meaning of Death*. New York: McGraw-Hill
- Felfe, C., & Lalive, R. (2018). Does early child care affect children's development? *Journal of Public Economics*, 159, 33–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.01.014>
- Ferrucci, R., Demartini, B., Reitano, M. R., Ruggieri, F., Nisticò, V., & Priori, A. (2022). *Durante un'epidemia. Aspetti psicologici e psicopatologici legati alla pandemia di Covid-19* (3ª ed.). Erickson. (Opera originale pubblicata nel 2021)
- Fonseca, L. M., Testoni, I. (2011). The emergence of thanatology and current practice in *Death Education*. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 64 (2), pp. 157-169
- Fornasari, A. (2019, 9 gennaio). *Educare alla finitudine: riflessioni pedagogiche e percorsi di death education | MeTis - Mondi educativi. Temi indagini suggestioni*. MeTis - Mondi educativi. Temi indagini suggestioni. <https://www.metisjournal.it/index.php/metis/article/view/282>
- Fornasier, P. (s.d.). Una sfida pedagogicamente irrinunciabile per la scuola: educare alla finitezza della vita fin dalla primissima infanzia ed essere di supporto ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie nel tempo del lutto. *ADVAR*. webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DdQwNA2dWdkJ:www.gruppoeventi.it/Prendersi_cura_della_vita.doc+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it. (sito)
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson III, C. A. (2010). How the Timing and Quality of Early Experiences Influence the Development of Brain Architecture. *Child Development*, 81(1), 28–40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>

- Franco Angeli. (2020). *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale | Modelli della Mente - Open Access*. FrancoAngeli Journals. <https://journals.francoangeli.it/index.php/modelli-mente-oa/article/view/10908>
- Gazzetta Ufficiale. (2020, 8 marzo). *Decreto del Consiglio dei Ministri del 23 febbraio 2020*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg>
- Gharpure, R., Hunter, C. M., Schnall, A. H., Barrett, C. E., Kirby, A. E., Kunz, J., Berling, K., Mercante, J. W., Murphy, J. L., & Garcia-Williams, A. G. (2020). Knowledge and Practices Regarding Safe Household Cleaning and Disinfection for COVID-19 Prevention — United States, May 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(23), 705–709. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e2>
- Gilsbach, S., Plana, M. T., Castro-Fornieles, J., Gatta, M., Karlsson, G., Flamerique, I., Raynaud, J.-P., Riva, A., Solberg, A.-L., Van Elburg, A., Wentz, E., Nacinovich, R., & Herpetz-Dahlann, B. (2022, 20 giugno). Increase in admission rates and symptom severity of childhood and adolescent anorexia nervosa in Europe during the COVID-19 pandemic: data from specialized eating disorder units in different European countries - *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. BioMed Central*. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-022-00482-x>
- Giménez-Dasí, M., Guerrero, S., & Harris, P. L. (2005). Intimations of immortality and omniscience in early childhood. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3), 285–297 (cit. in Testoni et al., 2019b) <https://doi.org/10.1080/17405620544000039>
- Goldenberg, J. L., & Arndt, J. (2008). The implications of death for health: A terror management health model for behavioral health promotion. *Psychological Review*, 115(4), 1032–1053. <https://doi.org/10.1037/a0013326>
- Gonzàles, S., Pérez Miranda, I., & Gòmez Sànchez, A. M. (2016, febbraio). *Mors certa, hora incerta: Tradiciones, representaciones y educación ante la muerte*. FahrenHouse Blog <http://www.fahrenhouse.com/omp/index.php/fh/catalog/book/20>
- Govoni, A. (2017). *Il bambino in lutto: percorsi educativi e psicoterapici nell'elaborazione della perdita*. Tesi di Master. Università degli studi di Ferrara
- Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987). Experience and Brain Development. *Child Development*, 58(3), 539. <https://doi.org/10.2307/1130197>
- Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In Baumeister R. F. (Eds.), *Public self and private self* (pp. 189-212). Springer. 10.1007/978-1-4613-9564-5_10

- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 627–637. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.627>
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 29, pp. 61–139. Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60016-7](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60016-7)
- Gross, J., & Hayne, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 4(2), 163–179. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.4.2.163>
- Grotberg, E. H. (1996). The International Resilience Project Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions. *Annual Convention of the International council of psychologists*. Banff. (cit. in Salghetti *et al.* 2018)
- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Larkin, J., Lemay, E. P., & Brown, C. (2007). Stress Exposure and Depression in Disadvantaged Women: The Protective Effects of Optimism and Perceived Control. *Social Work Research*, 31(1), 19–33. <https://doi.org/10.1093/swr/31.1.19>
- Gudsnuk, K. M. A., & Champagne, F. A. (2011). Epigenetic Effects of Early Developmental Experiences. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 703–717. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.08.005>
- Haghshomar, M., Shobeiri, P., Brand, S., Rossell, S. L., Akhavan Malayeri, A., & Rezaei, N. (2022, 13 aprile). Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis - *Journal of Eating Disorders*. *BioMed Central*. <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00550-9>
- Heidegger, M. (1990). *Essere e tempo* (9^a ed.). Longanesi.
- Hennefield, L., Whalen, D. J., Wood, G., Chavarria, M. C., & Luby, J. L. (2019). Changing Conceptions of Death as a Function of Depression Status, Suicidal Ideation, and Media Exposure in Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(3), 339–349. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.909>
- Herrán, A., González, I., Navarro, M. J., Bravo, S., Freire, M. V. (2000). *¿Todos los caracoles se mueren siempre? Cómo tratar la muerte en educación infantil*. Madrid: Ediciones de la Torre. (cit. in Rodríguez Herrero *et al.* 2020).

- Hong, Y., Yuhan, L., Youhui, G., Zhanying, W., Shili, Z., Xiaoting, H., & Wenhua, Y. (2022). Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3531–3539. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06795-z>
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLOS ONE*, 15(8), Articolo e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303> (cit. in in Ahmad & Vismara, 2021)
- Huang, F. L., Reinke, W., & Herman, K. (2021). Does Worrying Matter? Priming and Attitudes Toward Mask Wearing in a Midwestern State. *SAGE Open*, 11(4), 215824402110581. <https://doi.org/10.1177/21582440211058194>
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
- Iaquinta, T. (2015). *Educare al dolore. MeTis. Mondì educativi. Temi, indagini, suggestioni*, 1. <http://www.metisjournal.it/metis/anno-v-numero-1-062015-1educazione-ai-tempi-della-crisi/128-saggi/709-educare-al-dolore.htm>
- Indacochea S., Torres-Malca J. R., Vera-Ponce V. J., Perez M. A., De La Cruz-Vargas J. A. (2021). Fear and death anxiety among Latin American doctors during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.02.12.21251445>
- Infodemia Coronavirus, Oms lancia l'allarme: 'Informazioni spesso false' - Salute & Benessere*. (2022, 24 luglio). ANSA.it. https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2020/02/02/coronavirus-allarme-oms-informazioni-speso-false_e99013bb-cc15-4347-8d29-0f625fa8c5ce.html
- Jay, S. M., Green, V., Johnson, S., Caldwell, S., & Nitschke, R. (1987). Differences in death concepts between children with cancer and physically healthy children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(4), 301–306. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1604_2
- Jones, L., Brown, D., & Palumbo, D. (2020, 3 aprile). *Coronavirus: A visual guide to the economic impact* - BBC News. Diplomatic Academy. <https://www.unic.ac.cy/da/2020/05/08/coronavirus-a-visual-guide-to-the-economic-impact-bbc-news/>

