

**Resilienza, benessere mentale e qualità della vita nella
prima adolescenza:
indagine su un campione di adolescenti di 11-14 anni nella
provincia autonoma di Trento**

**Resilience, mental well-being and quality of life in
early adolescence:
Survey of a sample of adolescents aged 11-14 years in the
autonomous province of Trento**

Silvia Rizzi, Sara Carbone, Valeria Donisi, Silvia Gabrielli
per conto del Consorzio UPRIGHT

Digital Health Lab, Centre for Digital Health and Wellbeing,
Fondazione Bruno Kessler, Trento, Italy
e-mail: srizzi@fbk.eu
e-mail: saracarb@gmail.com
e-mail: valeria.donisi@univr.it
e-mail: sgabrielli@fbk.eu

Ricevuto: 16.03.2021 - **Accettato:** 03.09.2021

Pubblicato online: 03.02.2022

Riassunto

Il legame tra resilienza, benessere mentale e qualità della vita percepita è ormai noto in letteratura e indagare tali dimensioni in età adolescenziale è fondamentale per sviluppare azioni di prevenzione e promozione atte a costituire le basi per una buona salute mentale in età adulta. L'articolo riporta i risultati di un'indagine condotta su un campione di 460 studenti trentini, utilizzando tre strumenti (READ, WEMWBS e KIDSCREEN-10), nell'ambito di uno studio multicentrico condotto dal progetto europeo UPRIGHT (*Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented In Schools To Improve And Promote Mental Health For Teenagers*, cioè "intervento di prevenzione universale basato sulla resilienza e implementato nelle scuole per migliorare e promuovere la salute mentale degli adolescenti") finanziato dal programma Horizon 2020

S. Rizzi et al. / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip2021oa13225

dell'Unione Europea. Sono state prese in considerazione le differenze di genere e operato un confronto con i valori normativi dei campioni di validazione degli strumenti.

Dai questionari risulta che le adolescenti riportano livelli di risorse sociali significativamente più alti rispetto agli studenti maschi, mentre per quanto riguarda la qualità della vita, in linea con quanto indicato dalla letteratura, sono gli studenti maschi a riportare valori più elevati.

Parole chiave: resilienza, benessere mentale, adolescenti, qualità di vita, genere

Abstract

The link between resilience, mental well-being and perceived quality of life is now well known in the literature, and investigating these dimensions during adolescence is fundamental to developing prevention and promotion actions to build the basis for a good mental health in adulthood. This article reports the results of a survey conducted on a sample of 460 students in the Trentino Province, using three scales (READ, WEMWBS and KIDSCREEN-10), as part of a multicentric study conducted by the European project UPRIGHT (*Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented In Schools To Improve And Promote Mental Health For Teenagers*) founded by the European Union's Horizon 2020 programme. Gender differences are taken into account and a comparison is made with the normative values of the validation samples of the scales.

The questionnaires show that female students report significantly higher levels of social resources than male students, while as far as quality of life is concerned, in line with the literature, male students report higher values.

Keywords: resilience, mental well-being, adolescents, quality of life, gender

Contesto

Secondo la visione attualmente consolidata, la salute mentale è definita, piuttosto che come assenza di malattia, come “uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, è in grado di far fronte alle normali sollecitazioni della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità” (WHO, 2001a, p.1).

Con il termine adolescenza si indica il periodo dello sviluppo umano che inizia con la pubertà (10-12 anni di età) e termina con la maturità fisiologica (circa 19 anni di età), anche se l'arco di età in cui effettivamente

te si articola tale sviluppo varia tra gli individui (WHO, 2001b). L'adolescenza viene spesso suddivisa in tre periodi: prima, seconda e terza adolescenza (rispettivamente 10-14, 15-17 e 18-19 anni di età). Tali periodi corrispondono approssimativamente alle fasi di sviluppo fisico, sociale e psicologico nel passaggio dall'infanzia all'età adulta (WHO, 2006). Concretamente, l'adolescenza comprende un'ampia gamma di cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e sociali, con un relativo aumento dei problemi emotivi e comportamentali (McMakin & Alfano, 2015) e del rischio di psicopatologia, la cui incidenza e prevalenza aumentano notevolmente in questa fase della vita (Rapee et al., 2019; Powers & Casey, 2015; Ullsperger & Nikolas, 2017; Zahn-Waxler et al., 2008). I problemi di salute mentale colpiscono il 10-20% di bambini e adolescenti in tutto il mondo, determinando una delle principali cause di disabilità in questa fascia d'età e con effetti che si ripercuotono lungo l'intero arco della vita, rendendo imperativo l'impegno per ridurre il peso di tali problemi nelle generazioni future (Kieling et al., 2011).

Indipendentemente dall'ambito di una ricerca, osserviamo quotidianamente che individui che sperimentano condizioni avverse simili non necessariamente riportano gli stessi esiti in termini di salute e benessere. Ciò può trovare una spiegazione nel concetto di resilienza, cioè "la capacità di un individuo o di una comunità di adattarsi alle sfide o alle avversità della vita, mantenendo un buon livello di salute mentale e benessere" (Wathen et al., 2012; Windle, 2011).

