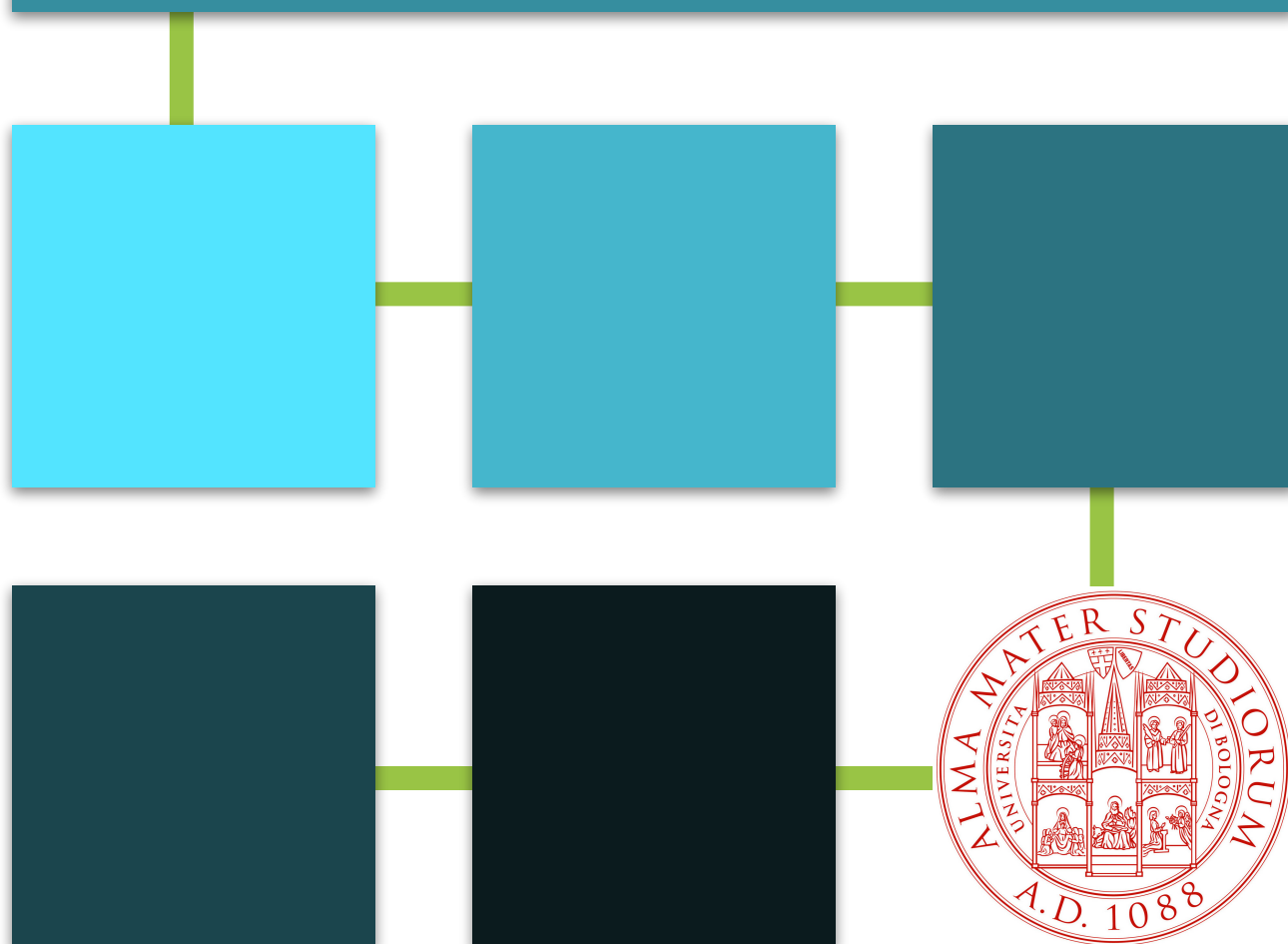


INDAGINE CON I CITTADINI

LA COMUNITÀ DURANTE IL LOCKDOWN

REPORT PRELIMINARE DI RICERCA

NOVEMBRE 2020



RAPPORTO DI RICERCA A CURA DI

IRENE BARBIERI, CHRISTIAN COMPARE, ANTONELLA GUARINO, IANA TZANKOVA

LABORATORIO DI PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SUPERVISIONE E COORDINAMENTO SCIENTIFICO

CINZIA ALBANESI

DOCENTE DI TEORIA E METODI DI PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

NOVEMBRE 2020

ISBN 9788854970373

DOI 10.6092/UNIBO/AMSACTA/6528

ATTRIBUZIONE – NON COMMERCIALE – NON OPERE DERIVATE (CC BY-NC-ND) 4.0

INDICE

1	LA RICERCA	5
1.1	OBIETTIVI	5
1.2	PROCEDURA E METODOLOGIA	6
1.3	IL QUESTIONARIO	6
1.4	IL CAMPIONE	11
2	I RISULTATI	16
2.1	COMPORAMENTI	16
2.1.1	INFLUENZA SOCIALE	16
2.1.2	COMPORAMENTI PRECAUZIONALI	19
2.1.3	COMPORAMENTI PROSOCIALI	23
2.2	ATTEGGIAMENTI	25
2.2.1	ATTEGGIAMENTI VERSO LA TECNOLOGIA	25
2.2.2	FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI	26
2.3	SENSO DI APPARTENENZA	28
2.3.1	SENSO DI COMUNITÀ TERRITORIALE	28
2.3.2	SENSO DI COMUNITÀ COME RESPONSABILITÀ	30
2.4	RESILIENZA	32
2.4.1	RESILIENZA PSICOLOGICA	32
2.4.2	RESILIENZA COLLETTIVA	34
2.4.3	RESILIENZA DI COMUNITÀ	35
2.5	REAZIONI E VISIONI DELL'EMERGENZA	36
2.5.1	REAZIONI EMOTIVE	36
2.5.2	PREOCCUPAZIONI LEGATE ALL'EMERGENZA	38
2.5.3	RIFLESSIVITÀ	43
2.5.4	EFFETTI SUI GRUPPI PIÙ VULNERABILI	46
2.5.5	IMPLICAZIONI FUTURE	47
3	DISCUSSIONE	52

INDICE DELLE TABELLE

TABELLA 1.1 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE ALLA PROVINCIA	11
TABELLA 1.2 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE AL LIVELLO DI ISTRUZIONE	12
TABELLA 1.3 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE ALLA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE	13
TABELLA 1.4 - CONDIZIONI DI LAVORO DURANTE IL LOCKDOWN (ATTIVITÀ LAVORATIVA DIPENDENTE). FREQUENZE E PERCENTUALE	13
TABELLA 1.5 - CONDIZIONI DI LAVORO DURANTE IL LOCKDOWN (ATTIVITÀ LAVORATIVA AUTONOMA). FREQUENZE E PERCENTUALE	14
TABELLA 1.6 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE ALLA CITTADINANZA	14
TABELLA 1.7 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA	15

INDICE DELLE FIGURE

FIGURA 1.1 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE PER GENERE. VALORI PERCENTUALI SUL TOTALE	11
FIGURA 1.2 - DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE IN BASE ALLA FASCIA DI ETÀ	12
FIGURA 2.1 - INFLUENZA SOCIALE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	16
FIGURA 2.2 - INFLUENZA SOCIALE: DIFFERENZE PER GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	17
FIGURA 2.3 - INFLUENZA SOCIALE: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	18
FIGURA 2.4 - INFLUENZA SOCIALE: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	18
FIGURA 2.5 - COMPORTAMENTI PRECAUZIONALI. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	19
FIGURA 2.6 - COMPORTAMENTI PRECAUZIONALI: DIFFERENZE PER GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	20
FIGURA 2.7 - COMPORTAMENTI PRECAUZIONALI: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1- 5)	21
FIGURA 2.8 - COMPORTAMENTI PRECAUZIONALI: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE	22
FIGURA 2.9 - COMPORTAMENTI PROSOCIALI AGITI. VALORI PERCENTUALI SUL TOTALE DELLE RISPOSTE	23
FIGURA 2.10 - COMPORTAMENTI PROSOCIALI RICEVUTI. VALORI PERCENTUALI SUL TOTALE DELLE RISPOSTE	24
FIGURA 2.11 - ATTEGGIAMENTI VERSO LA TECNOLOGIA. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	25
FIGURA 2.12 – ATTEGGIAMENTI VERSO LA TECNOLOGIA: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	26
FIGURA 2.13 - FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	26
FIGURA 2.14 – FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	27
FIGURA 2.15 – FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	28
FIGURA 2.16 - SENSO DI COMUNITÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	28

FIGURA 2.17 - SENSO DI COMUNITÀ: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	29
FIGURA 2.18 - SENSO DI COMUNITÀ: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	30
FIGURA 2.19 - SENSO DI COMUNITÀ COME RESPONSABILITÀ E GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	30
FIGURA 2.20 - SENSO DI COMUNITÀ COME RESPONSABILITÀ: DIFFERENZE PER FASCE DI ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	31
FIGURA 2.21 - RESILIENZA PSICOLOGICA. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	32
FIGURA 2.22 - RESILIENZA PSICOLOGICA: DIFFERENZE PER FASCE DI ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	33
FIGURA 2.23 - RESILIENZA PSICOLOGICA: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	33
FIGURA 2.24 - RESILIENZA COLLETTIVA E GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	34
FIGURA 2.25 - RESILIENZA COLLETTIVA: DIFFERENZE PER FASCE DI ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	34
FIGURA 2.26 - RESILIENZA DI COMUNITÀ E GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	35
FIGURA 2.27 - RESILIENZA DI COMUNITÀ: DIFFERENZE PER FASCE DI ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	35
FIGURA 2.28 - REAZIONI EMOTIVE. VALORI PERCENTUALI SUL TOTALE DELLE RISPOSTE	36
FIGURA 2.29 - PREOCCUPAZIONI. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	38
FIGURA 2.30 - PREOCCUPAZIONI: DIFFERENZE PER GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	40
FIGURA 2.31 - PREOCCUPAZIONI: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	41
FIGURA 2.32 - PREOCCUPAZIONI: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	42
FIGURA 2.33 - RIFLESSIVITÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	43
FIGURA 2.34 - RIFLESSIVITÀ: DIFFERENZE PER GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	44
FIGURA 2.35 - RIFLESSIVITÀ: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	44
FIGURA 2.36 - RIFLESSIVITÀ: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	45
FIGURA 2.37 - GRUPPI VULNERABILI INDIVIDUATI. VALORI PERCENTUALI SUL TOTALE DELLE RISPOSTE	46
FIGURA 2.38 - IMPLICAZIONI FUTURE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	47
FIGURA 2.39 - IMPLICAZIONI FUTURE: DIFFERENZE PER GENERE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	49
FIGURA 2.40 - IMPLICAZIONI FUTURE: DIFFERENZE PER ETÀ. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	50
FIGURA 2.41 - IMPLICAZIONI FUTURE: DIFFERENZE PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. VALORI MEDI (RANGE DI RISPOSTA 1-5)	51

1 LA RICERCA

1.1 INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Quando abbiamo strutturato la ricerca avevamo come obiettivo comprendere l'impatto che la pandemia COVID-19 e le misure di contenimento hanno avuto sulle dinamiche psicosociali della vita nelle comunità, con una attenzione sugli effetti dell'emergenza su stili di vita, coesione, comportamenti pro-sociali e prospettiva sul futuro. Volevamo ottenere dati non soltanto sugli impatti negativi, che pure abbiamo rilevato e che richiedono l'attivazione di azioni e progetti ad hoc, ma anche sulle risorse e le capacità che le persone e le comunità hanno mostrato (anche durante la pandemia). Abbiamo misurato costrutti come quelli di "resilienza", e "senso di comunità", che in psicologia sociale e di comunità hanno un preciso significato, ma che in tempo di pandemia abbiamo sentito "sulla bocca di tutti", e sono stati usati con le accezioni più varie. Abbiamo pensato che la prospettiva psicosociale nella quale ci riconosciamo come gruppo di studiose e studiosi, attenti alla ricaduta pratica del nostro lavoro di ricerca, potesse offrire una visione sufficientemente "solida" dal punto di vista scientifico, ma allo stesso tempo sufficientemente "duttile" da essere plasmata dalle domande delle comunità locali, per produrre una ricerca "localmente rilevante".

Volevamo ottenere una fotografia che offrisse una visione abbastanza ampia delle comunità che hanno partecipato alla ricerca, da potere approfondire con gli stakeholder locali gli aspetti che loro ritengono maggiormente utili per orientare le azioni, informative e di sostegno (incluse l'attivazione di servizi e progetti) finalizzate a sostenere il benessere e la qualità di vita delle comunità nel periodo di emergenza e auspicabilmente nel periodo post- emergenza.

Si può dire, in altre parole, che questa sia la prima versione di un report in progress, che sottoponiamo all'attenzione di quelle organizzazioni che hanno supportato la raccolta dei dati attraverso la promozione della ricerca sui loro siti (in primis l'amministrazione comunale di Cesena, l'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia- Romagna, il Centro Servizi Volontariato di Bologna – Volabo, e Cft Group con Headquarter a Parma. Auspichiamo che la lettura di questo report sia di stimolo a ulteriori domande e richieste di approfondimento sui dati raccolti, in un processo di co-costruzione di nuova conoscenza che vede l'università in stretta collaborazione con le organizzazioni che hanno supportato la raccolta dei dati.

1.2 PROCEDURA E METODOLOGIA

La ricerca è stata realizzata nel periodo aprile-maggio 2020. La raccolta dei dati è avvenuta utilizzando un questionario on-line, distribuito mediante la piattaforma Qualtrics.

La popolazione di riferimento del questionario sono giovani e adulti della regione Emilia-Romagna. Il campionamento è stato di tipo non probabilistico di convenienza, mediante una richiesta di collaborazione inviata via mail o social networks ai contatti dell'équipe di ricerca, inclusi i referenti di alcune amministrazioni locali e/o aziende del settore pubblico, privato e sociale. La proposta di aderire alla ricerca è stata inviata ai referenti con un'informativa che spiegava gli scopi della ricerca. Nel complesso l'adesione è stata buona, e le persone contattate hanno collaborato alla ricerca.

Conclusa la fase di raccolta dei dati, sono state effettuate le procedure standard di verifica dei data set raccolti e predisposti per l'analisi. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software statistico SPSS¹.

1.3 IL QUESTIONARIO

Per la raccolta dati è stato usato un questionario con scale esistenti ed item creati ad hoc sulla base della letteratura scientifica e delle domande di ricerca. Le aree prese in esame sono le seguenti:

Caratteristiche socio demografiche

Per questa sezione sono stati rilevati il genere, l'età, la nazionalità, il livello di istruzione, lo stato occupazionale, la condizione abitativa (abitare da soli o con altre persone), la disponibilità di connessione ad Internet e/o di dispositivi elettronici (come pc portatili o smart tv), lo stato di salute percepito e la vicinanza al virus COVID-19 (conoscere o meno persone che hanno contratto il virus).

¹ Il test del Chi2 è stato usato per rilevare l'esistenza di differenze significative nella distribuzione delle risposte, mentre sono stati utilizzati il t-test (quando i gruppi da confrontare erano due, ad esempio maschi/femmine) e l'analisi della varianza (nel caso in cui i gruppi da confrontare fossero più di due) per verificare eventuali differenze nei valori medi delle risposte fornite da gruppi diversi. In generale, è consuetudine considerare significativa, e quindi non attribuibile al caso, una differenza nella distribuzione delle risposte quando il parametro (Chi2, T di Student) ha una probabilità (p) inferiore a .05. Quando sono state utilizzate scale psicometriche per la misurazione di un costrutto, è stata applicata anche una procedura statistica denominata analisi fattoriale che consente di ridurre il numero di variabili necessarie a spiegare un fenomeno, definendo dei fattori latenti e misurando la "similitudine" di un certo numero di variabili osservate.

Comportamenti

INFLUENZA SOCIALE. Sono state inserite 6 domande relative a due dimensioni: l'influenza del gruppo di amici, e l'influenza del gruppo familiare sull'adozione dei comportamenti precauzionali e la percezione della situazione di emergenza sanitaria COVID-19. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). La letteratura scientifica mostra che gli atteggiamenti sociali e i comportamenti di protezione della salute hanno una componente normativa e possono essere influenzati dalle opinioni e dai comportamenti del proprio gruppo di riferimento.

COMPORAMENTI PROTETTIVI. Sono state inserite 8 domande relative alla frequenza dell'adozione di comportamenti precauzionali. I comportamenti sono quelli indicati sul portale del Ministero della Salute (2020) secondo le istruzioni dell'Istituto Superiore della Sanità. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("mai") a 5 ("sempre"). Il livello di adesione ai comportamenti raccomandati può essere influenzato dalle credenze personali, dalle norme sociali e dalle emozioni associate al COVID-19. L'identificazione di gruppi o categorie meno attente all'adozione dei comportamenti raccomandati può essere utile alla pianificazione di azioni di sensibilizzazione mirate.