- Kandemir F. (2020). Bazı demografik değişkenler bağlamında COVID-19 pandemi neslinin dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma [Empirical research on the relationship of COVID-19 pandemic generation's religiosity and death anxiety in the context of some demographic variables]. *Tokat İlmîyat Dergisi*, 8(1), 99–129. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3876200>
- Kashima, E. S., Halloran, M., Yuki, M., & Kashima, Y. (2004). The effects of personal and collective mortality salience on individualism: Comparing Australians and Japanese with higher and lower self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(3), 384–392. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2003.07.007>
- Kastenbaum, R., Moreman, C. M. [ed. or. 1977] (2018). *Death, society and human experience (12th edition)*. New York: Routledge.
- Kavaklı M., Ak M., Uğuz F., Türkmen O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.59862>
- Kenyon, B. L. (2001). Current Research in Children's Conceptions of Death: A Critical Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 43(1), 63–91. <https://doi.org/10.2190/0x2b-b1n9-a579-dvk1>
- Kilgour, A. H. M., Starr, J. M., & Whalley, L. J. (2010). Associations between childhood intelligence (IQ), adult morbidity and mortality. *Maturitas*, 65(2), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.09.021>
- King, J., Hayslip, B. (2002). The media's influence on college students' views of death. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 44 (1), pp. 37-56. (cit. in Testoni *et al.* 2021b)
- Kortes-Miller, K. (2014). A Matter of Life and Death: Situating Death in Education. *Canadian Journal for New Scholars in Education*, 5 (2), pp. 39-48.
- Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsoula, M., Sergeantanis, T., & Tsitsika, A. (2023). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *National Library of Medicine*, 24(2), 719–745. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>
- Lafontaine, C. (2008). *La société post-mortelle*. Seuil.

- Lancet*: “I morti reali per Covid potrebbero essere 18,2 milioni, il triplo di quelli ufficiali”. Anche in Italia possibile sottostima: i decessi a fine dicembre salirebbero da 137 mila a 259mila - *Quotidiano Sanità*. (2022, 11 marzo). QS - Quotidiano Sanità. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=103142&utm_source=dlvr.it&utm_medium=gmybusiness
- Landau, M. J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2007). On the Compatibility of Terror Management Theory and Perspectives on Human Evolution. *Evolutionary Psychology*, 5(3), 147470490700500. <https://doi.org/10.1177/147470490700500303>
- Lansdown, R., & Benjamin, G. (1985). The development of the concept of death in children aged 5-9 years. *Child: Care, Health and Development*, 11(1), 13–20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1985.tb00445.x>
- Langford, I. H. (2002). An Existential Approach to Risk Perception. *Risk Analysis*, 22(1), 101–120. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.t01-1-00009>
- Latouche, S. (2021). *Per un'abbondanza frugale Malintesi e controversie sulla decrescita* (F. Grillenzoni, Trad.; 4ª ed.). Bollati Boringhieri.
- Legrenzi, A., Nodari, E., Salghetti, M., Cordioli, C. (2018). *Conosco le emozioni e le chiamo per nome*. In I. Testoni, M. Floriani (a cura di), *Non ho più paura. Un percorso di Death Education con i bambini*. Padova: Edizioni Messaggero, pp. 5-12.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). *Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept*. Deep Blue Repositories | University of Michigan Library. <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66464/Death+Anxiety+An+Analysis+of+an+Evolving+Concept.pdf?sequence=1>
- Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2017, 10 gennaio). *Death anxiety, perfectionism and disordered eating | behaviour change | cambridge core*. Cambridge Core. <https://www.cambridge.org/core/journals/behaviour-change/article/death-anxiety-perfectionism-and-disordered-eating/31A43B82E6E4B2DBF20E24D21B164821>
- Lester, B. M., Conradt, E., & Marsit, C. (2016). Introduction to the Special Section on Epigenetics. *Child Development*, 87(1), 29–37. <https://doi.org/10.1111/cdev.12489>
- Leviton, D. (1969). The Need for Education on Death and Suicide. *The Journal of School Health*, 39 (4), pp. 270-274.

- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Malavasi, P. (1985). *Per una pedagogia della morte*. Cappelli.
- Mantegazza, R. (2004). *Pedagogia della morte. L'esperienza della morte*. Enna: Città Aperta
- Marcus, L. S. (2008). *Minders of Make-Believe. Idealists, Entrepreneurs, and Shaping of American Children's Literature*. Boston-New York: Houghton Mifflin Company. (cit. in Calabrese, 2013)
- Markell, M. A., & Hoover, J. H. (2010). Children with developmental disabilities, death, and grief. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Children's encounters with death, bereavement, and coping* (pp. 395–412). Springer Publishing Company.
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research*, 293, 113419. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/07481180490249201>
- Masterpasqua, F. (2009). Psychology and Epigenetics. *Review of General Psychology*, 13(3), 194–201. <https://doi.org/10.1037/a0016301>
- Mata-McMahon, J. (2016) Reviewing the research in children's spirituality (2005–2015): proposing a pluricultural approach. *International Journal of Children's Spirituality*, 21 (2), pp. 140-152
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- McKenzie, E. L., & Brown, P. M. (2017). Nursing students' death anxiety and fear towards dementia patients. *Australasian Journal on Ageing*, 36(3), E32—E35. <https://doi.org/10.1111/ajag.12414>
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13. <https://doi.org/10.1017/s1754470x20000215>

- Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 59, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004>
- Miller, L. (2015). *The Spiritual Child: The New Science on Parenting for Health and Lifelong Thriving*. New York: St. Martin's Press, (cit. in Salghetti *et al.* 2018).
- Ministero della Salute. (2020a, 11 marzo). *L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara il coronaviruspandemia*. <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4209&menu=notizie>
- Ministero della Salute. (2020b, 23 aprile). *Covid-19 e bevande alcoliche, attenzione alle fake news*. <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?id=4577#:~:text=Il%20consumo%20di%20alcol%20non,da%20Sars-CoV-2.>
- Molina, E. (2022). Over 5 million children around the world lost a parent or caregiver to COVID-19. *ABCNEWS*. abcnews.go.com/US/million-children-world-lost-parent-caregiver-covid-19/story?id=83065064.
- Moore, T. E., Mae, R. (1987). Who Dies and Who Cries: Death and Bereavement in Children's Literature. *Journal of Communication*, 37 (4), pp. 52- 64.
- Moreira, A. L., Yunes, M. Â. M., Nascimento, C. R. R., & Bedin, L. M. (2021). Children's Subjective Well-Being, Peer Relationships and Resilience: An Integrative Literature Review. *Child Indicators Research*, 14(5), 1723–1742. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09843-y>
- Moser, R. P., Arndt, J., Han, P. K., Waters, E. A., Amsellem, M., & Hesse, B. W. (2013). Perceptions of cancer as a death sentence: Prevalence and consequences. *Journal of Health Psychology*, 19(12), 1518–1524. <https://doi.org/10.1177/1359105313494924>
- MIUR (2012). *Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione*. D.M. 16.11.2012, n. 254. Roma.
- Nagy, M. (1948). The Child's Theories Concerning Death. *The Journal of Genetic Psychology*, 73, pp. 3-27.
- Nagy, J., & Bettelheim, B. (1976). The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales. *MLN*, 91(6), 1642. <https://doi.org/10.2307/2907161>