Nel complesso, la teoria della resilienza offre un approccio fruttuoso, poiché focalizza l'attenzione sui processi che contribuiscono a un migliore funzionamento o ad una migliore capacità di ripresa dalle avversità. In linea con ciò, la ricerca sulla resilienza è aumentata notevolmente negli ultimi due decenni (Haskett et al., 2006) in parallelo con il crescente interesse per la salute, il benessere e la qualità della vita degli adolescenti.

Il costrutto di vulnerabilità psicologica si riferisce a una struttura cognitiva che rende gli individui più fragili in condizioni di stress, osservando che alcune persone riportano una sofferenza maggiore in seguito a eventi stressanti rispetto ad altre (Sinclair & Wallston, 1999, 2010). Secondo diversi autori, la vulnerabilità psicologica è uno svantaggio che rende le persone meno protette quando affrontano una serie di esperienze di vita negative, più dipendenti e suscettibili all'ansia, alla depressione e al disagio psicologico (Haefffel & Hames, 2014; Meins et al., 2012; Sinclair & Wallston, 1999). Gli adolescenti sono una popolazione molto vulnerabile e si ritrovano ad essere soggetti a problemi di salute mentale in natura dello sforzo evolutivo che stanno compiendo, in quanto vivono un periodo di grandi cambiamenti psicologici e fisici, che influenza la

loro capacità di prendere decisioni responsabili e comporta la necessità di fare affidamento sugli altri (WHO, 2019). Gli adolescenti possono essere particolarmente vulnerabili a causa di alcuni fattori di rischio che possono contribuire allo stress, come per esempio il desiderio di una maggiore autonomia, la pressione a conformarsi con i coetanei e l'aumento dell'accesso e dell'uso non sempre opportunamente filtrato della tecnologia (WHO, 2019). Più alto è il numero di fattori di rischio, maggiore è il potenziale di malattia mentale (Farley, 2020).

Diventa dunque un'esigenza fondamentale indagare e comprendere il benessere in tutti i suoi aspetti, concettuali e operativi, al fine di poterlo consolidare il più possibile durante infanzia e adolescenza, prevenendo così le conseguenze di una vulnerabilità non adeguatamente considerata.

In particolare, l'ascesa della psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ha portato ad un aumento della ricerca incentrata sul costrutto multidimensionale di benessere e allo sviluppo di scale per esplorare e misurare tale dimensione. Nella guida per la Scala del Benessere Mentale di Warwick-Edinburgh (WEMWBS, *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*), Stewart-Brown (2008) propende per la posizione secondo cui il benessere e la malattia mentale possano rappresentare due dimensioni separate (modello a due continua o modello a doppia continua), prospettando che anche le persone che sperimentano un disagio mentale possano godere di una certa quota di benessere mentale.

Attualmente, un altro approccio molto utilizzato per esplorare e comprendere il benessere di bambini e adolescenti è la qualità della vita in relazione alla salute (*Health Related Quality of Life*, HRQoL) (González-Cabrera et al., 2019). Sebbene non ci sia ancora completo consenso sulla sua definizione, la HRQoL è un costrutto multidimensionale legato alla percezione soggettiva di benessere fisico, mentale e sociale (Wallander & Koot, 2016). In riferimento a questo costrutto, il questionario KID-SCREEN (The Kidscreen Group Europe, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008), sviluppato dal progetto europeo *Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents - A European Public Health Perspective* prende in considerazione contesti e componenti del dominio psicosociale come la famiglia, la scuola o il tempo libero (Wallander & Koot, 2016).

Il presente articolo muove dunque da questa prospettiva, accogliendo l'ipotesi che la promozione del benessere in individui che manifestano un disagio possa portare anche a miglioramenti dei loro sintomi clinici (Stochl et al., 2019).

In aggiunta, l'esplorazione di fattori che possono essere modificati, come le capacità legate alla resilienza, al benessere e alla HRQoL in adolescenza, è essenziale per la pianificazione di progetti di prevenzione e promozione della salute e per poter personalizzare i programmi di intervento e promuovere effettivamente la crescita positiva degli adolescenti e il loro sviluppo. Questo articolo approfondisce le dimensioni della resilienza, del benessere e della qualità della vita in un ampio campione di adolescenti italiani, considerando le differenze di genere e confrontando i dati con quelli dei corrispondenti campioni di riferimento su cui sono state validate le scale utilizzate, ove possibile, allo scopo di fornire una prospettiva più completa nella trattazione dell'argomento.

Materiali e metodi

Setting e partecipanti

Questo studio osservazionale trasversale ha coinvolto gli studenti del secondo anno di 7 scuole secondarie di primo grado della Provincia Autonoma di Trento, che hanno partecipato ad una rilevazione iniziale del progetto europeo di ricerca e innovazione UPRIGHT (*Universal Preventive Resilience Intervention Globally Implemented In Schools To Improve And Promote Mental Health For Teenagers*, cioè "intervento di prevenzione universale basato sulla resilienza e implementato nelle scuole per migliorare e promuovere la salute mentale degli adolescenti").