COMPORAMENTI PROSOCIALI – AGITI E DI CUI SI È BENEFICIATO. Sono stati inseriti alcuni dei comportamenti prosociali più rappresentati a livello mediatico e diffusi durante il periodo della quarantena. In tutto i comportamenti inseriti sono 26 (14 comportamenti agiti; 12 comportamenti di cui si è beneficiato). In entrambe le domande si dava la possibilità ai partecipanti di indicare una o più risposte. Durante la fase del lockdown molta enfasi mediatica è stata posta sull'attivazione "spontanea" di servizi di solidarietà e sostegno formale e informale. Con queste domande volevamo comprendere quali comportamenti sono stati agiti dalla popolazione e di quali servizi di solidarietà la popolazione ha usufruito.

Atteggiamenti

ATTEGGIAMENTI VERSO LA TECNOLOGIA. È stata usata la sottoscala degli atteggiamenti della Media And Techonolgy Usage And Attitudes Scale di Rosen et al. (2013), qui tradotta in italiano. La scala si compone di 12 domande relative a tre dimensioni del costrutto: atteggiamenti positivi, atteggiamenti negativi e atteggiamenti di ansia/dipendenza. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 12 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Atteggiamento verso la Tecnologia.

FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI. Sono state inserite 5 domande relative al livello di adeguatezza di risposta percepito da parte dei partecipanti riguardo le istituzioni nei contesti cittadini (Amministrazioni Locali e Regionali), nazionali (il Governo Nazionale e il Sistema Sanitario Nazionale), ed internazionali (l'Unione Europea). La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("per niente") a 5 ("moltissimo").

L'emergenza pandemica ha posto le istituzioni sotto i riflettori, sia in riferimento alla comunicazione che alla gestione del rischio. Vi sono evidenze che tanto più la fiducia nei confronti delle istituzioni è elevata tanto più è probabile che la comunicazione sia ritenuta efficace. La fiducia è indicata come un componente chiave per l'adozione dei comportamenti preventivi (Prati, Pietrantonio, Zani, 2012). Inoltre, la pandemia e la conseguente adozione di misure di distanziamento fisico, hanno "costretto" le persone ad un ricorso massiccio all'uso di tecnologia, a scopo di intrattenimento, formativo e in alcuni casi lavorativi. Ci interessava capire l'effetto dell'uso "forzato" della tecnologia sulla percezione di utilità e competenza, anche in relazione alla dotazione di tecnologia disponibile in casa.

Senso di appartenenza

SENSO DI COMUNITÀ TERRITORIALE. È stata usata la Brief Sense of Community Scale di Peterson et al. (2008), qui tradotta in italiano. La scala si compone di 8 domande, relative alle quattro dimensioni del costrutto: soddisfazione dei bisogni, connessione emotiva nella comunità, senso di appartenenza e opportunità di influenza. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 8 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Senso di Comunità.

SENSO DI RESPONSABILITÀ DI COMUNITÀ. È stata usata la Sense of Community Responsibility Scale validata in italiano da Prati et al. (2020). La scala si compone di 6 domande relative al costrutto di responsabilità di comunità. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 6 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Senso di Responsabilità di Comunità.

La letteratura ha identificato nel Senso di Comunità un fattore protettivo per il benessere (in particolare sociale) delle persone, e un elemento che sostiene l'impegno e la partecipazione civica. Nowell e Boyd (2010), hanno proposta una declinazione del senso di comunità come responsabilità intesa come fattore in grado di spingere i membri di una comunità a porsi obiettivi condivisi e ad attivarsi per il loro perseguimento.

Il legame con la comunità si configura pertanto come un elemento potenzialmente importante rispetto alla adozione di comportamenti protettivi della salute della comunità durante la pandemia.

Resilienza

RESILIENZA PSICOLOGICA. È stata usata la Resilience Scale validata in italiano da Callegari et al. (2016). La scala si compone di 14 domande relative alle cinque dimensioni del costrutto: fiducia in sé, avere degli obiettivi, equanimità, la perseveranza e l'autenticità. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 14 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Resilienza Psicologica.

RESILIENZA COLLETTIVA. È stata usata la Fletcher-Lyons Collective Resilience Scale di Fletcher-Lyons (Lyons et al., 2016), qui tradotta in italiano. La scala si compone di 5 domande relative al costrutto di resilienza di comunità. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 5 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Resilienza Collettiva.

RESILIENZA DI COMUNITÀ. Sono state usate le scale di potenziale trasformativo, gestione dell'emergenza, e informazione e comunicazione del questionario CART (Communities Advancing Resilience Toolkit) di Pfefferbaum et al. (2014), qui tradotte in italiano. La scala si compone di 11 domande relative alle tre dimensioni di potenziale trasformativo, gestione dell'emergenza, e informazione e comunicazione. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo"). A partire dalla media delle risposte alle 11 domande, è stato calcolato un indicatore sintetico di Resilienza di Comunità (intesa come la capacità della comunità di gestire e riprendersi da una situazione di emergenza).

Con il termine resilienza si intende la capacità di adattamento e di sviluppo positivo espressa dagli individui e dalle comunità in circostanze sfavorevoli, legata non solo alle risorse individuali ma anche alle opportunità offerte dal contesto (Cicognani e Zani, 1999; Cicognani, 2012). Benché si tratti di un concetto molto utilizzato non è possibile darne una definizione univoca. Vi sono tuttavia evidenze multiple riferite all'associazione tra capitale sociale (bonding, bridging e linking) e resilienza di comunità, sia nel senso di capacità di mobilitare le risorse della comunità nelle diverse fasi di un disastro, sia nel senso di disponibilità di risorse della comunità.

Reazioni e prospettive sull'emergenza

REAZIONI EMOTIVE. Sono state inserite alcune delle emozioni principali riscontrate in letteratura come reazioni a situazioni di emergenza. Le 15 emozioni sono state presentate due volte ai partecipanti: nella prima domanda si chiedeva di riflettere sulle reazioni emotive a seguito dell'affermazione "Il 31 gennaio 2020 venivano diagnosticati i primi due casi positivi al COVID-19 nel nostro paese"; nella seconda domanda si chiedeva di riflettere sulla propria condizione emotiva al momento della compilazione. In entrambe le domande si chiedeva ai partecipanti di indicare una o più risposte.

PREOCCUPAZIONI SUL FUTURO. Sono state inserite 10 domande, costruite sulla base dell'articolo inerente all'impatto psicologico della quarantena di Brooks et al. (2020). Le domande sono relative a tre dimensioni: preoccupazioni economiche, preoccupazioni sanitarie e preoccupazioni sociali. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("per niente") a 5 ("moltissimo").

RIFLESSIVITÀ. Sono state inserite 4 domande relative alla dimensione riflessiva, resa potenzialmente possibile dal periodo di lockdown, caratterizzato da un forte rallentamento delle attività quotidiane. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("per niente") a 5 ("moltissimo").

IMPLICAZIONI FUTURE. Sono state inserite 12 domande riguardo le possibili implicazioni future dell'emergenza sanitaria COVID-19. Le domande sono relative a tre dimensioni: implicazioni personali, implicazioni economiche ed implicazioni sociali. La scala prevede una modalità di risposta su scala Likert da 1 ("completamente in disaccordo") a 5 ("completamente d'accordo").

EFFETTI SUI GRUPPI PIÙ VULNERABILI. Sono stati inseriti alcuni dei gruppi più vulnerabili, sia dal punto di vista della fragilità economica e/o sociale, sia dal punto di vista epidemiologico, chiedendo ai partecipanti di esprimere il proprio pensiero su quali sono i gruppi di persone più esposti alle conseguenze dell'emergenza sanitaria COVID-19. I gruppi inseriti nella domanda sono 8. Nella domanda si chiedeva ai partecipanti di indicare una o più risposte.

Questa sezione include domande relative alle emozioni e alle preoccupazioni associate alla pandemia, sia riferite al presente, sia riferite al futuro, individuali e collettive. Nell'insieme restituiscono un quadro della percezione del rischio nella popolazione consultata. È ipotizzabile sulla base della letteratura di riferimento che questa percezione vari in funzione delle caratteristiche sociodemografiche (in particolare SES, e capitale culturale) (Flynn, Slovic, Mertz, 1994)

1.4 IL CAMPIONE

In questo paragrafo si riportano i dati relativi alle caratteristiche del campione suddiviso per provincie, genere, fasce d'età, titolo di studio, condizione occupazionale, cittadinanza e condizione abitativa. Le tabelle seguenti illustrano i dati assoluti e percentuali per ogni categoria.

Provincia	N	%
BO	189	12.9
FE	89	6.1
FC	807	54.9
MO	78	5.3
PR	120	8.2
PC	9	0.6
RA	36	2.4
RE	91	6.2
RN	51	3.5
Totale	1470	100

Tabella 1.1 - Distribuzione del campione in base alla provincia

Nella Tabella 1.1 si riporta il campione diviso per provincie di residenza. I dati mostrano che la provincia di Forlì-Cesena è quella maggiormente rappresentata (54.9%), seguita da quella di Bologna (12.9%) e quella di Parma (8.2%). In totale hanno partecipato alla ricerca 1470 persone.

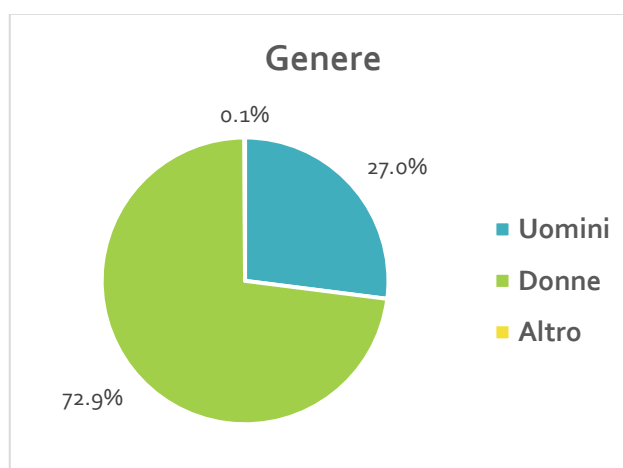


Figura 1.1 - Distribuzione del campione per genere. Valori percentuali sul totale

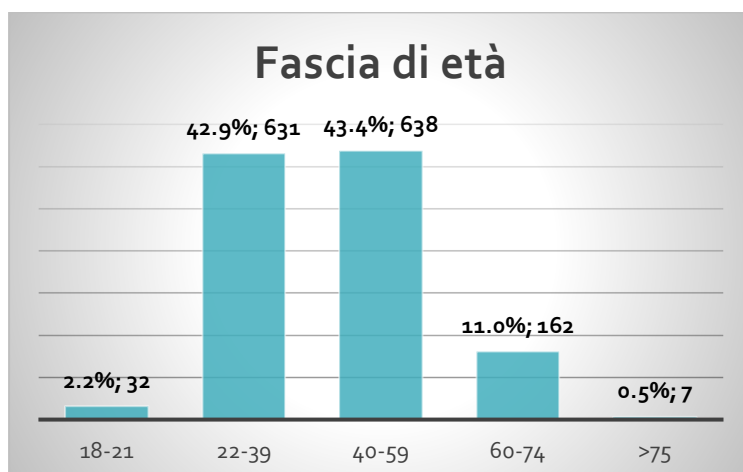


Figura 1.2 - Distribuzione del campione in base alla fascia di età

Alla ricerca hanno preso parte principalmente donne (72,9%) e persone di età compresa tra i 40 e i 59 anni e i 22 e i 39 anni. Donne e popolazione adulta e giovane adulta rappresentano la maggioranza del campione della ricerca.

Titolo di studio	N	%
Inferiore alla scuola superiore	95	6.5
Diploma di scuola superiore	462	31.4
Laurea triennale	183	12.4
Laurea magistrale	378	25.7
Diploma professionale	55	3.7
Titolo post-laurea (master, specializzazione, dottorato, ecc.)	297	20.2
Totale	1470	100

Tabella 1.2 - Distribuzione del campione in base al livello di istruzione

Per quanto riguarda il titolo di studio, la Tabella 1.3 indica che il livello di istruzione delle persone che hanno partecipato alla ricerca è elevato; infatti, più del 30% dei/elle partecipanti possiede un diploma di scuola superiore (31.4%), mentre il 12.4% ha una laurea triennale, il 25.7% una laurea magistrale e il 20.2% un titolo post-laurea. Solo il 6.5% ha un titolo di studio inferiore alla scuola superiore, mentre il 3.7% è in possesso di un diploma professionale.

Condizione occupazionale	N	%
Lavoratore/Lavoratrice dipendente	773	52.6
Lavoratore/Lavoratrice autonomo	283	19.3
Studente/Studentessa	101	6.9
Pensionato/a	100	6.8
Disoccupato/a	100	6.8
Studente con borsa/assegnista di ricerca	7	0.5
Lavoratore stagionale/occasionale	37	2.5
Altro (specificare)	69	4.7
Totale	1470	100

Tabella 1.3 - Distribuzione del campione in base alla condizione occupazionale

I dati riportati in Tabella 1.3 mostrano che la maggior parte dei partecipanti è un/a lavoratore/trice; più della metà delle persone intervistate svolge un lavoro di tipo dipendente (52.6%), mentre il 19.3% ha un lavoro autonomo. Meno del 7% delle persone intervistate è uno/a studente/essa, un/a pensionato/a o è senza lavoro. Solo il 2.5% dichiara di essere lavoratore/trice stagionale, mentre lo 0.5% è studente di borsa/assegnista di ricerca.

Attività lavorativa dipendente	N	%
Lavora da casa	331	41.4
Continua a lavorare in sede	253	31.6
Momentaneamente non lavora ma percepisce lo stipendio (cassa integrazione, ferie, malattia, ecc...)	186	23.3
Momentaneamente non lavora e non percepisce lo stipendio (contratto a chiamata, a progetto, ecc...)	30	3.8
Totale	800	100

Tabella 1.4 - Condizioni di lavoro durante il lockdown (Attività lavorativa dipendente). Frequenze e percentuale

Attività lavorativa autonoma	N	%
Non riesce ad erogare prestazioni ed emettere fatture	82	30
Riesce ad erogare prestazioni ed emettere fatture	191	70
Totale	273	100

Tabella 1.5 - Condizioni di lavoro durante il lockdown (Attività lavorativa autonoma). Frequenze e percentuale

Le Tabella 1.4 e 1.5 mostrano, nello specifico, le condizioni di lavoro dei/elle partecipanti durante il periodo del lockdown. I dati indicano che i/le lavoratori/trici dipendenti hanno in parte lavorato da casa (22.5%) e in parte hanno continuato presso la sede lavorativa (17.2%). Più del 10% ha riferito, invece, di non lavorare ma di percepire comunque lo stipendio, mentre il 2% non lavora e non riceve un salario. Buona parte dei/elle lavoratori/trici autonomi/e, invece, dichiara di riuscire ad erogare le proprie prestazioni.

Cittadinanza	N	%
Italiano/a	1441	98
Ho la doppia cittadinanza (specificare)	17	1.2
Straniero/a (specificare)	12	0.8
Albanese	2	0.1
Colombiana	1	0.1
Libanese	1	0.1
Marocchina	1	0.1
Moldava	2	0.1
Rumena	1	0.1
San Marinense	1	0.1
Uruguaiana	1	0.1

Tabella 1.6 - Distribuzione del campione in base alla cittadinanza

La distribuzione del campione in base alla cittadinanza è molto sbilanciata, come illustra la Tabella 1.6. Il 98% dei/elle partecipanti, infatti, ha la cittadinanza italiana, indicando la difficoltà nel raggiungere persone straniere nel corso della ricerca e della diffusione del questionario.

Condizione abitativa	N	%
Partner /coniuge e figli	545	37.1
Solo Partner	376	25.6
Uno o entrambi i miei genitori	214	14.6
Da solo/a	184	12.5
Solo figli	58	3.9
Coinquilini senza vincoli di relazione affettiva e/o sessuale	50	3.4
In un'altra condizione	43	2.9
Totale	1470	100

Tabella 1.7 - Distribuzione del campione in base alla condizione abitativa

Infine, è stata considerata la distribuzione dei/elle partecipanti in base alla condizione abitativa. La Tabella 1.7 mostra che quasi il 40% delle persone intervistate vive con il/la partner e i figli, mentre più del 25% vive solo con il/la partner. Circa 200 partecipanti, invece, vivono in casa con i genitori (14.6%), mentre il 12.5% vive da solo/a. Meno del 4% delle persone intervistate vive con solo con i figli o condivide casa con coinquilini.

2 I RISULTATI

In questa sezione sono presentati i risultati relativi alle cinque macro-aree descritte precedentemente: comportamenti; atteggiamenti; senso di appartenenza; resilienza; reazioni e visioni dell'emergenza. I paragrafi seguenti illustrano i principali risultati descrittivi (valori medi e percentuali) e alcune differenze relative a fattori socio-demografici.