- Naglieri, J. A., LeBuffe, P., & Shapiro, V. B. (2011). Universal screening for social-emotional competencies: A study of the reliability and validity of the DESSA-mini. *Psychology in the Schools, 48*(7), 660–671. <https://doi.org/10.1002/pits.20586>
- Naumova, O. Y., Hein, S., Suderman, M., Barbot, B., Lee, M., Raefski, A., Dobrynin, P. V., Brown, P. J., Szyf, M., Luthar, S. S., & Grigorenko, E. L. (2016). Epigenetic Patterns Modulate the Connection Between Developmental Dynamics of Parenting and Offspring Psychosocial Adjustment. *Child Development, 87*(1), 98–110. <https://doi.org/10.1111/cdev.12485>
- Nelson, C. A. (1999). Neural Plasticity and Human Development. *Current Directions in Psychological Science, 8*(2), 42–45. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00010>
- Newton-John, T., Menzies, R., Chambers, S., & Menzies, R. (2020). Psychological Distress Associated with COVID-19: Estimations of Threat and the Relationship with Death Anxiety. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3594629>
- Nguyen, S. P., & Rosengren, K. S. (2004). Parental reports of children's biological knowledge and misconceptions. *International Journal of Behavioral Development, 28*(5), 411–420. <https://doi.org/10.1080/01650250444000108>
- Noppe Cupit, I. (2013). *Life Span Issues and Death Education*. In D. Balk, D.K. Meagher (a cura di), *Handbook of thanatology (2nd edition)*. Londra: Routledge, pp. 357-366
- O'Halloran, C. M., & Altmaier, E. M. (1996). Awareness of Death Among Children: Does a Life-Threatening Illness Alter the Process of Discovery? *Journal of Counseling & Development, 74*(3), 259–262. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1996.tb01862.x>
- Ongider, N., & Eyuboglu, S.O. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 16*, 34–46
- Orbach, I., & Glaubman, H. (1979). Children's perception of death as a defensive process. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(6), 671–674. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.6.671>
- Özer, Ö., Özkan, O., Özmen, S., & Erçoban, N. (2021). Investigation of the Effect of COVID-19 Perceived Risk on Death Anxiety, Satisfaction With Life, and Psychological Well-Being. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 003022282110261*. <https://doi.org/10.1177/00302228211026169>
- Perrin, E. C., Leslie, L. K., & Boat, T. (2016). Parenting as Primary Prevention. *JAMA Pediatrics, 170*(7), 637. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0225>

- Power, J. D., & Schlaggar, B. L. (2016). *Neural plasticity across the lifespan*. Wiley *Interdisciplinary Reviews: Developmental Biology*, 6(1), Articolo e216. <https://doi.org/10.1002/wdev.216>
- Prioritising mental health after the pandemic. (2020). *EClinicalMedicine*, 23, 100444. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100444>
- Pyszczyński, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106(4), 835–845. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.4.835>
- Pyszczyński, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S. (2020). Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 002216782095948. <https://doi.org/10.1177/0022167820959488>
- Pyszczyński, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty Years of Terror Management Theory. *Elsevier*, 52, 1–70. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2015.03.001>
- Refrigeri, L., Isidori, E. (2019). *Il pathos che educa: contributo a una pedagogia della finitudine*. *MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni*, 9 (1), pp. 252-274.
- Ring, L., Greenblatt-Kimron, L., & Palgi, Y. (2020). The moderating role of subjective nearness-to-death in the association between health worries and death anxieties from COVID-19. *Death Studies*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821261>
- Ritter, T., & Pedersen, C. L. (2020). Analyzing the impact of the coronavirus crisis on business models. *Industrial Marketing Management*, 88, 214–224. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2020.05.014>
- Riva, G. (2023). *L'onda lunga. Gli effetti psicologici e sociali della pandemia sul mondo non-adulto*. Erickson.
- Rodríguez Herrero, P., De la Herrán Gascón, A., Cortina Selva, M. (2019). *Antecedentes internacionales de la Pedagogía de la muerte*. *Foro de Educación*, 17 (26), pp. 259-276.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