Il progetto, finanziato dal programma Horizon 2020 dell'Unione Europea (no. 754919), punta alla promozione della cultura del benessere mentale e della resilienza in contesto scolastico attraverso un intervento progettato, implementato e validato da gruppi di ricerca in Spagna, Italia, Polonia, Norvegia, Danimarca e Islanda (Las Hayas et al., 2019; Morote et al., 2020).

A gennaio 2018, data di inizio di UPRIGHT, ogni centro pilota ha contattato diversi Istituti Comprensivi nella propria regione. Ad ogni scuola sono stati presentati gli obiettivi di ricerca, le procedure di implementazione e di valutazione. Successivamente, sono state scelte per partecipare solo le scuole che avevano firmato una lettera di impegno. Le scuole sono state divise in gruppi, in base alla posizione geografica e allo stato socio-economico applicando una randomizzazione stratificata. All'interno di ogni gruppo, le scuole sono state assegnate in modo casuale al campione controllo o a quello intervento. Tra le 9 scuole partecipanti al progetto UPRIGHT in Trentino, due scuole ed una singola classe di un istituto sono state escluse dall'analisi, poiché non in grado di somministrare i questionari nella fase iniziale di rilevazione.

Misurazioni

Per valutare la resilienza è stata utilizzata la versione italiana della scala a 28 item *Resilience Scale for Adolescents* (READ) (Stratta et al., 2012; Hjemdal et al., 2006), con risposte su scala Likert a 5 punti che va da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (completamente d'accordo). Un recente studio di validazione della scala READ sui ragazzi del programma UPRIGHT (Anyan et al., 2021) ha riportato proprietà psicometriche accettabili della scala, confermandone la validità per misurare la resilienza in questa fascia d'età (alpha di Cronbach di 0.91 della scala originale e di 0.94 per lo strumento in italiano). La resilienza è rilevata secondo cinque fattori, elencati nella tabella sottostante (Hjemdal et al., 2006). Punteggi più elevati indicano una migliore padronanza della competenza o risorsa.

Tab. 1 – I cinque fattori misurati dalla READ

Fattore	Descrizione
Competenza personale (item 1, 4, 7, 12, 17, 20, 23, 26)	Misura il livello di autostima, autoefficacia, fiducia in se stessi e realismo verso la vita, assieme alla capacità di pianificare e mantenere le routine quotidiane.
Competenza sociale (item 6, 11, 16, 22, 25)	Misura estroversione, abilità sociale, umore positivo, capacità di intraprendere attività, capacità comunicative e flessibilità nei rapporti sociali.
Stile strutturato (item 2, 8, 13, 18)	Misura il grado in cui si preferisce pianificare e dare struttura alle azioni quotidiane.
Risorse sociali (item 3, 9, 14, 19, 28)	Misura la percezione di accesso al supporto esterno, dato da amici e parenti.
Coesione familiare (item 5, 10, 15, 21, 24, 27)	Misura la percezione di condivisione di valori e di sostegno da parte della propria famiglia.

La versione italiana della *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) è stata utilizzata per misurare la salute mentale in positivo, inclusi aspetti edonici (soddisfazione personale e felicità, benessere come risultato) ed eudaimonici (consapevolezza di limiti e delle potenzialità personali, benessere come processo), relazioni affettive ed interpersonali soddisfacenti e buon funzionamento generale (adattamento italiano di Gremigni e Stewart-Brown, 2011; Tennant et al., 2007). La WEMWBS è una scala composta da 14 item che rilevano la salute mentale percepita nelle due settimane precedenti la somministrazione, con scala Likert a 5 punti che va da 1 (mai) a 5 (sempre): ad un punteggio più alto corrisponde un maggiore livello di benessere. Nel documento

che descrive l'adattamento italiano e la validazione della scala sono riportate buone qualità psicometriche (alpha di Cronbach di 0.87 per la versione italiana e 0.91 per lo strumento originale), anche se i risultati dell'analisi fattoriale confermativa suggeriscono di eliminare due item (Gremigni & Stewart-Brown, 2011). Per questo motivo, per calcolare i punteggi totali al fine di confrontare i risultati con i dati italiani è stata utilizzata la versione a 12 item.

Il *KIDSCREEN-10 Index* (The Kidscreen Group Europe, 2006) è stato sviluppato a partire dalla versione a 27 item, applicando un'analisi Rasch per identificare gli item che afferiscono ad una misura globale di HRQoL. Questo strumento, utilizzato per valutare la qualità della vita nei bambini e negli adolescenti, è di rapida somministrazione e conserva buone qualità psicometriche (alpha di Cronbach di 0.82). Le risposte vengono date su scala Likert a 5 punti e ad un punteggio più elevato corrisponde una migliore qualità percepita della vita.

Procedure

I questionari, in formato cartaceo, sono stati somministrati, in orario scolastico e solo ai ragazzi i cui genitori avevano firmato il consenso informato; un ricercatore e un docente della scuola erano disponibili per dubbi o richieste durante la compilazione. Alcune domande demografiche iniziali raccolgono informazioni quali il genere, il mese e l'anno di nascita, la composizione della famiglia e il Paese di nascita.