2.1 COMPORTAMENTI

La prima area di indagine riguarda i comportamenti. La ricerca ha indagato se e come l'emergenza COVID-19 e le misure di lockdown abbiano avuto un impatto sui comportamenti dei/elle partecipanti. Nello specifico, si è scelto di analizzare i comportamenti di tipo protettivo/precauzionale messi in atto dalle persone per prevenire il contagio, i comportamenti prosociali agiti e di cui si è usufruito durante il lock down e l'influenza di parenti e amici nella messa in atto di determinati comportamenti.

2.1.1 INFLUENZA SOCIALE

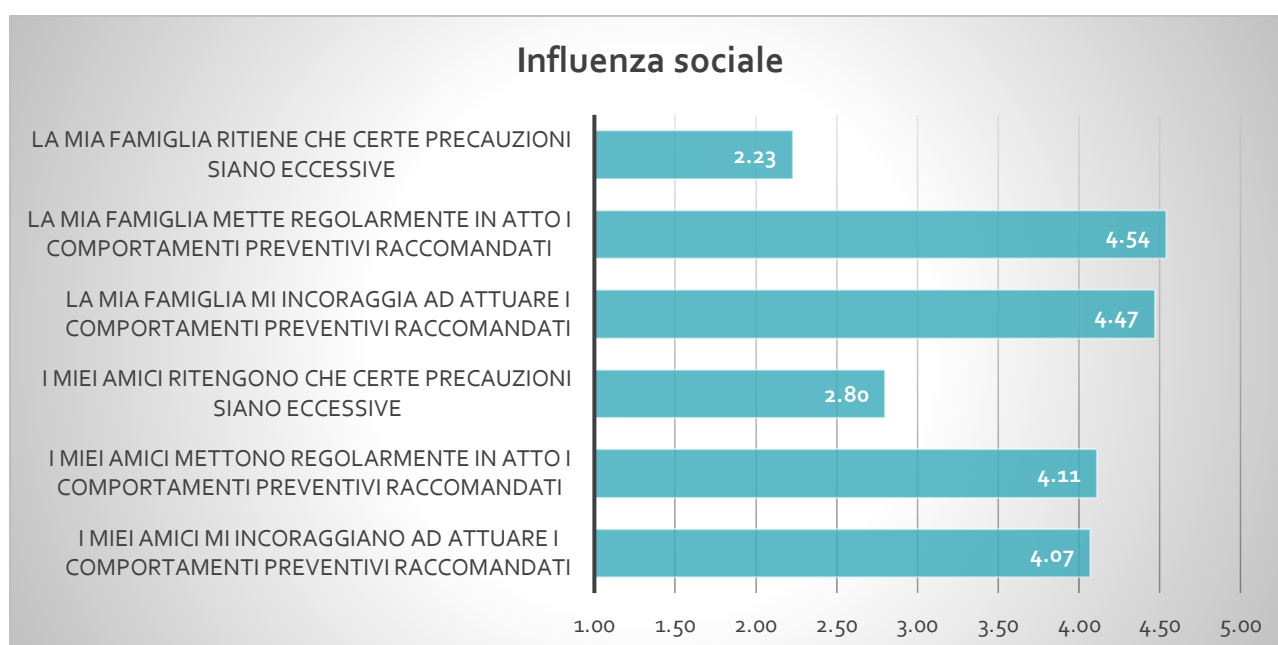


Figura 2.1 - Influenza sociale. Valori medi (range di risposta 1-5)

Per quanto riguarda i risultati relativi all'influenza sociale, i/le partecipanti riportano che famigliari e amici hanno messo regolarmente in atto i comportamenti preventivi raccomandati dal governo (locale e nazionale) e, a loro volta, hanno incoraggiato i/le partecipanti a fare altrettanto. Nello specifico, i famigliari, più che gli amici sembrano avere un'influenza sull'adozione di comportamenti preventivi. Minor impatto, invece, sembrano aver avuto gli atteggiamenti opposti: i valori medi riportati in Figura 2.1 indicano che i/le partecipanti non pensano ai loro famigliari e amici come persone che sottovalutano l'emergenza. Riguardo alle differenze di genere, i risultati indicano che esistono alcune differenze significative tra uomini e donne (Figura 2.2): nello specifico le donne risultano essere maggiormente influenzate da parenti ($t = 3,108^{**}$) e amici ($t = 4,389^{**}$) nella messa in atto di comportamenti preventivi contro l'emergenza COVID-19. Sempre le donne, inoltre, riportano che i propri parenti ($t = 2,151^*$) e amici ($t = 3,331^{**}$) mettono maggiormente in atto i comportamenti preventivi raccomandati dal Governo. Oltre a differenze tra uomini e donne, si riportano anche alcune differenze relative alle diverse fasce d'età; in particolare le fasce di popolazione adulta (40-59 anni e 60-74 anni) hanno famiglie più attente a mettere in atto i comportamenti preventivi raccomandati ($F = 6,303^{**}$). Infine, si riportano differenze anche per livello di istruzione. Nello specifico, i/le partecipanti con titolo post-laurea riferiscono avere una famiglia meno attenta a mettere in atto comportamenti di tipo preventivo ($F = 3,742^{**}$) e che li incoraggia meno ad adottare questi comportamenti ($F = 4,131^{**}$) rispetto ai/alle partecipanti che possiedono "solo" un diploma, una laurea (triennale e magistrale) o, a volte, anche un titolo inferiore alla scuola superiore (Figura 2.4).

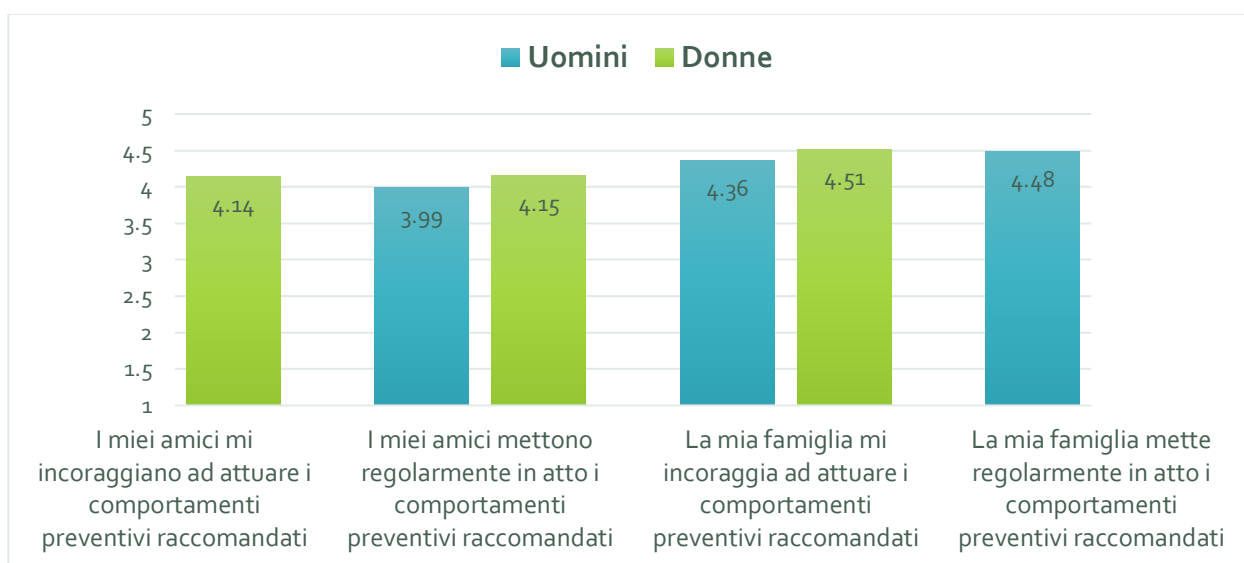


Figura 2.2 - Influenza sociale: differenze per genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

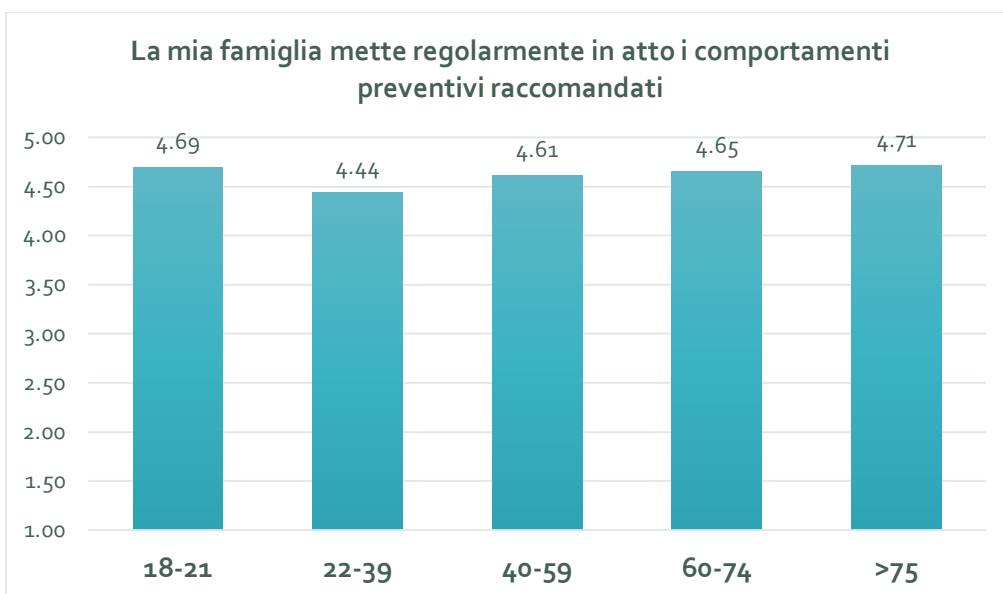


Figura 2.3 - Influenza sociale: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

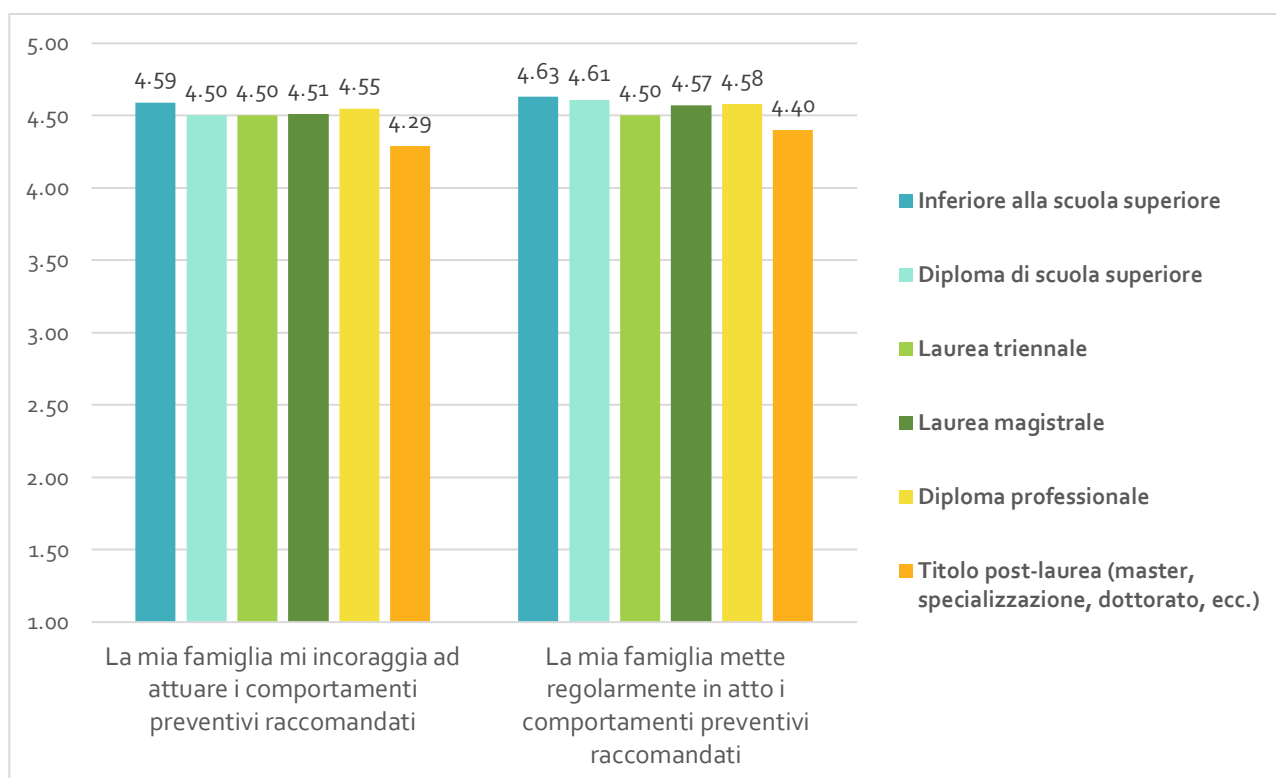


Figura 2.4 - Influenza sociale: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.1.2 COMPORTAMENTI PRECAUZIONALI

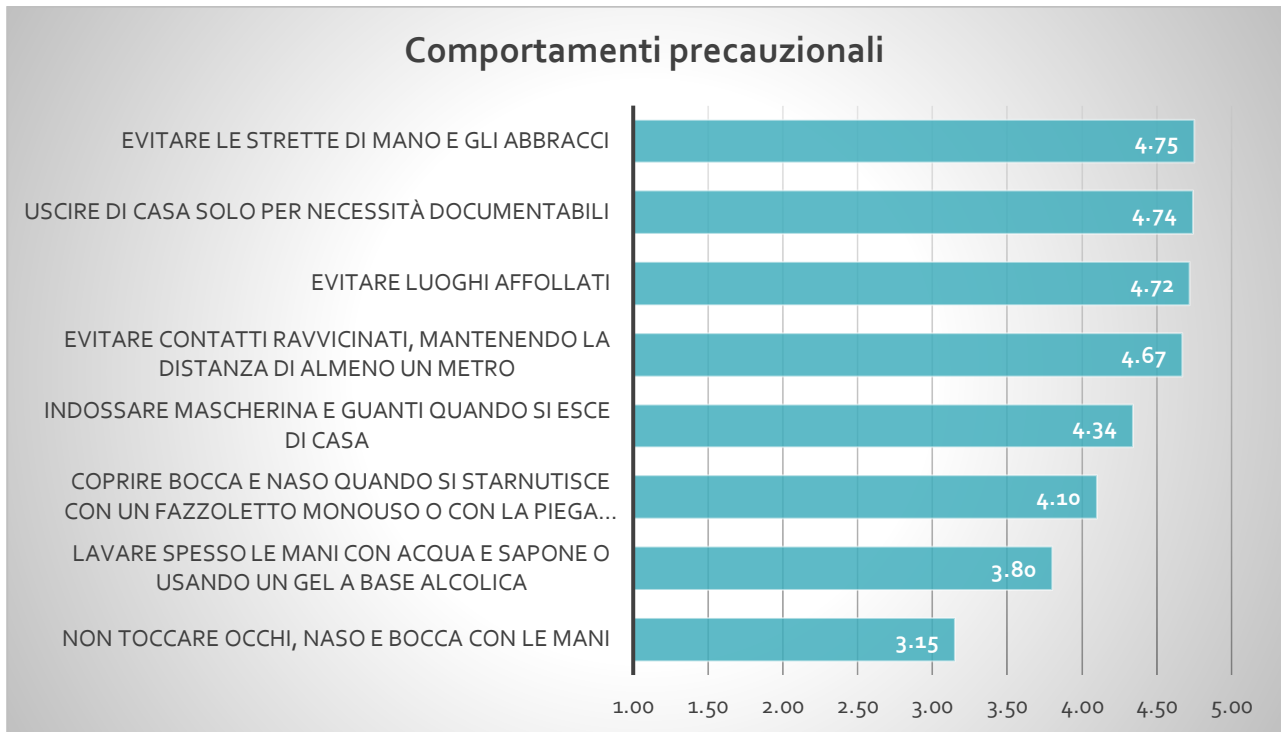


Figura 2.5 - Comportamenti precauzionali. Valori medi (range di risposta 1-5)

I/le partecipanti riferiscono di mettere più frequentemente in atto alcuni comportamenti più di altri: nello specifico, "Evitare le strette di mano e gli abbracci", "Uscire di casa solo per necessità documentabili" ed "Evitare luoghi affollati" sono i comportamenti precauzionali usati praticamente sempre, mentre "Non toccare occhi, naso e bocca con le mani" e "Lavare spesso le mani..." sono usati con meno frequenza (Figura 2.5). I comportamenti precauzionali non sembrano essere messi in atto nello stesso modo da uomini e donne. La Figura 2.6 mostra che le donne sono più attente a adottare maggiormente alcuni comportamenti precauzionali come "Non toccare occhi, naso e bocca con le mani" ($t = 3,492^{**}$), "Coprire bocca e naso quando si starnutisce..." ($t = 4,018^{**}$), "Indossare mascherina e guanti quando si esce di casa" ($t = 5,047^{**}$) ed "Evitare luoghi affollati" ($t = 2,141^*$). Questi tipi di comportamenti variano anche in base all'età. Infatti, i/le partecipanti adulti/e (40-59 e 60-74 anni) riportano di "lavarsi spesso le mani con acqua e sapone" più dei giovani di età compresa tra i 18 e i 21 anni ($F = 3,539^{**}$), così come "evitano le strette di mano e gli abbracci" ($F = 12,260^{**}$) ed "evitano contatti ravvicinati" ($F = 7,828^{**}$) più dei giovani adulti (22-39 anni). Giovani e giovani adulti sembrano quindi mettere in atto meno comportamenti di tipo precauzionale. Ulteriore conferma deriva dal fatto che i giovani e i giovani adulti tendono meno ad "evitare i luoghi affollati" ($F =$

3,980**), "disdire viaggi, trasferte o lunghi spostamenti" (F = 3,188*) e a "non toccare occhi, naso e bocca" (F = 6,715**).