- Ronconi, L., Biancalani, G., Medesi, G. A., Orkibi, H., & Testoni, I. (2023). Death Education for Palliative Psychology: The Impact of a Death Education Course for Italian University Students. *Behavioral Sciences*, 13(2), 182. <https://doi.org/10.3390/bs13020182>
- Rostagno, M. (2022, novembre). *Il concetto di morte in età evolutiva*. Psicoanalisi contemporanea. https://www.psicoanalisicontemporanea.it/wp-content/uploads/2022/11/004_mirella_rostagno.pdf
- Ruba, A. L., & Pollak, S. D. (2020). Children's emotion inferences from masked faces: Implications for social interactions during COVID-19. *PLOS ONE*, 15(12), Articolo e0243708. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243708>
- Saleem, T., & Saleem, S. (2019). Religiosity and Death Anxiety: A Study of Muslim Dars Attendees. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 309–317. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00783-0>
- Salghetti, M., Cordioli, C., Legrenzi, A., Nodari, E. (2018). *La spiritualità*. In I. Testoni, M. Floriani (a cura di), *Non ho più paura. Un percorso di Death Education con i bambini*. Padova: Edizioni Messaggero, pp. 101-124.
- Saramago, J., & Desti, R. (2013). *Cecità*. Feltrinelli
- Save the Children International (2020). *Protect a Generation: The impact of COVID-19 on children's lives*. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/protect-generation-impact-covid-19-childrens-lives/>
- Scarpellini, F., Segre, G., Cartabia, M., Zanetti, M., Campi, R., Clavenna, A., & Bonati, M. (2021, 2 giugno). *Distance learning in Italian primary and middle school children during the COVID-19 pandemic: a national survey - BMC Public Health*. BioMed Central. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11026-x>
- Scrima, F., Miceli, S., Caci, B., & Cardaci, M. (2022). The relationship between fear of COVID-19 and intention to get vaccinated. The serial mediation roles of existential anxiety and conspiracy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 184, 111188. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111188>
- Sherman D. W., Norman R., McSherry C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99–112. [10.1016/j.jana.2009.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.007)

- Sigler, T., Mahmuda, S., Kimpton, A., Loginova, J., Wohland, P., Charles-Edwards, E., & Cororan, J. (2021). The socio-spatial determinants of COVID-19 diffusion: the impact of globalisation, settlement characteristics and population. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00707-2>
- Simeti F., *Archeologia del linguaggio, le espressioni imitative, le parole della scienza magica, le immagini del mito*, Verona, Progei Editori, 1995
- Siniscalchi, G. (2021, 25 giugno). *Una eccezionale normalità. Riflessioni su ordine e caos in Carl Schmitt*. L'Ircocervo - Prima rivista elettronica italiana di Metodologia giuridica, Teoria generale del diritto e Dottrina dello Stato. L'Ircocervo | Prima rivista elettronica italiana di Metodologia giuridica, Teoria generale del diritto e Dottrina dello Stato. <https://lircocervo.it/wp-content/uploads/2021/06/24.-Siniscalchi-Una-eccezionale-normalita.pdf>
- Sisto, D. (2018). *La morte si fa social-Immortalità, memoria e lutto nell'epoca della cultura digitale*. Bollati Boringhieri.
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death Understanding and Fear of Death in Young Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 525–535. <https://doi.org/10.1177/1359104507080980>
- Spalek, K., Fastenrath, M., Ackermann, S., Auschra, B., Coynel, D., Frey, J., . . . Van der Maarel, N. (2015). Sex-Dependent Dissociation between Emotional Appraisal and Memory: A Large-Scale Behavioral and fMRI Study. *The Journal of Neuroscience*, 35(3), 920-935.
- Speece, M. W., & Brent, S. B. (1984). Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Development*, 55(5), 1671. <https://doi.org/10.2307/1129915>
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416–427. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00084-5)
- Tenconi, E. (2021, novembre). *Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull'impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari*. Journal of Health Care Education in Practice. <https://jhce.padovauniversitypress.it/system/files/papers/2021-2-02.pdf>

- Tenzek, K. E., & Nickels, B. M. (2017). End-of-Life in Disney and Pixar Films: An opportunity for Engaging in Difficult Conversation. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(1), 49–68. <https://doi.org/10.1177/0030222817726258>
- Testoni, I. (a cura di) (2014). *Seeing beyond in facing death. Spirituality from sick body to salvation - Contents, care and relationships in different cultures*. Padova: Padova University Press
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita- Psicologia del morire e Death Education-*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. (2018a). *Non ho più paura. Un percorso di Death Education con i bambini* (M. Floriani, A cura di; A. Legrenzi, Ill.). Edizioni Messaggero
- Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018b). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00441>
- Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., Messeri, D., Cordioli, C., & Zamperini, A. (2019a). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. *Death Studies*, 44(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1528056>
- Testoni, I., Piscitello, M., Ronconi, L., Zsák, É., Iacona, E., & Zamperini, A. (2019b). Death Education and the Management of Fear of Death Via Photo-Voice: An Experience Among Undergraduate Students. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 387–399. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507469>
- Testoni, I., Cordioli, C., Nodari, E., Zsak, E., Marinoni, G. L., Venturini, D., Maccarini, A. (2019c). Language Re-Discovered: a Death Education Intervention in the Net Between Kindergarten, Family and Territory. *Italian Journal of Sociology of Education*, 11 (1), pp. 331-346
- Testoni, I., Tronca, E., Biancalani, G., Ronconi, L., & Calapai, G. (2020). Beyond the Wall: Death Education at Middle School as Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072398>
- Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021a). The COVID-19 Disappeared: From Traumatic to Ambiguous Loss and the Role of the Internet for the Bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620583>