Analisi statistiche

I dati sono stati analizzati con il software STATA 15 (StataCorp., 2017) utilizzando statistiche descrittive (media, deviazione standard, frequenza e percentuale), test *t* per il confronto tra i generi (IC 95%) e correlazione di Pearson. I risultati sono considerati statisticamente significativi con $p < 0.05$.

Considerazioni etiche

Il protocollo di studio e la serie completa di documenti ha ricevuto la presa d'atto del Comitato Etico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento (N. 12195), trattandosi di uno studio che non coinvolge pazienti.

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

Nell'anno scolastico esaminato (2018-2019), dei 630 studenti delle classi seconde che hanno frequentato le scuole incluse dello studio presentato, il 76% (N = 481) aveva il consenso firmato per la partecipazione allo studio e, di questi, 460 studenti hanno compilato il questionario e costituiscono il campione di analisi qui presentato.

L'età media dei partecipanti è di 12.22 anni ($DS = 0.45$, fascia d'età 11-14 anni). Il campione presenta una leggera prevalenza di femmine (54.78%), quattro dati in riferimento al genere risultano mancanti. Il 23.91% degli studenti partecipanti era figlio/a unico/a al momento dell'indagine, mentre la maggior parte aveva almeno un fratello o una sorella minore (75%). La maggior parte degli studenti è nata in Italia, con solo il 3.70% nato in altri Paesi dell'Europa e il 3.91% in Paesi extra-europei.

Resilienza, benessere mentale e qualità della vita in relazione alla salute

I risultati relativi ai valori medi delle dimensioni di resilienza e al punteggio totale, al benessere mentale e alla qualità della vita in relazione alla salute per l'intero campione, raggruppati per genere sono riportati nella Tabella 2.

Per quanto riguarda la resilienza, non sono emerse differenze legate al genere, a parte per le risorse sociali percepite, che risultano più elevate per le femmine. Confrontando i dati risultanti dal nostro campione con quelli emersi dallo studio di validazione italiano (Stratta et al., 2012), il valore medio del punteggio relativo alle competenze personali è risultato inferiore a quello del campione di validazione ($t = 2.07$; $p = 0.04$), così come per la competenza sociale ($t = 2.32$; $p = 0.02$) e lo stile strutturato ($t = 6.81$; $p = 0.00$). Inoltre, sono emerse alcune differenze per ciascun genere: lo stile strutturato e le risorse sociali sono risultati inferiori nel nostro campione di studentesse rispetto al campione femminile di validazione italiano (rispettivamente $t = 4.58$, $p = 0.00$; $t = 3.43$, $p = 0.001$); il punteggio di competenza personale, competenza sociale, stile strutturato e resilienza totale è risultato inferiore nel nostro campione di studenti maschi rispetto al campione maschile di validazione (rispettivamente $t = 3.17$, $p = 0.002$; $t = 2.73$, $p = 0.007$; $t = 4.87$, $p = 0.00$; $t = 2.32$, $p = 0.02$). Al contrario, la coesione familiare è risultata più elevata nel nostro campione di studenti rispetto al campione di convalida ($t = 2.73$, $p = 0.007$).

Il valore medio del benessere mentale misurato con il WEMWBS è risultato pari a 42.05 ($DS = 6.56$) in un intervallo compreso tra 17 e 56, con valori simili per i partecipanti di entrambi i generi. I risultati per il campione totale sono superiori a quelli riportati nello studio di validazione italiano per il campione d'età 18-24 anni (media 40.39; $DS = 6.44$) ($t = 2.11$; $p = 0.04$). Confrontando i due gruppi in base al genere, si vede come i punteggi del nostro campione siano più elevati rispetto al campione di validazione limitatamente al genere femminile ($M = 39.26$; $DS = 6.37$; $t = 2.78$; $p = 0.007$).

La HRQoL, misurata con il Kidscreen, è risultata con un valore medio di 67.12 ($DS = 13.82$) in un intervallo molto ampio (17.50-100). Gli studenti maschi hanno riportato valori più alti rispetto alle controparti femminili.

Tab. 2 – *Fattori di resilienza, benessere e qualità della vita legata alla salute secondo il genere*

	Femmine media (DS)	Maschi media (DS)	Totale media (DS)	t test value (gl=458)
Dimensioni della resilienza	(N = 252)	(N = 203)	(N = 455)	
Competenza personale	3.50 (0.61)	3.58 (0.63)	3.53 (0.63)	1.46
Competenza sociale	3.72 (0.68)	3.62 (0.72)	3.67 (0.70)	1.46
Stile strutturato	3.27 (0.69)	3.29 (0.74)	3.28 (0.71)	0.25
Risorse sociali	4.12 (0.60)	3.95 (0.69)	4.04 (0.65)	2.73**
Coesione fami- liare	3.90 (0.77)	3.85 (0.69)	3.88 (0.74)	0.69
Punteggio tota- le di resilienza	3.70 (0.50)	3.66 (0.56)	3.68 (0.53)	0.62
Benessere mentale	(n=252) 42.09 (6.21)	(n=204) 41.99 (6.98)	(n=456) 42.05 (6.56)	0.05
Qualità della vita	(N = 234) 65.71 (13.27)	(N = 185) 68.92 (14.31)	(N = 419) 67.12 (13.82)	2.38*

Note. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Associazione tra resilienza, qualità della vita in relazione alla salute e benessere mentale

La tabella 3 riporta la correlazione di Pearson tra ogni dimensione di resilienza, la qualità di vita e il benessere mentale. Valori più elevati delle dimensioni di resilienza correlano positivamente con un più alto livello di qualità della vita e di benessere mentale. È emersa anche una moderata correlazione tra il benessere mentale e la qualità di vita in relazione alla salute (coefficiente di Pearson = 0.66; $p = 0.00$).