Infine, i comportamenti di tipo precauzionale sembrano essere messi in atto con maggiore o minore frequenza a seconda del livello di istruzione. Ad esempio, i/le partecipanti con un diploma professionale si lavano più spesso le mani dei/elle partecipanti con una laurea magistrale (F = 2,243*); chi possiede un titolo postlaurea, invece, evita di toccarsi occhi, naso e bocca in misura maggiore di chi possiede una laurea (triennale o magistrale) (F = 2,949*). Ulteriori differenze per livello di istruzione si ritrovano in altri comportamenti quali evitare le strette di mano e gli abbracci (F = 3,931**), indossare mascherine e guanti (F = 3,785**) e uscire di casa solo per necessità (F = 3,700**), messi più spesso in atto da persone con livelli di istruzione meno elevati.

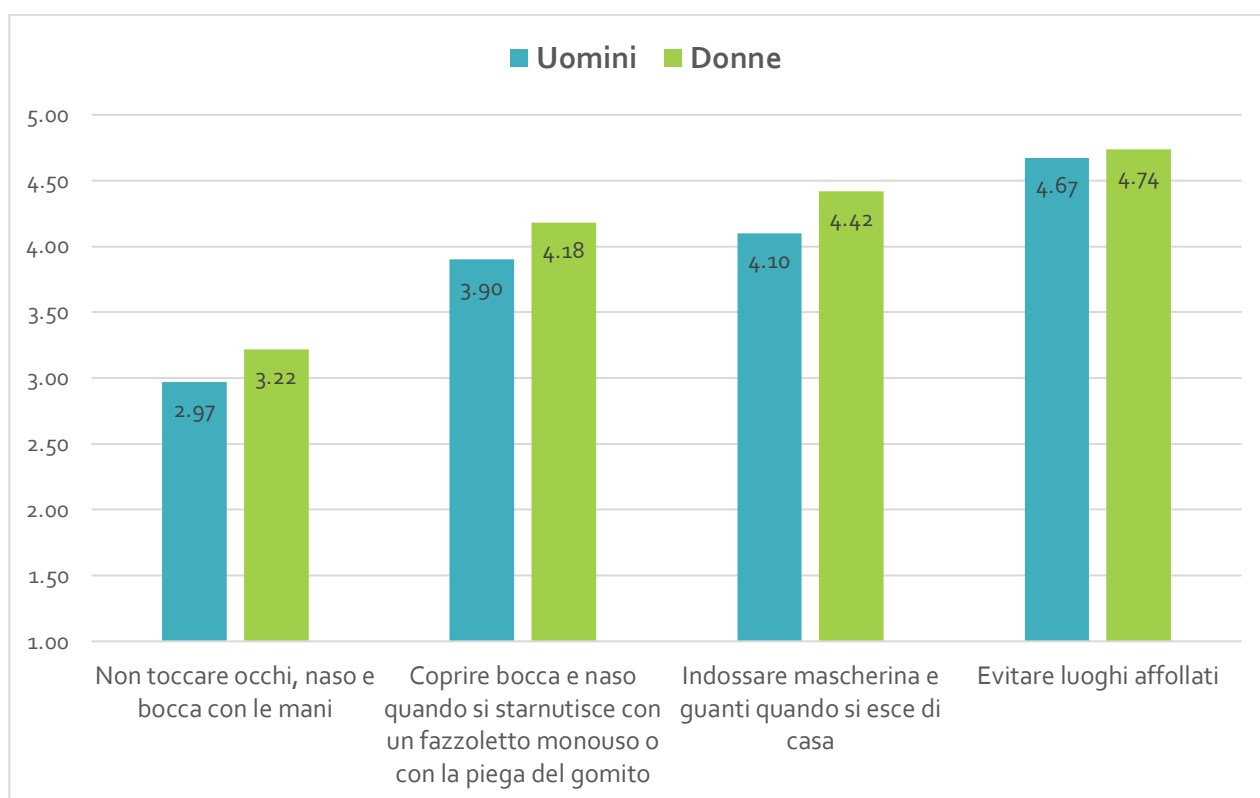


Figura 2.6 - Comportamenti precauzionali: differenze per genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

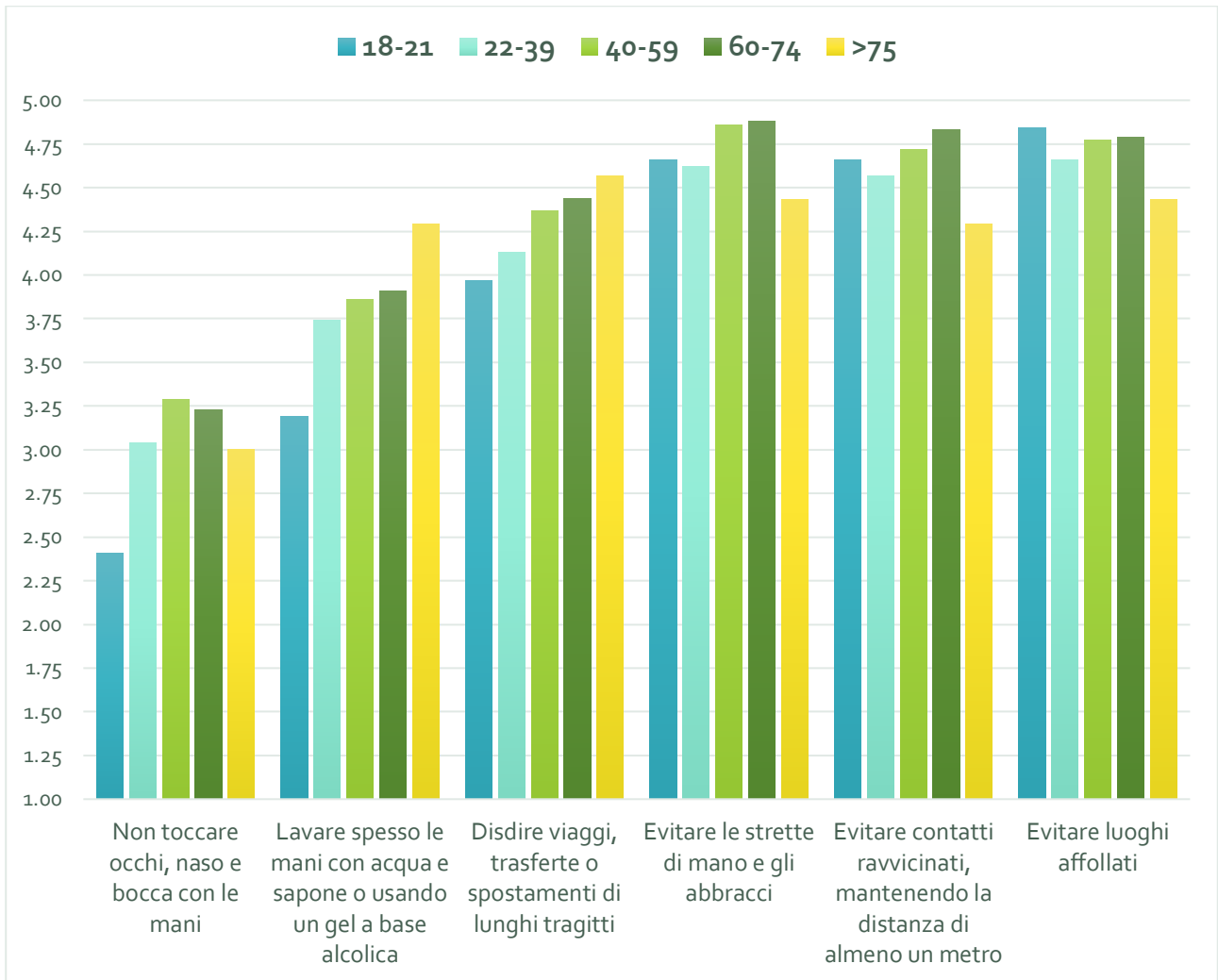


Figura 2.7 - Comportamenti precauzionali: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

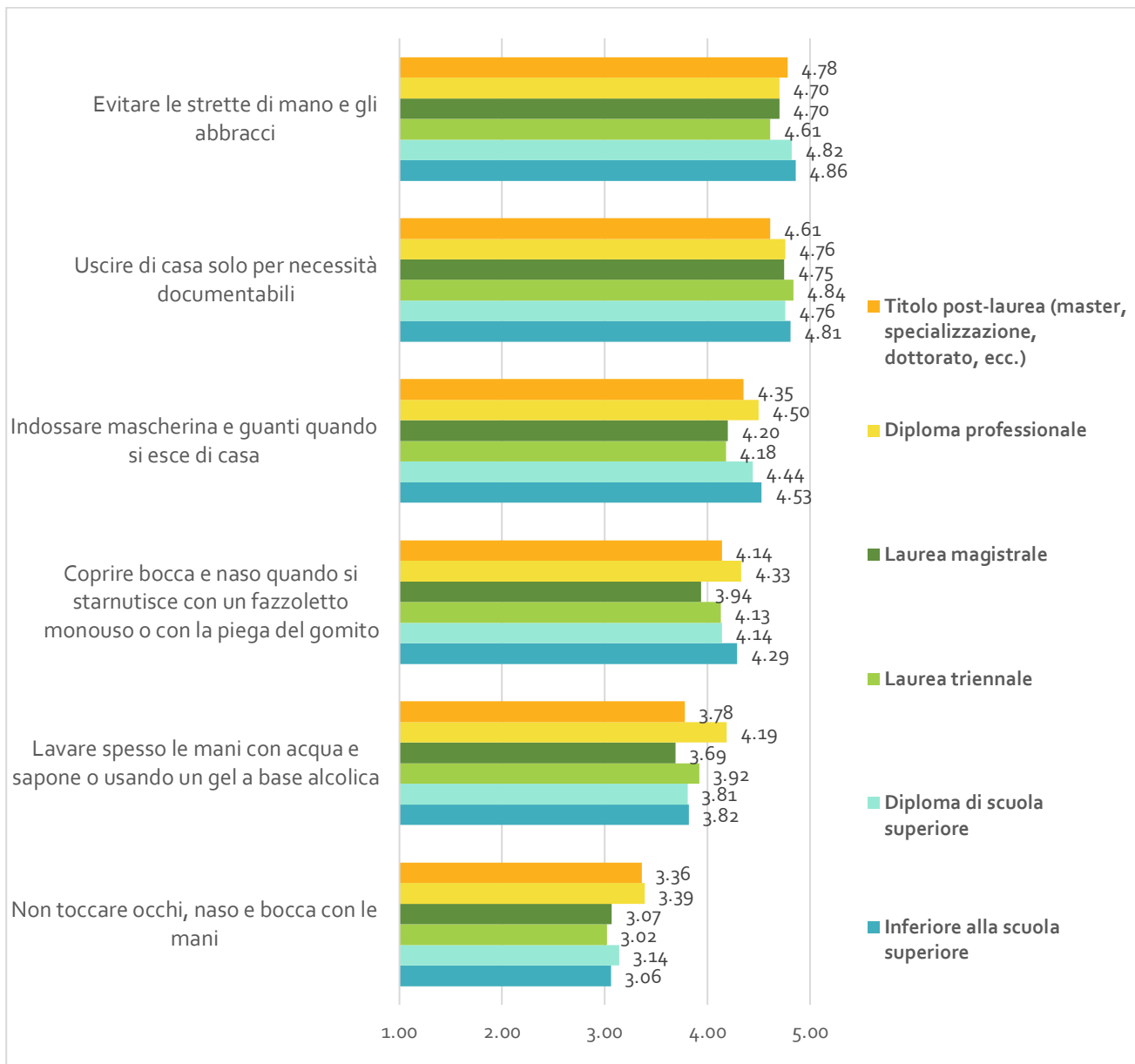


Figura 2.8 - Comportamenti precauzionali: differenze per livello di istruzione

2.1.3 COMPORAMENTI PROSOCIALI

In questo paragrafo i comportamenti prosociali, relativi all'emergenza COVID-19 e alle restrizioni locali e nazionali, sono divisi in agiti e ricevuti. Per quanto riguarda i primi, i comportamenti più agiti tra i/le partecipanti sono la condivisione di informazioni verificate e ufficiali sui social, la donazione in denaro ad un servizio sanitario, l'aiuto nella spesa ad un vicino/conoscente, postare messaggi di speranza sui social; mentre i comportamenti pro-sociali meno agiti sono: formare un gruppo di preghiera online, offrire corsi online gratuiti, lanciare campagne di sensibilizzazione, attivare una piattaforma di condivisione su Internet, lanciare un flash-mob per sollevare l'umore (Figura 2.9).

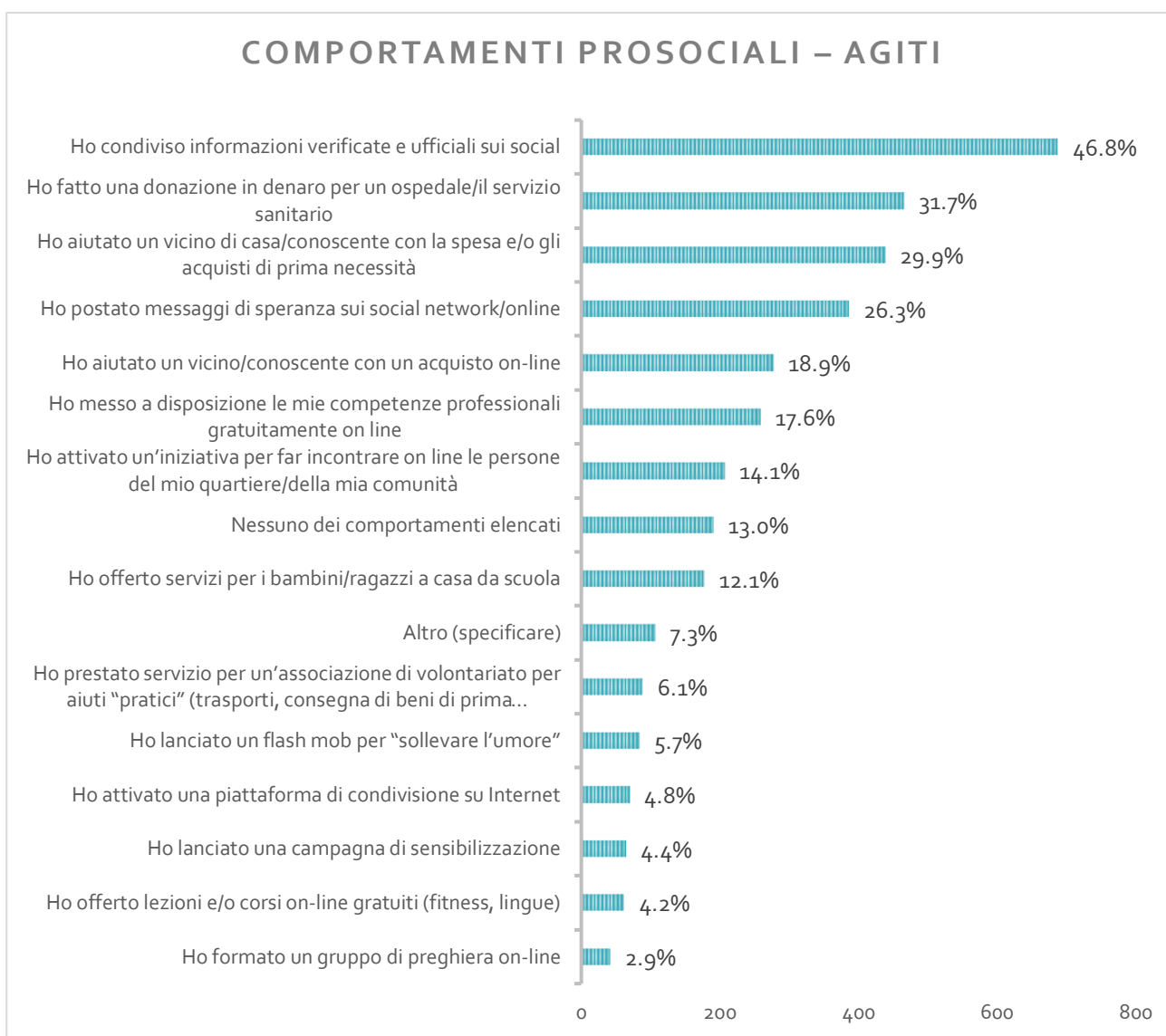


Figura 2.9 - Comportamenti prosociali agiti. Valori percentuali sul totale delle risposte

Tra i comportamenti pro-sociali ricevuti, invece, i/le partecipanti riportano di aver usufruito maggiormente di piattaforme per videochiamate online, consegne a domicilio, lezioni online, eventi online gratuiti, servizi di intrattenimento/sostegno scolastico. Mentre hanno, in misura minore, richiesto aiuto da vicini/conoscenti, aiuto pratico da associazioni di volontariato, supporto psicologico, opportunità di socializzazione online offerte da organizzazioni locali (Figura 2.10).