- Testoni, I., Iacona, E., Corso, C., Pompele, S., Dal Corso, L., Orkibi, H., & Wieser, M. A. (2021b). Psychology Students' Perceptions of COVID-19 in a Death Education Course. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.625756>
- Testoni, I., Ronconi, L., Iacona, E., Trainini, A., Tralli, N., Nodari, L., Limongelli, G., & Cena, L. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal loss among Italian couples: A mixed-method study. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929350>
- Testoni, I., Palazzo, L., Iacona, E., Segalla, O., Pizzolato, L., Rigo, M., & Ferrari, L. (2023). Exploring Emotions Related to the COVID-19 Pandemic through Death Education: A Qualitative Study at Italian Primary Schools. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(9), 1920–1936. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090139>
- Tocci, J. (2008). “You Are Dead. Continue?”: Conflicts and Complements in Game Rules and Fiction. *Eludamos: Journal for Computer Game Culture*, 2(2), 187–201. <https://doi.org/10.7557/23.5981>
- Tortora, S. (2019). Children Are Born to Dance! Pediatric Medical Dance/Movement Therapy: The View from Integrative Pediatric Oncology. *Children*, 6(1), 14. <https://doi.org/10.3390/children6010014>
- Tsiris, G., Tasker, M., Lawson, V., Prince, G., Dives, T., Sands, M., Ridley, A. (2011). Music and Arts in Health Promotion and Death Education: The St Christopher’s Schools Project. *Music and Arts in Action*, 3 (2), pp. 95-119.
- UNICEF Innocenti. (2021). *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*. UNICEF-IRC. <https://www.unicef-irc.org/publications/1227-life-in-lockdown.html>
- UNICEF Italia. (2022). *Non ero al sicuro in casa sua: rapporto sulla violenza di genere su ragazze e donne rifugiate e migranti durante il Covid-19*. Unicef. <https://www.unicef.it/media/violenzagenere/>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge,MA: Harvard University Press
- Warren, S. L., & Sroufe, L. A. (2004). Developmental issues. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 92–115). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195135947.003.0004>
- Wass, H. (1997). *Children, Adolescents, and Death*, in Strack 1997, 193-215

- Weisner, T. S. (2002). Ecocultural Understanding of Children's Developmental Pathways. *Human Development, 45*(4), 275–281. <https://doi.org/10.1159/000064989>
- Wisman, A., Heflick, N., & Goldenberg, J. L. (2015). The great escape: The role of self-esteem and self-related cognition in terror management. *Journal of Experimental Social Psychology, 60*, 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.05.006>
- Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.-M., Wang, W., Song, Z.-G., Hu, Y., Tao, Z.-W., Tian, J.-H., Pei, Y.-Y., Yuan, M.-L., Zhang, Y.-L., Dai, F.-H., Liu, Y., Wang, Q.-M., Zheng, J.-J., Xu, L., Holmes, E. C., & Zhang, Y.-Z. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature, 579*(7798), 265–269. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK
- Zannas, A. S., & West, A. E. (2014). Epigenetics and the regulation of stress vulnerability and resilience. *Neuroscience, 264*, 157-170. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.12.003>
- Zenger, M., Glaesmer, H., Hockel, M., & Hinz, A. (2010). Pessimism Predicts Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 41*(1), 87–94. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyq168>