Tab. 3 – *Correlazione tra le dimensioni della resilienza, la qualità della vita e il benessere mentale*

	Qualità della vita legata alla salute (n=419)	Benessere mentale (n=455)
Dimensioni della resilienza	Coeff. Pearson	Coeff. Pearson
Competenza personale	0.69	0.71
Competenza sociale	0.49	0.51
Stile strutturato	0.56	0.54
Risorse sociali	0.50	0.43
Coazione familiare	0.55	0.42
Qualità della vita legata alla salute	-	0.66

Note. Tutte le correlazioni $p < 0.001$

Discussione

Lo studio riporta una descrizione del livello di resilienza, del benessere mentale e della qualità della vita in relazione alla salute in un campione di adolescenti italiani. Il campione comprende oltre 400 studenti del secondo anno della scuola secondaria di primo grado di 7 scuole della Provincia Autonoma di Trento, ed è parte di uno studio europeo multicentrico che analizza i dati di studenti provenienti da cinque Paesi europei e focalizza la propria attenzione sulla prima adolescenza, considerata una fase della vita cruciale in riferimento allo sviluppo di resilienza e benessere mentale.

Per quanto riguarda la resilienza, sono stati esplorati gli effetti di genere per il punteggio totale e tutte le cinque dimensioni, confermando parzialmente i risultati dello studio di validazione originale della scala

READ (Hjemdal et al., 2006). Come nello studio originale, che includeva adolescenti norvegesi tra i 13 e i 15 anni, le studentesse hanno riportato livelli di risorse sociali significativamente più alti rispetto agli studenti maschi, mentre il livello più alto di competenza personale negli studenti maschi emerso dal campione norvegese non è stato confermato. Risultati diversi, invece, sono emersi nello studio di validazione italiano (Stratta et al., 2012) che, tuttavia, includeva studenti con un'età media di 18.15 anni. Confrontando i valori di resilienza con lo studio di validazione italiano, il nostro campione di studenti ha presentato un livello generale di resilienza più basso e questo è confermato negli ambiti della competenza personale, della competenza sociale e dello stile strutturato. I risultati sulla competenza personale sono confermati anche per entrambi i generi separatamente, indicando un livello più basso nei nostri giovani partecipanti. Allo stesso modo, per entrambi i generi è emerso un livello inferiore per quanto riguarda il grado in cui si preferisce pianificare e dare struttura alle azioni quotidiane. Per quanto riguarda il sistema di supporto esterno, le risorse sociali sono risultate inferiori rispetto a quanto emerso dal campione di validazione solo per le studentesse, mentre la competenza sociale è risultata inferiore solo per gli studenti maschi. Il primo risultato indica che le adolescenti percepiscono un minore supporto da parte di amici e parenti, minore intimità e disponibilità di supporto sociale generale rispetto alle adolescenti più grandi. Il secondo risultato indica che i maschi, nella prima adolescenza, riferiscono livelli più bassi di estroversione, abilità sociale, umore allegro, capacità di avviare attività, capacità di comunicazione e flessibilità nelle situazioni sociali rispetto agli adolescenti più grandi. È interessante notare che la coesione familiare è risultata più elevata nel nostro campione di adolescenti rispetto alle controparti più grandi, indicando che i valori condivisi e il sostegno da parte della famiglia e il ruolo positivo della famiglia per la resilienza a fronte di difficoltà, sono percepiti come molto rilevanti. Tutte queste differenze potrebbero essere spiegate dalla differenza d'età presente tra i due campioni confrontati.

Per quanto riguarda la salute mentale percepita, i valori medi del campione italiano ottenuti nella scala WEMWBS, che comprende aspetti affettivi, cognitivi, relazionali e di funzionamento psicologico, sono risultati superiori a quelli riportati dal campione trentino: operando un confronto in base al genere si osserva come questo risultato sia legato alla componente femminile del campione. Tale dato è in linea con quanto emerso da un recente lavoro di La Femina e collaboratori (2018) sulle modalità di intervento sulle fragilità evolutive in contesto scolastico, con riferimento al triennio 2015-2017, che evidenzia una lieve diminuzione degli utenti in situazione di svantaggio che vengono inviati dalle

scuole e dalle famiglie all'U.O. di Psicologia in Trentino e descrive anche un intenso lavoro di rete tra l'Unità, le istituzioni scolastiche e altri operatori del territorio, in sostegno alle famiglie.