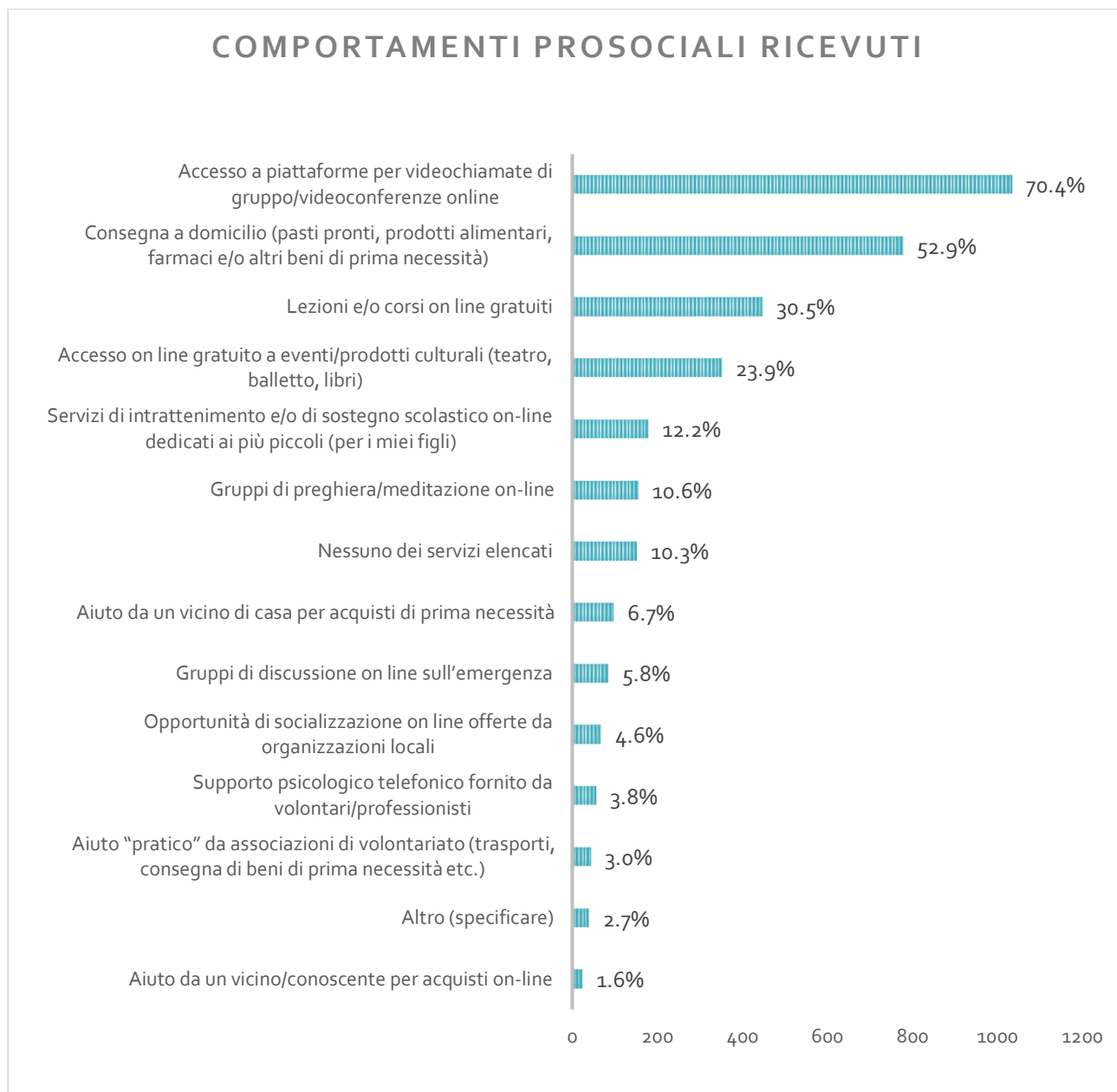


Figura 2.10 - Comportamenti prosociali ricevuti. Valori percentuali sul totale delle risposte

2.2 ATTEGGIAMENTI

In questa sezione sono riportati i risultati relativi ad alcuni atteggiamenti dei/elle partecipanti, tra cui atteggiamenti nei confronti della tecnologia ed il suo utilizzo durante il periodo di emergenza COVID-19 e la fiducia dei/elle partecipanti nelle istituzioni.

2.2.1 ATTEGGIAMENTI VERSO LA TECNOLOGIA

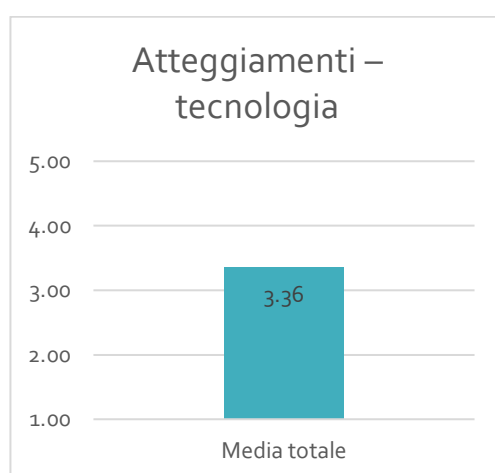


Figura 2.11 - Atteggiamenti verso la tecnologia. Valori medi (range di risposta 1-5)

La Figura 2.11 indica che durante il periodo di lockdown i/le partecipanti alla ricerca hanno riportato atteggiamenti mediamente positivi verso la tecnologia. Tuttavia, questi atteggiamenti variano a seconda del livello di istruzione dei/elle partecipanti. La Figura 2.12, infatti, mostra che più è elevato il livello di istruzione, meno positivi sono gli atteggiamenti verso la tecnologia ($F = 11,222^{**}$): ad esempio, i/le partecipanti con un titolo di studio inferiore alla scuola superiore o hanno conseguito il diploma hanno migliori atteggiamenti verso la tecnologia rispetto a chi ha una laurea o un titolo postlaurea; anche i/le partecipanti che hanno una laurea (triennale o magistrale) sembrano avere atteggiamenti maggiormente positivi verso la tecnologia rispetto a chi possiede un titolo postlaurea.

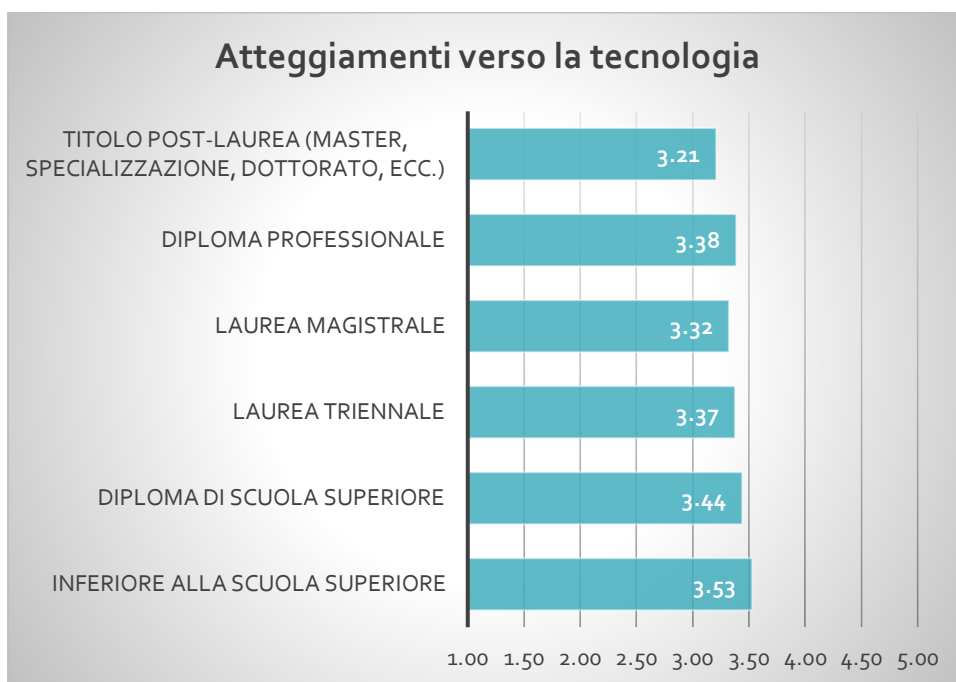


Figura 2.12 – Atteggiamenti verso la tecnologia: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.2.2 FIDUCIA NELLE ISTITUZIONI

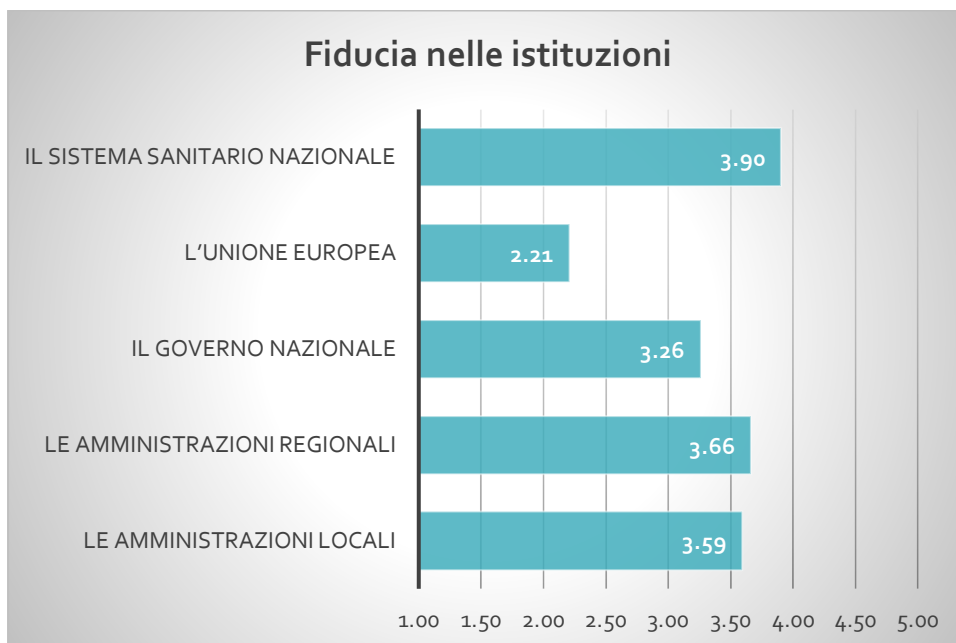


Figura 2.13 - Fiducia nelle istituzioni. Valori medi (range di risposta 1-5)

Per quanto riguarda gli atteggiamenti verso le istituzioni coinvolte nelle scelte decisionali nel corso dell'emergenza COVID-19, è stato preso in considerazione il costrutto di "fiducia". Come illustra la Figura 2.13, il sistema sanitario nazionale è l'istituzione che ha goduto di maggiore fiducia da parte dei/elle partecipanti alla ricerca, seguito dalle amministrazioni regionali e locali. Il governo nazionale, nonostante si collochi al quarto posto, sembra riscuotere una discreta fiducia da parte delle persone intervistate. Valori mediamente negativi sono invece riportati per l'Unione Europea.

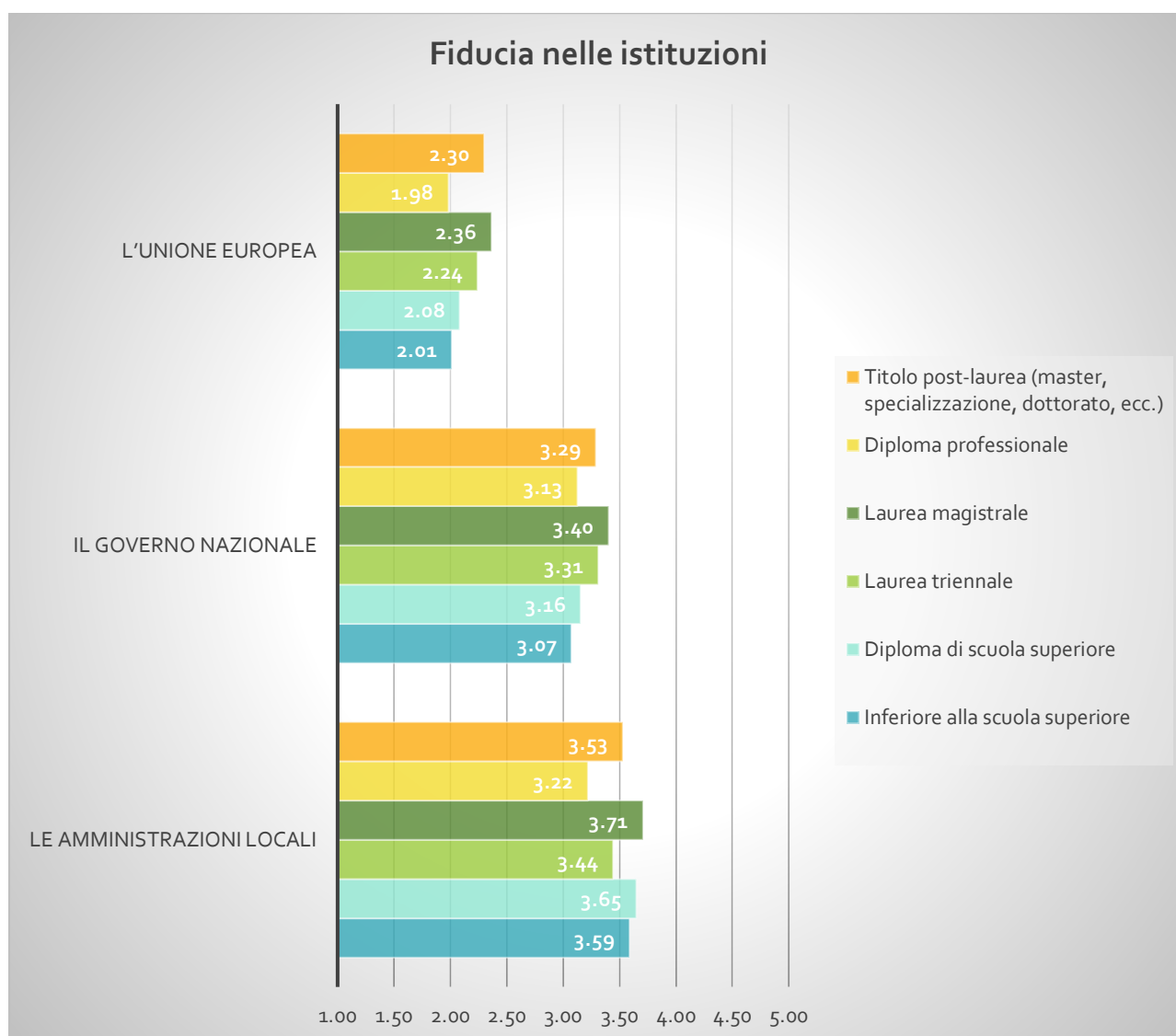


Figura 2.14 – Fiducia nelle istituzioni: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

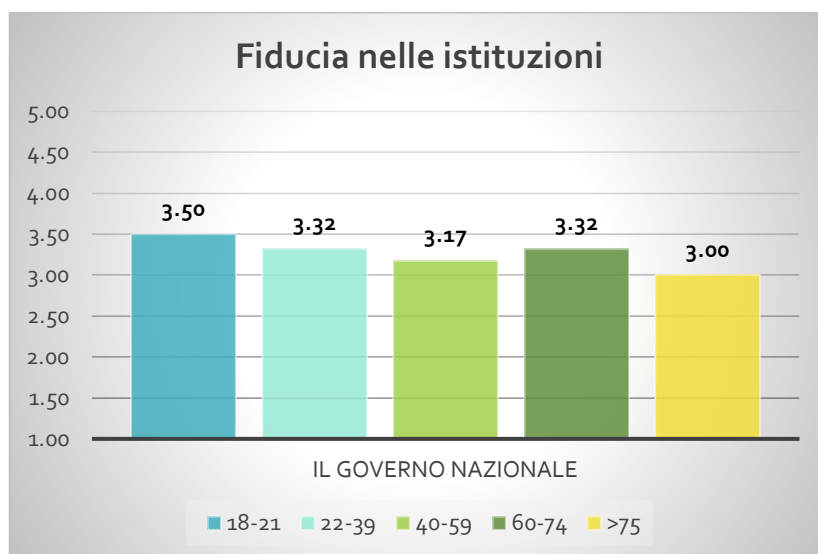


Figura 2.15 – Fiducia nelle istituzioni: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.3 SENSO DI APPARTENENZA

In questa sezione sono riportati i risultati relativi al senso di appartenenza, ovvero il sentimento di fare parte di un determinato contesto/comunità. Il senso di appartenenza è stato declinato in: Senso di Comunità Territoriale e Senso di Comunità come Responsabilità.