Per quanto riguarda la qualità della vita, sono gli studenti maschi a riportare livelli più elevati. Tale dato è in linea con i risultati dell'imponente studio realizzato da Michel e collaboratori (2009) che sottolinea, tra l'altro, come le differenze di genere più significative in tale costrutto emergano proprio tra gli 11 e i 14 anni: ciò ad ulteriore conferma di come le naturali transizioni fisiologiche, psicologiche e sociali legate alla pubertà si associno a punteggi più bassi di qualità della vita, nella misura in cui gli adolescenti non si sentono in grado di farvi adeguatamente fronte.

L'associazione fra le tre misure (resilienza, benessere mentale e qualità della vita in relazione alla salute) è emersa con una relazione moderata tra tutte le dimensioni della resilienza sia con il benessere mentale positivo che con la qualità della vita in relazione alla salute percepita dagli studenti. Il livello più elevato di correlazione (0.71) riguarda la relazione tra competenza personale, come dimensione di resilienza, e il benessere mentale. Considerando le dimensioni della resilienza come fattori modificabili attraverso interventi psicosociali, si conferma la notevole rilevanza di fare ricerca su tale costrutto in un'ottica di pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute, focalizzati sullo sviluppo e il consolidamento di queste competenze. Le moderate intercorrelazioni tra i fattori di resilienza hanno confermato che essi misurano aspetti diversi ma correlati del costrutto di resilienza, anche in un campione di adolescenti, come suggerito dagli studi di validazione (Hjemdal et al., 2006; Anyan et al., 2021).

Punti di forza e limiti

La buona numerosità del campione dello studio costituisce un punto di forza di questo approfondimento, insieme al buon equilibrio tra studenti di genere maschile e femminile. Nonostante questo e l'inclusione di scuole di diverse aree della Provincia Autonoma di Trento, è importante sottolineare che i risultati non possono essere generalizzati a tutta la regione Trentino Alto Adige o ad altre regioni italiane. L'approfondimento delle relazioni tra benessere, resilienza, qualità della vita e caratteristiche demografiche, come ad esempio lo status di immigrazione, potrebbe essere oggetto di approfondimento futuro: la maggior parte degli studenti del campione è nata in Italia, anche se il Paese di origine della famiglia potrebbe essere diverso, visto che nella Provincia Autonoma di Trento quasi il 9% della popolazione generale proviene da un Paese di-

verso dall'Italia (ISPAT, 2018) e i dati dell'ultimo rapporto HBSC (2018) ci informano che il 21% del campione della ricerca (che comprende studenti di 11, 13 e 15 anni) ha almeno un genitore nato all'estero. Uno studio futuro potrebbe focalizzarsi su questi aspetti, in quanto il contesto culturale è legato alla resilienza (Theron, 2013) e infatti la letteratura dimostra che i fattori di stress infantile possono essere vissuti in modo differenziato da individui provenienti da diversi contesti, etnici e di classe sociale, e che fattori socioculturali possono influenzare lo sviluppo della resilienza e delle strategie di coping (Clauss-Ehlers, 2008).

Infine, non va tralasciato che il presente studio è di tipo trasversale, e pertanto restituisce un'immagine relativa ad un preciso momento: per osservare l'andamento delle variabili di interesse nel tempo sono necessari dati longitudinali che saranno disponibili in futuro, ma che tuttavia potrebbero essere in parte condizionati dall'impatto della pandemia da Covid-19.

Tale immagine può costituire un promettente punto di partenza per identificare e seguire le tendenze future, poiché al momento non sono note altre indagini che mettano in connessione queste variabili, in riferimento al contesto Trentino.

Come ampiamente descritto in letteratura, i problemi emotivi e comportamentali, oltre ai disturbi fisici, rappresentano una delle principali cause di malattia negli adolescenti dei paesi industrializzati, con conseguenze negative per gli esiti nella vita adulta. Ampliando la prospettiva del ciclo di vita, possiamo facilmente comprendere come i problemi di salute mentale degli adolescenti determinino profonde implicazioni non solo per il loro benessere personale e il loro sviluppo sociale, ma anche per la nostra economia globale (Sawyer et al., 2012): nel 2012 la London School of Economics (LSE) ha quantificato una perdita annuale del 4% del prodotto nazionale lordo europeo legata agli effetti dei problemi di salute mentale (a causa dell'assenteismo, della riduzione delle prestazioni sul lavoro, ecc.). Per questo motivo l'esplorazione e il costante monitoraggio dei bisogni e delle risorse degli adolescenti, in diversi contesti, rappresenta una strategia cruciale per i dipartimenti della salute e dell'educazione che operano a livello locale e nazionale, al fine di allocare opportunamente risorse e realizzare interventi mirati a prevenire problemi emotivi e comportamentali per costruire efficacemente il benessere emotivo, sociale e mentale. In particolare, appare fondamentale migliorare le azioni di prevenzione e promozione all'interno della scuola, che rappresenta uno dei contesti privilegiati e più significativi di formazione degli adolescenti. Tuttavia, le azioni spesso sostenute nel sistema educativo

italiano sono più centrate sulla prevenzione e cura dei comportamenti problematici, rispetto alla costruzione delle competenze socio-emozionali per rafforzare resilienza e benessere mentale.