2.3.1 SENSO DI COMUNITÀ TERRITORIALE

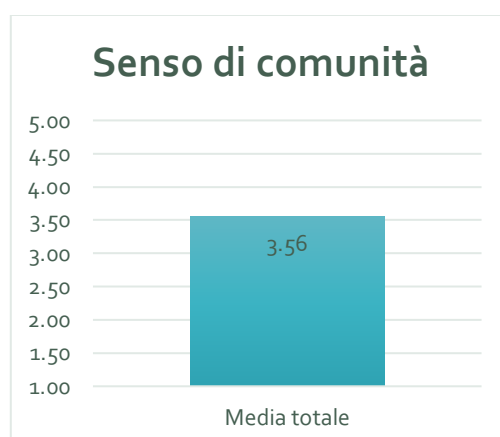


Figura 2.16 - Senso di comunità. Valori medi (range di risposta 1-5)

I risultati riportati in Figura 2.14 indicano che i/le partecipanti alla ricerca hanno valori mediamente elevati della scala del senso di comunità territoriale. Questo significa che i/le partecipanti hanno un senso di appartenenza abbastanza elevato per il territorio/contesto in cui vivono. Nonostante non ci siano differenze significative tra uomini e donne, i risultati indicano che il senso di comunità cambia a seconda dell'età dei/elle partecipanti: le persone tra i 60 e i 74 anni hanno un elevato senso di appartenenza, così come i/le partecipanti con più di 75 anni e gli adulti (40-59 anni). I giovani (22-39 anni), invece, riportano livelli di senso di comunità significativamente inferiori agli adulti (40-59 e 60-74) ($F = 8,588^{**}$). La Figura 2.16 mostra anche differenze significative per livello di istruzione ($F = 2,898^{*}$): maggiore è il livello di istruzione, minore sembra essere il senso di appartenenza dei/elle partecipanti al territorio/contesto in cui vivono (in particolare, chi possiede un titolo di studio inferiore alla scuola superiore o un diploma riporta livelli significativamente più elevati di appartenenza rispetto a chi possiede una laurea triennale).

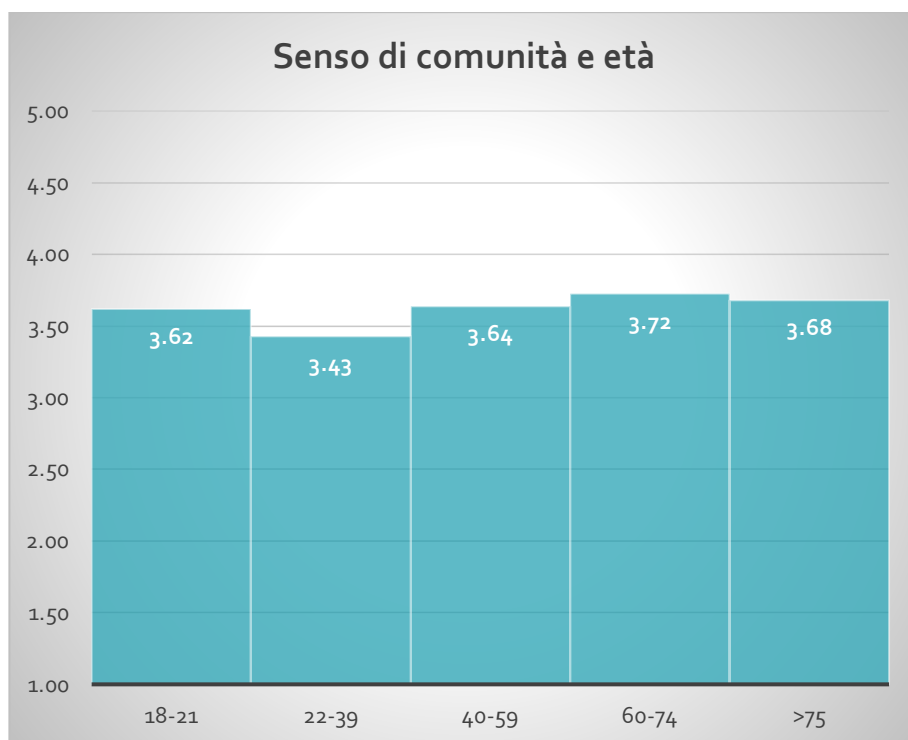


Figura 2.17 - Senso di comunità: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)



Figura 2.18 - Senso di comunità: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.3.2 SENSO DI COMUNITÀ COME RESPONSABILITÀ

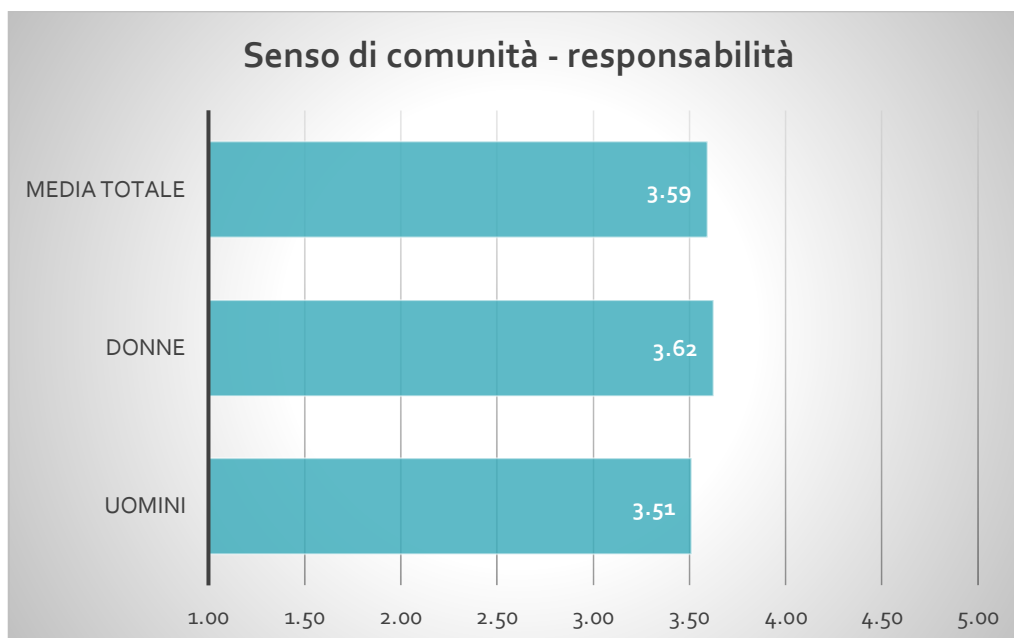


Figura 2.19 - Senso di comunità come responsabilità e genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

La Figura 2.17 mostra che i/le partecipanti riportano valori mediamente elevati del senso di comunità come responsabilità: le persone che hanno preso parte allo studio, quindi riportano un elevato senso di responsabilità verso il proprio territorio/contesto. I dati indicano anche che le donne hanno un maggiore senso di responsabilità per la propria comunità rispetto agli uomini ($t = 2,741^{**}$), così come gli adulti (40-59 anni) riportano livelli significativamente più elevati rispetto ai giovani (22-39 anni) ($F = 3,214^*$).

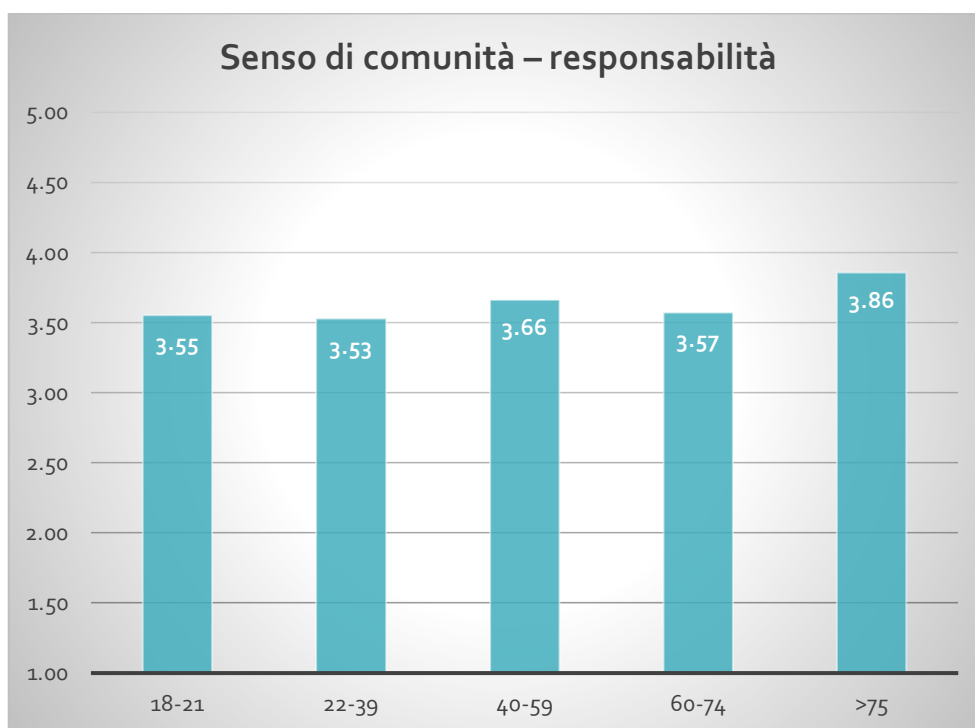


Figura 2.20 - Senso di comunità come responsabilità: differenze per fasce di età. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.4 RESILIENZA

I risultati riportati in questa sezione fanno riferimento a tre diverse tipologie di resilienza: psicologica, collettiva, di comunità. I paragrafi seguenti prendono in considerazione ognuna di queste variabili.

2.4.1 RESILIENZA PSICOLOGICA



Figura 2.21 - Resilienza psicologica. Valori medi (range di risposta 1-5)

I/le partecipanti alla ricerca riportano valori medio-alti di resilienza psicologica. Le persone, quindi, hanno percepito durante il periodo di lockdown di avere gli strumenti psicologici per far fronte alla situazione di emergenza. La Figura 2.6, inoltre, mostra che le donne hanno livelli di resilienza psicologica più elevati rispetto agli uomini. Le donne, quindi, percepiscono avere maggiori strumenti per affrontare l'emergenza COVID-19 ($t = 2,892^{**}$). Per quanto riguarda le diverse fasce d'età, i risultati mostrano che i/le partecipanti più giovani (18-21 anni) hanno una più bassa resilienza rispetto ai giovani adulti (22-39 anni) e agli adulti (40-59 e 60-74 anni); inoltre, anche i giovani adulti (22-39 anni) hanno livelli di resilienza significativamente inferiori rispetto agli adulti (40-59) ($F = 5,897^{**}$). Per quanto riguarda le differenze per livello di istruzione, la Figura 2.21 mostra che più elevato è il titolo di studio, maggiore è la capacità delle persone di far fronte all'emergenza ($F = 6,113^{**}$); in particolare, avere un titolo di laurea magistrale e postlaurea è associato a più elevati livelli di resilienza rispetto a chi possiede una laurea triennale o un diploma di scuola superiore.

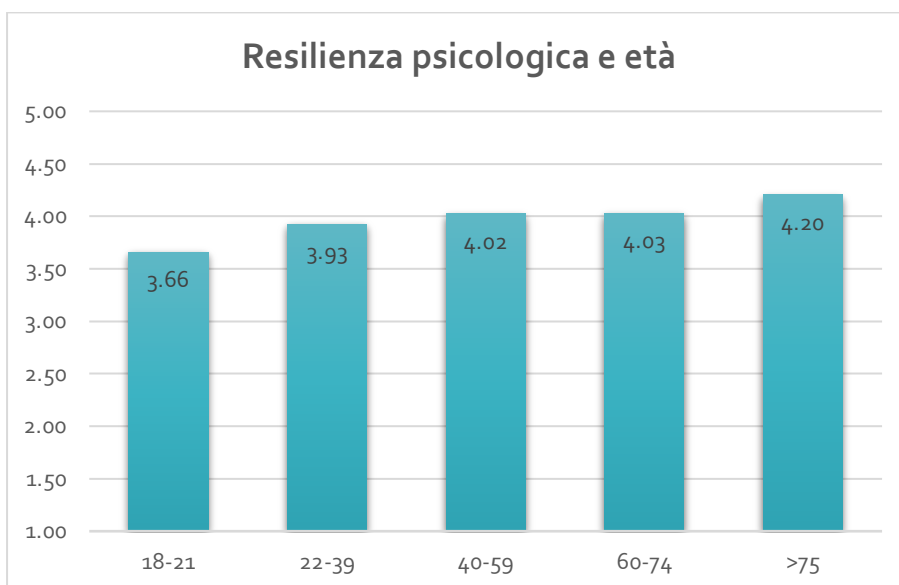


Figura 2.22 - Resilienza psicologica: differenze per fasce di età. Valori medi (range di risposta 1-5)



Figura 2.23 - Resilienza psicologica: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.4.2 RESILIENZA COLLETTIVA

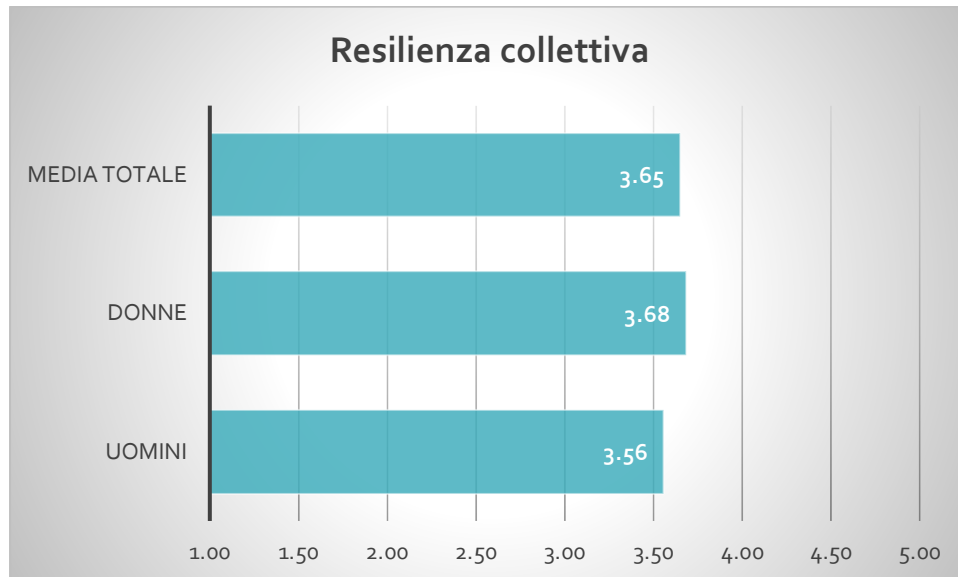


Figura 2.24 - Resilienza collettiva e genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

I/le partecipanti alla ricerca riportano valori medio-alti di resilienza collettiva. Le persone, quindi, hanno percepito, durante il periodo di lockdown, di fare parte di una rete di persone capace di far fronte all'emergenza. La Figura 2.22, inoltre, mostra che le donne hanno livelli di resilienza collettiva significativamente più elevati rispetto agli uomini. Le donne, quindi, percepiscono in misura maggiore di fare parte di un gruppo capace di affrontare le situazioni di difficoltà dovute alla pandemia COVID-19 ($t = 3,004^{**}$). Alcune differenze significative si osservano anche per fasce d'età. La Figura 2.23 mostra diversi livelli di resilienza collettiva in base all'età dei partecipanti: in particolare, i giovani adulti (22-39 anni) riportano livelli di resilienza collettiva significativamente inferiori rispetto agli adulti (40-59 anni) ($F = 3,057^*$).