Conclusioni

Per concludere, una possibile strategia per monitorare attivamente il benessere mentale e la sua promozione è quella di incrementare la capacità del sistema scolastico di formare gli adolescenti sulle competenze socio-emotive, attraverso l'opportuna formazione dei docenti e di tutto lo staff scolastico, supportati e supervisionati da figure professionali come psicologi e pedagogisti. Approcci che integrano diverse componenti, come quello adottato nel progetto UPRIGHT, che comprende elementi di matrice cognitivo-comportamentale, competenze socio-emotive e mindfulness, sembrano i più promettenti poiché rispecchiano maggiormente le più recenti concettualizzazioni della resilienza, che riconoscono ed enfatizzano la natura dinamica e multidimensionale di questo costrutto (Mahli et al., 2019).

Ringraziamenti

Questo lavoro è stato finanziato dal progetto UPRIGHT, programma di ricerca e innovazione Horizon 2020, accordo di sovvenzione n. 754919. Le idee contenute in questo articolo riflettono esclusivamente il punto di vista degli autori e la Commissione Europea non è responsabile per qualunque utilizzo delle informazioni riportate.

Gli autori desiderano ringraziare in particolare il personale scolastico, gli studenti e le famiglie degli Istituti coinvolti nel progetto UPRIGHT.

“per conto del Consorzio UPRIGHT” include i seguenti coautori:

Kronikgune (Spagna): Esteban de Manuel, Ane Fullaondo, Carlota Las Hayas, Irantzu Izco-Basurko, Maider Mateo, Nerea González, Igor Larranga.

Osakiderza (Spagna): Ana González-Pinto, Inaki Zorilla, Patricia Pérez Martínez, Jessica Fernández Sevillano, Itziar Vegara, Javier Mar.

UMWD/DPC/FH (Polonia): Iwona Mazur, Anna Królicka-Deregowska

NTNU (Norvegia): Roxanna Morote, Fredrik Anyan, Odin Hjemdal.

DOHI (Islanda): Dora Gudrun Gudmundsdottir, Solveig Karlsdottir, Sigrun Danielsdottir.

AU (Danimarca): Mette Marie Ledertoug, Hans Henrik Knoop, Nina Tange.

UoI (Islanda): Anna Sigrídur Olafsdóttir, Ingibjörg V. Kaldalons, Bryndis Jona Jonsdóttir, Alda Ingibergsdóttir, Hrefna Palsdóttir, Unnur B. Arnfjörð.

Bibliografia

- Anyan, F., Morote, R., Las Hayas, C., Gabrielli, S., Mazur, I., Gudmundsdóttir D.G., González, N., Krolicka-Deregowska, A., Zwiefka, A., Olafsdóttir, A.S., & Hjemdal, O. (2021). Measuring resilience across participating regions in the UPRIGHT EU Horizon 2020 project: Factor structure and psychometric properties of the Resilience Scale for Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 235. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.629357.
- Clauss-Ehlers, C.S. (2008). Sociocultural factors, resilience, and coping: Support for a culturally sensitive measure of resilience. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(3), 197-212. DOI: 10.1016/j.appdev.2008.02.004.
- Farley, H.R. (2020). Assessing mental health in vulnerable adolescents, *Nursing*, 50(10): 48-53. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000697168.39814.93.
- González-Cabrera, J., Machimbarrena, J.M., Fernández-González, L., Prieto-Fidalgo, Á., Vergara-Moragues, E. & Calvete, E. (2019). Health-Related Quality of Life and Cumulative Psychosocial Risks in Adolescents. *Youth & Society*. DOI: 10.1177/0044118X19879461.
- Gremigni, P. & Stewart-Brown, S. (2011). Una misura del benessere mentale: validazione italiana della Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) [A measure of mental well-being: Italian validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)]. *Giornale italiano di psicologia*, 2, 485-508. DOI: 10.1421/35174.
- Haefel, G. J., & Hames, J. L. (2014). Cognitive vulnerability to depression can be contagious. *Clinical Psychological Science*, 2(1), 75-85. DOI:10.1177/2167702613485075.
- Haskett, M.E., Nears, K., Sabourin, Ward, C. & McPherson, A.V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796-812. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.03.005.
- Health Behaviour in School Aged Children (2018). *Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Risultati dell'indagine HBSC 2018 nella provincia di Trento*. Trento: Edizioni Provincia autonoma di Trento Assessorato alla salute e politiche sociali.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T.C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J.H. (2006). A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39(2), 84-96. DOI: 10.1080/07481756.2006.11909791.
- ISPAT (2018). *La popolazione straniera residente in provincia di Trento al 1° gennaio 2018*. Provincia autonoma di Trento ISPAT.

- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801): 1515-25. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.
- La Femina, F., Canalia, L., Salvati, E. & Bravi, E. (2018). Fragilità evolutive nel contesto scolastico: le modalità di intervento della U.O. di Psicologia in Trentino. *Ricercazione*, 10(2), 45-63. DOI: 10.32076/RA10204.
- Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D., Knoop, H.H., Olafsdottir, A.S., Donisi, V., Carbone, S., Rizzi, S., Mazur, I., Krolicka-Deregowska, A., Morote, R., Anyan, F., Ledertoug, M.M., Tange, N., Kaldalons, I., Jonsdottir, B.J., González-Pinto, A., Vergara, I., González-Pinto, N., Medina, J.M., & De Manuel Keenoy, E. (2019). Upright, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1413). DOI: 10.1186/s12889-019-7759-0.
- Malhi, G.S., Das, P., Bell, E., Mattingly, G. & Mannie, Z. (2019). Modelling resilience in adolescence and adversity: a novel framework to inform research and practice. *Translational Psychiatry*, 9, 316. DOI: 10.1038/s41398-019-0651-y.
- McMakin, D. & Alfano, C. (2015). Sleep and anxiety in late childhood and early adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6): 483-489. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000204.
- Meins, E., McCarthy-Jones, S., Fernyhough, C., Lewis, G., Bentall, R. P., & Alloy, L. B. (2012). Assessing negative cognitive style: Development and validation of a short-form version of the Cognitive Style Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 52, 581-585. DOI:10.1016/j.paid.2011.11.026.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C., Abel, T. & the KIDSCREEN group (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, 1147. DOI: 10.1007/s11136-009-9538-3.
- Morote, R., Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Anyan, F., Fullaondo, A., Zwiefka, A., Gudmundsdottir, D., Ledertoug, M., Olafsdottir, A., Gabrielli, S., Carbone, S., Mazur, I., Królicka-Deręowska, A., Knoop, H.H., Tange, N., Kaldalons, I., Jonsdottir, B., Gonzales Pinto, A. & Hjemdal, O., on behalf of the UPRIGHT consortium. (2020). Cocreation and Regional Adaptation of a Resilience-based Universal Whole-school Program in five European Regions. *European Educational Research Journal*, 1 - 27. DOI: 10.1177/1474904120947890.
- Powers, A. & Casey, B.J. (2015). The adolescent brain and the emergence and peak of psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14 (1): 3-15. DOI: 10.1080/15289168.2015.1004889.

- Rapee, R.M., Oar, E.L., Johnco, C.J., Forbes, M.K., Fardouly, J., Magson, N.R. & Richardson, C.E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 123(103501). DOI: 10.1016/j.brat.2019.103501.
- Ravens-Sieberer, U., Gosh, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & the KIDSCREEN Group (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11(4), 645-658. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x.
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A.C. & Patton, G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. DOI: 10.1037/0003-066x.55.1.5.
- Sinclair, V., & Wallston, K. (1999). The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 119-129. DOI: 10.1023/A:1018770926615.
- Sinclair, V., & Wallston, K. (2010). Psychological vulnerability predicts increases in depressive symptoms in individuals with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 59, 140-146. DOI:10.1097/NNR.0b013e3181d1a6f6.
- StataCorp. (2017). *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC.
- Stewart-Brown, S. & Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). User guide: version 1*. Retrieved from: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/user-guide.pdf>.
- Stochl, J., Sonesson, E., Wagner, A., Khandaker, G., Goodyer, I. & Jones, P. (2019). Identifying key targets for interventions to improve psychological wellbeing: Replicable results from four UK cohorts. *Psychological Medicine*, 49(14), 2389-2396. DOI: 10.1017/S0033291718003288.
- Stratta, P., Riccardi, I., Di Cosimo, A., Cavicchio, A., Struglia, F., Daneluzzo, E., Capanna, C. & Rossi, A. (2012). A validation study of the Italian version of the resilience scale for adolescents (READ). *Journal of Community Psychology*, 40(4), 479-485. DOI: 10.1002/jcop.20518.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63). DOI: 10.1186/1477-7525-5-63.
- The Kidscreen Group Europe (2006). *The KIDSCREEN questionnaires Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Theron, L. (2013). Black students' recollections of pathways to resilience: Lessons for school psychologists. *School Psychology International*, 34(5), 527-539. DOI: 10.1177/0143034312472762.

- Ullsperger, J.M. & Nikolas, M.A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: Are there sex differences in risk?. *Psychological Bulletin*, 143(9): 903-938. DOI: 10.1037/bul0000106.
- Wallander, J. L. & Koot, H. M. (2016). Quality of life in children: A critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. *Clinical Psychology Review*, 45: 131-143. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.11.007.
- Wathen, C.N., MacGregor, J.C., Hammerton, J., Coben, J.H., Herrman, H., Stewart, D.E. & MacMillan, H.L for the PreVAiL Research Network (2012). Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: Results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, 12, 684. DOI: 10.1186/1471-2458-12-684.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-69. DOI: 10.1017/S0959259810000420
- World Health Organization (2001a). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.
- World Health Organization (2001b). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64320>.
- World Health Organization (2006). *Orientation programme on adolescent health for health care providers*. World Health Organization. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42868>.
- World Health Organization (2019). *Adolescent mental health*. Retrieved from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A. & Marceau, K. (2008). Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358.