Figura 2.25 - Resilienza collettiva: differenze per fasce di età. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.4.3 RESILIENZA DI COMUNITÀ

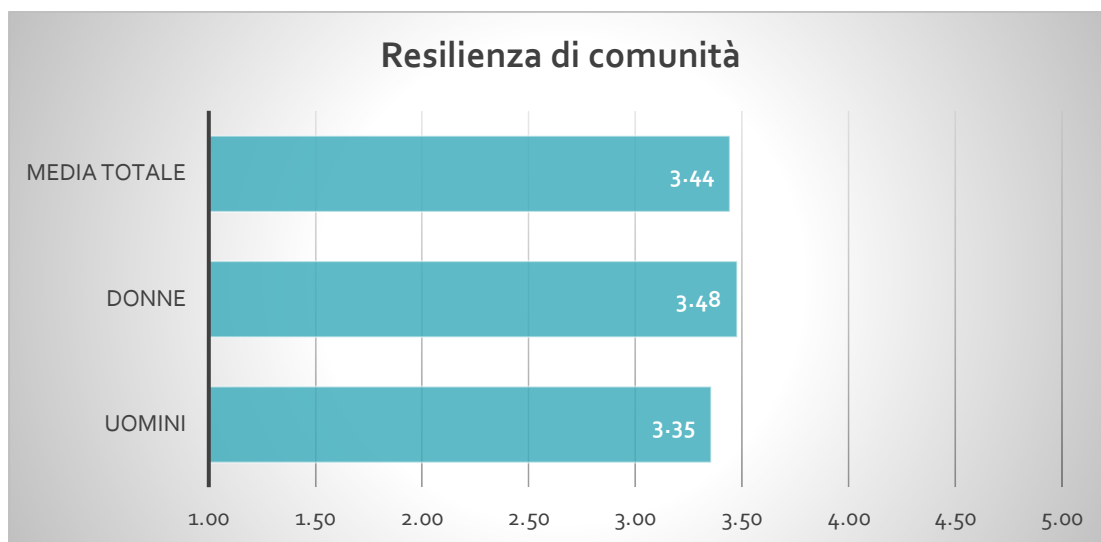


Figura 2.26 - Resilienza di comunità e genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

I/le partecipanti alla ricerca riportano valori medio-alti di resilienza di comunità. Le persone, quindi, hanno percepito, durante il periodo di lockdown, di fare parte di una comunità capace di far fronte all'emergenza. La Figura 2.24, inoltre, mostra che le donne hanno livelli di resilienza di comunità significativamente più elevati rispetto agli uomini. Le donne, quindi, percepiscono in misura maggiore di vivere in un contesto/comunità capace di affrontare le situazioni di difficoltà dovute alla pandemia COVID-19 ($t = 3,236^{**}$). Alcune differenze significative si osservano anche per fasce d'età. La Figura 2.25 mostra diversi livelli di resilienza collettiva in base all'età dei partecipanti: in particolare, i giovani adulti (22-39 anni) riportano livelli di resilienza di comunità significativamente inferiori rispetto agli adulti (40-59 anni) ($F = 2,443^{**}$).

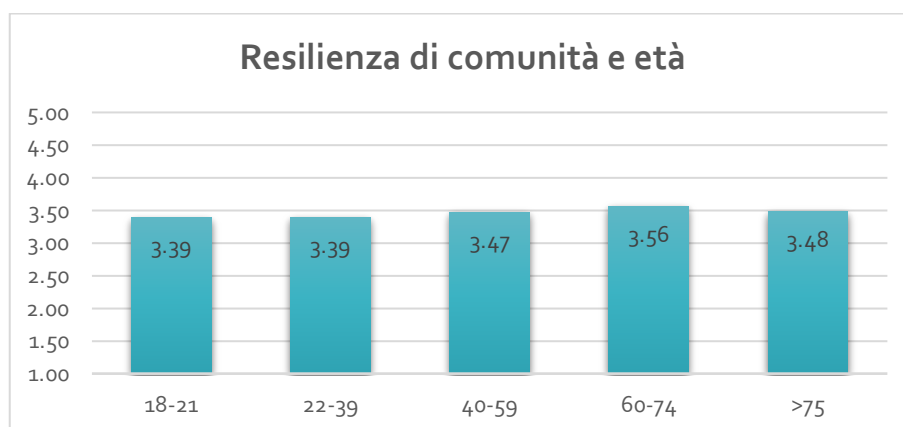


Figura 2.27 - Resilienza di comunità: differenze per fasce di età. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.5 REAZIONI E VISIONI DELL'EMERGENZA

In questa sezione si presentano i risultati relativi alle diverse reazioni e visioni scatenate dall'emergenza COVID-19. In particolare, i dati fanno riferimento a: reazioni emotive, preoccupazioni legate all'emergenza, riflessioni relative alla condizione presente e futura, effetti sui gruppi più vulnerabili, implicazioni future.

2.5.1 REAZIONI EMOTIVE

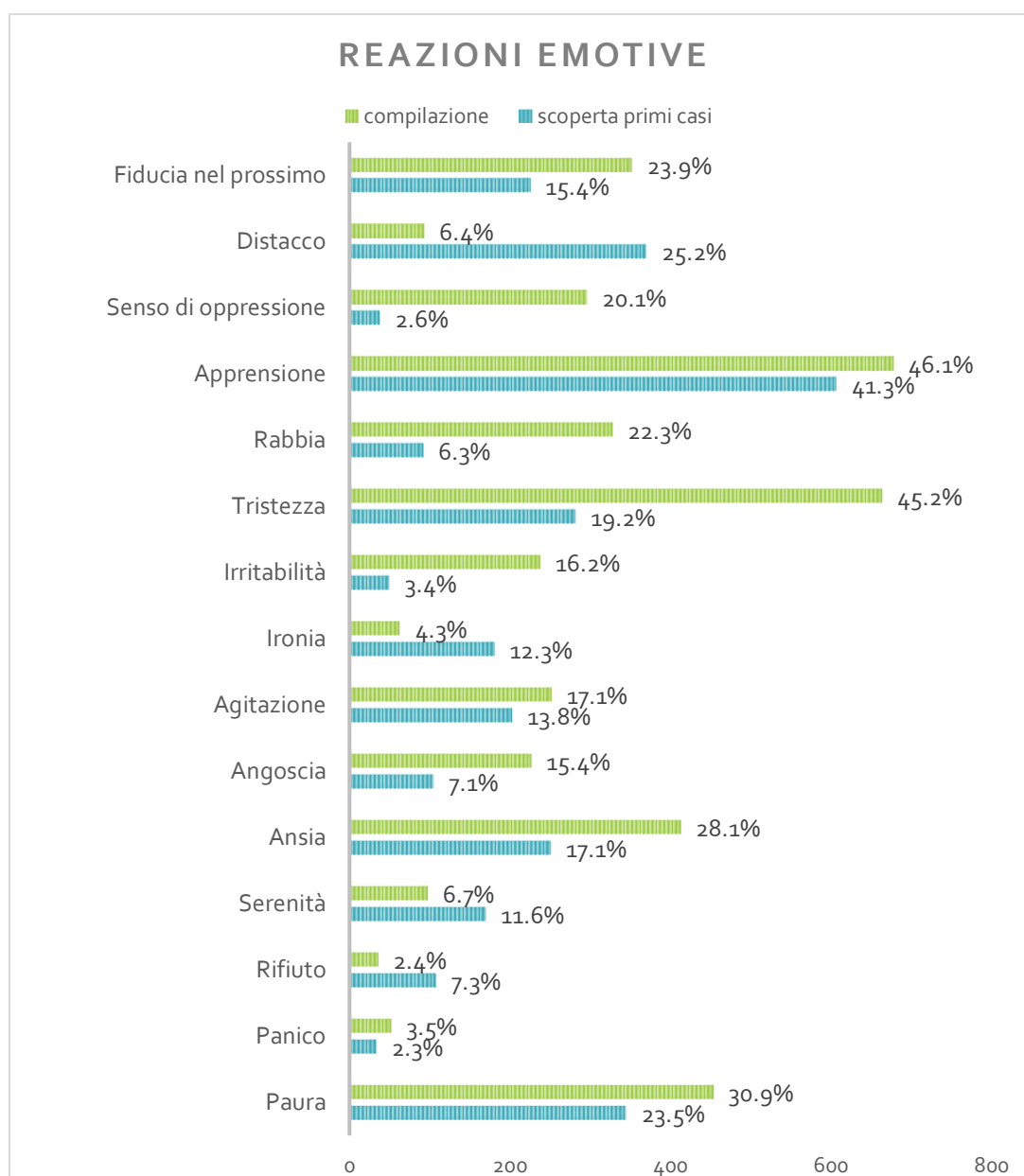


Figura 2.28 - Reazioni emotive. Valori percentuali sul totale delle risposte

Le reazioni emotive riportate dai/alle partecipanti al momento della partecipazione alla ricerca sono prevalentemente negative: le persone hanno riferito di provare apprensione, tristezza, paura e ansia. In misura minore, hanno anche provato rifiuto, panico, ironia, distacco e serenità. Le emozioni prevalenti sono quindi negative e strettamente legate alla gravità della pandemia. È stato poi chiesto ai/alle partecipanti di descrivere le proprie reazioni emotive pensando al periodo iniziale dell'emergenza, ovvero durante la scoperta dei primi casi; i risultati indicano che le emozioni provate sono molto simili a quelle riportate durante il lockdown: apprensione, distacco, paura, tristezza, ansia. Le reazioni all'emergenza COVID-19 non sono però uguali per tutti; alcune differenze significative, infatti, sono state osservate tra uomini e donne. In particolare, le donne sembrano provare più emozioni negative (paura, $t = 3,931^{**}$; ansia, $t = 2,475^*$; agitazione, $t = 2,877^{**}$), mentre gli uomini riportano più emozioni positive (serenità, $t = 3,199^{**}$; ironia, $t = 3,480^{**}$).

Differenze significative emergono anche in relazione alle diverse fasce d'età; in particolare dai risultati emerge che i/le partecipanti con più di 75 anni riportano livelli significativamente più elevati di paura rispetto alle persone più giovani ($F = 2,534^*$); d'altra parte, i più giovani (18-21 e 22-39 anni) hanno vissuto l'emergenza con più serenità ($F = 13,405^{**}$), ironia ($F = 13,509^{**}$) e distacco ($F = 7,812^{**}$) rispetto alle fasce più anziane. D'altra parte i/le partecipanti adulti e anziani (40-59, 60-74 anni) hanno riportato livelli più elevati di apprensione ($F = 10,003^{**}$) e tristezza ($F = 2,868^*$) rispetto ai più giovani.

2.5.2 PREOCCUPAZIONI LEGATE ALL'EMERGENZA

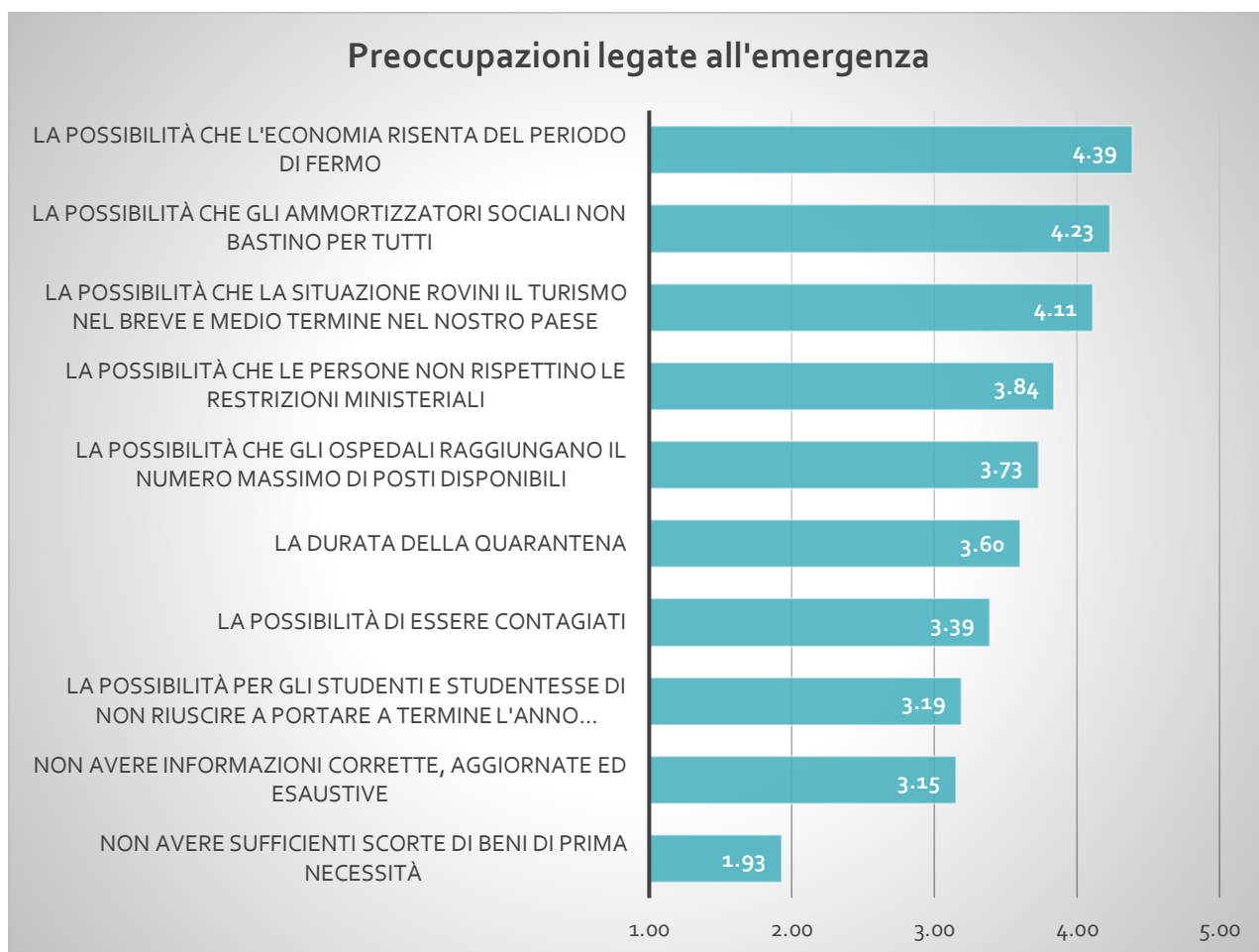


Figura 2.29 - Preoccupazioni. Valori medi (range di risposta 1-5)

Per quanto riguarda i risultati relativi alle preoccupazioni dei/elle partecipanti rispetto alle conseguenze presenti e future dell'emergenza COVID-19 sulla vita delle persone, la Figura 2.27 sintetizza che le principali preoccupazioni fanno riferimento ad aspetti economici (ad esempio, che l'economia risenta del periodo di fermo, che non ci siano abbastanza ammortizzatori sociali per tutti, che la situazione rovini il turismo del Paese). I/le partecipanti hanno minori preoccupazioni, invece, in relazione alla possibilità di rimanere senza beni di prima necessità, non ricevere informazioni corrette sull'emergenza, essere contagiati o che gli studenti non riescano a portare a termine l'anno. Le preoccupazioni relative all'emergenza COVID-19 non sono uguali per uomini e donne. I risultati indicano che le donne sono più preoccupate degli uomini rispetto alla possibilità: che le persone non rispettino le restrizioni ministeriali ($t = 2,736^{**}$), che gli ospedali raggiungano il numero massimo di posti disponibili ($t = 4,667^{**}$), che gli ammortizzatori sociali non bastino per tutti ($t = 3,589^{**}$), che gli studenti e studentesse non riescano a portare a termine l'anno scolastico in

corso ($t = 2,389^*$). Alcune preoccupazioni differiscono anche in base all'età dei/elle partecipanti. Sono infatti gli adulti (40-59 e 50-74 anni) ad avere maggiori preoccupazioni rispetto ai giovani adulti (22-39 anni); nello specifico in relazione alla possibilità di essere contagiati ($F = 5,108^{**}$), il timore di non avere informazioni corrette, aggiornate ed esaustive ($F = 2,600^*$), alla possibilità che l'economia ne risenta ($F = 2,935^*$), che gli ammortizzatori sociali non bastino per tutti ($F = 5,875^{**}$) e che l'emergenza rovini il turismo ($F = 7,353^{**}$). I giovani (18-21 anni) sembrano avere una sola preoccupazione più degli adulti (60-74 anni) in relazione alla durata della quarantena ($F = 2,669^*$).

Differenze significative si osservano anche tra i/le partecipanti con livelli di istruzione diversi. La Figura 2.30 mostra che alcune preoccupazioni sembrano essere maggiormente associate a titoli di studio meno elevati: i/le partecipanti con un titolo di studio inferiore alla scuola superiore tendono ad essere più preoccupati di chi possiede una laurea magistrale in relazione alla possibilità che gli ammortizzatori sociali non bastino per tutti ($F = 2,471^*$); avere una laurea magistrale o un titolo postlaurea, invece, è associato ad una minore preoccupazione (rispetto a chi ha un diploma o un titolo di studio inferiore alla scuola superiore) rispetto alla possibilità che le persone rispettino le restrizioni ministeriali ($F = 5,650^{**}$). Inoltre, chi possiede un titolo postlaurea sembra essere meno preoccupato delle conseguenze dell'emergenza sul turismo rispetto ai/alle partecipanti che possiedono un diploma o un titolo di studio inferiore alla scuola superiore ($F = 4,543^{**}$). Anche il timore di non avere scorte sufficienti durante il lockdown sembra essere maggiore tra chi possiede un diploma (professionale o superiore) e chi ha un titolo di studio inferiore alla superiore, rispetto ai/alle partecipanti con un titolo postlaurea ($F = 4,692^{**}$). Differenze significative si osservano tra chi possiede un diploma o titolo inferiore e i/le partecipanti con titoli postlaurea in relazione alla possibilità che gli studenti/esse non finiscano l'anno scolastico ($F = 3,961^{**}$): i primi sono molto più preoccupati dei secondi. Infine, anche la preoccupazione di essere contagiati è strettamente legata al titolo di studio ($F = 5,876^{**}$): i/le partecipanti con una laurea o un titolo postlaurea ritengono sia meno probabile essere contagiati rispetto a chi possiede un livello di istruzione meno elevato.

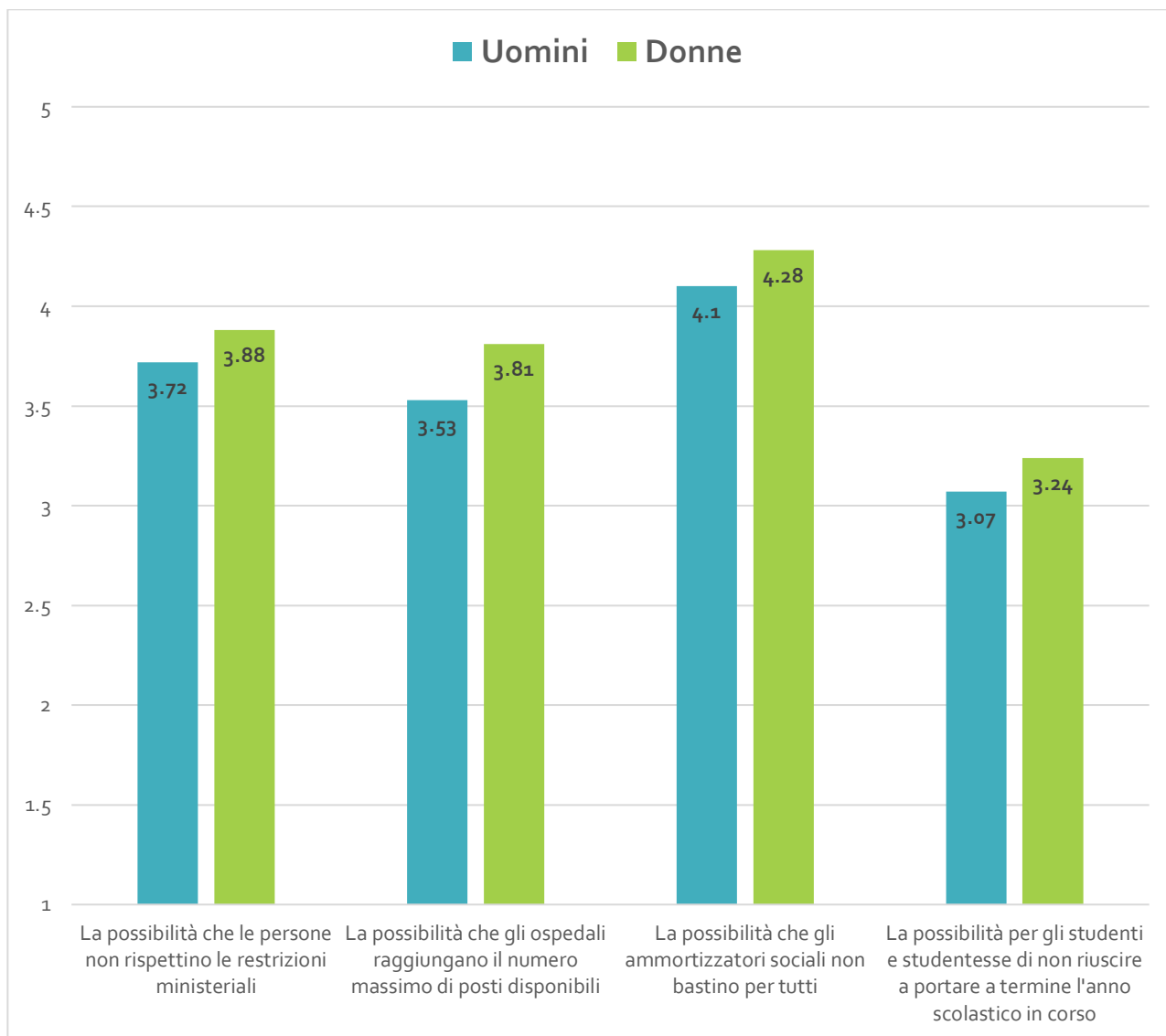


Figura 2.30 - Preoccupazioni: differenze per genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

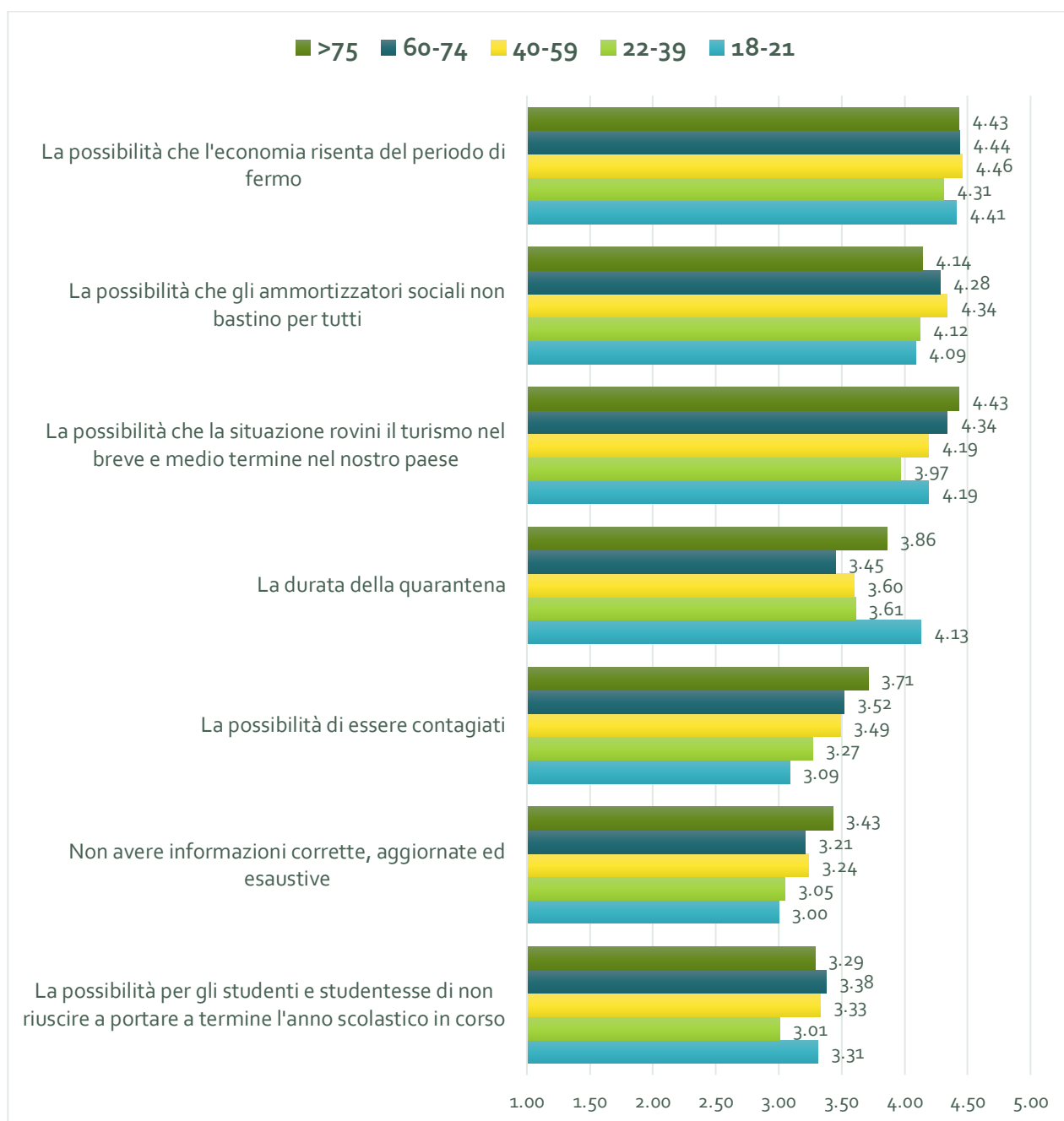


Figura 2.31 - Preoccupazioni: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

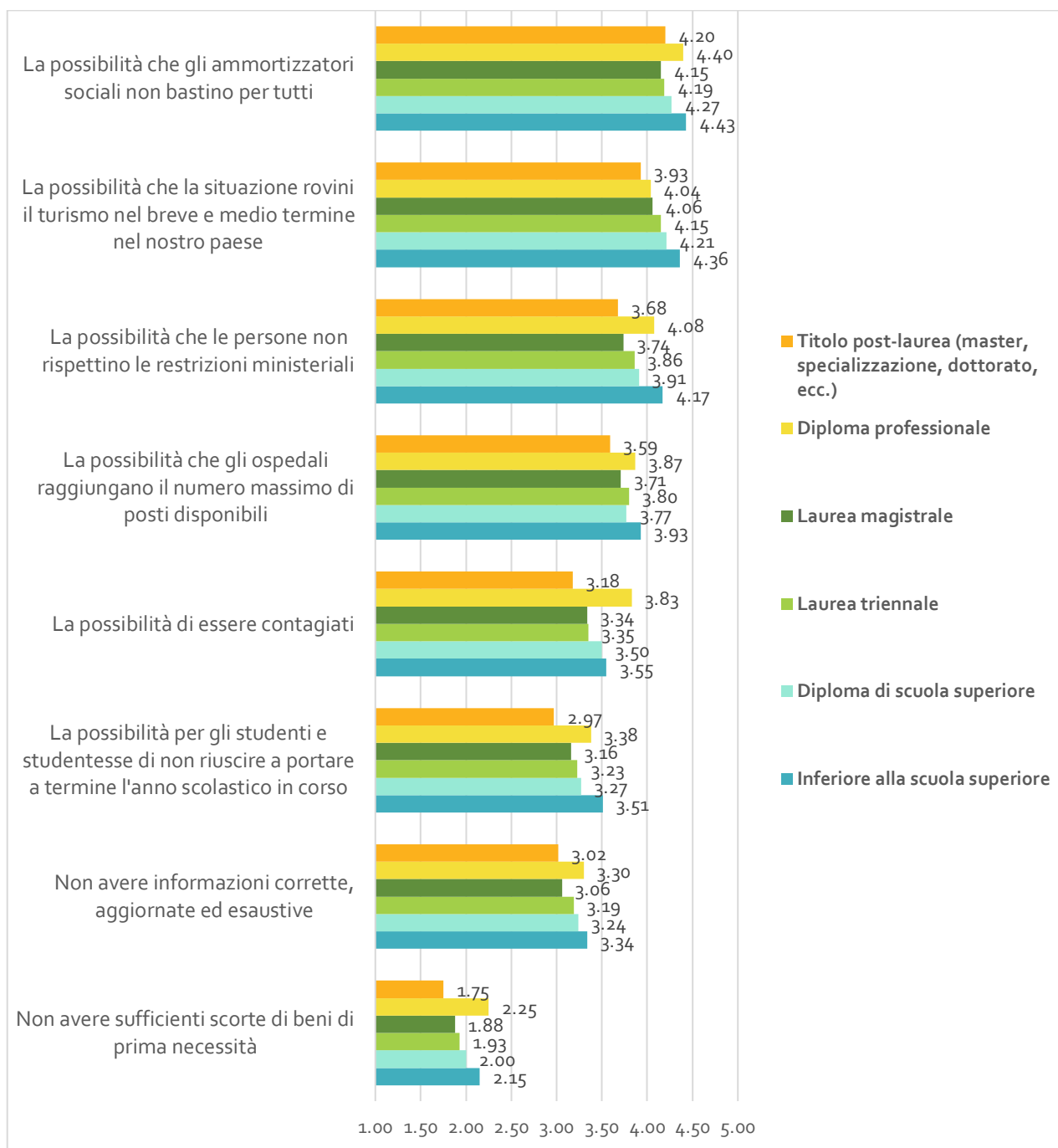


Figura 2.32 - Preoccupazioni: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.5.3 RIFLESSIVITÀ

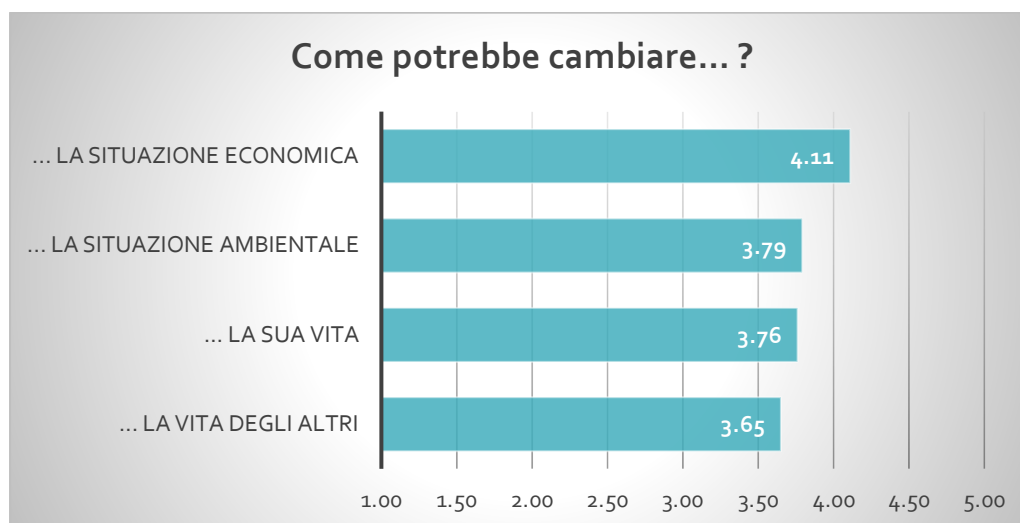


Figura 2.33 - Riflessività. Valori medi (range di risposta 1-5)

Ai/alle partecipanti è stato chiesto di pensare ad alcuni temi/aspetti che potrebbero cambiare in futuro a causa dell'emergenza COVID-19. Come riportato in Figura 2.31, i/le partecipanti hanno indicato che la situazione economica subirà probabilmente i maggiori cambiamenti, seguita dalla situazione ambientale. Vedono invece come meno modificabile in futuro la propria vita e la vita degli altri. Queste riflessioni sembrano essere maggiormente presenti tra le donne rispetto agli uomini: le donne infatti ritengono più degli uomini che, a causa della pandemia potrebbe cambiare la propria vita ($t = 5,957^{**}$), la vita degli altri ($t = 3,620^{**}$), la situazione ambientale ($t = 3,745^{**}$) e la situazione economica ($t = 2,321^*$).

Differenze significative si evidenziano anche tra partecipanti di diverse fasce d'età; in particolare, gli adulti tra i 60 e i 74 anni hanno una minore percezione che l'emergenza cambierà la propria vita, rispetto ai/alle partecipanti più giovani ($F = 6,599^{**}$). Infine, sono state osservate differenze significative (anche se non specifiche) relative alle conseguenze dell'emergenza rispetto alla vita degli altri ($F = 2,812^*$) e alla situazione ambientale ($F = 2,247^*$) tra partecipanti con diversi livelli di istruzione (Figura 2.34).

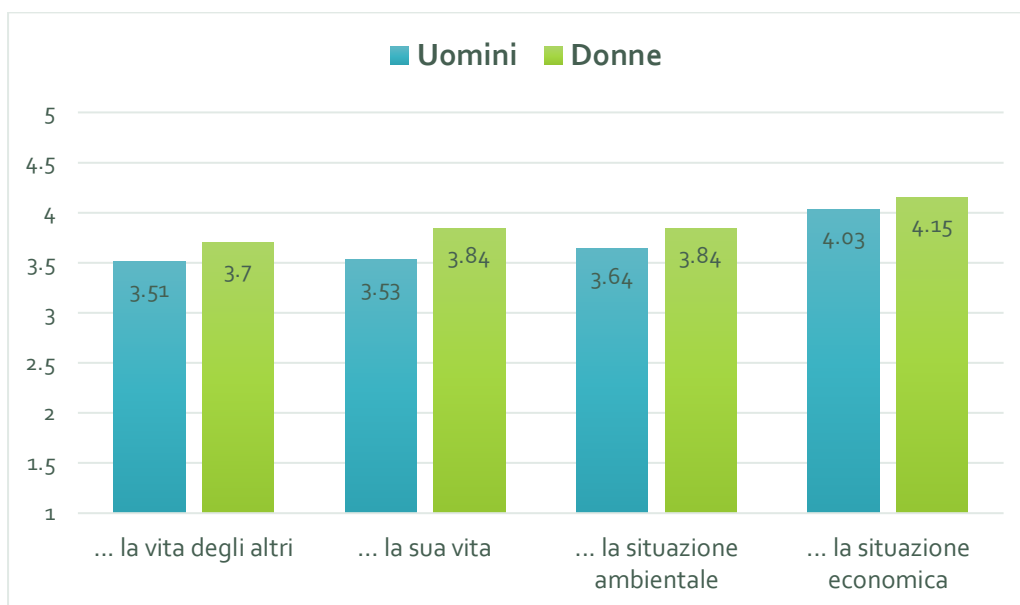


Figura 2.34 - Riflessività: differenze per genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

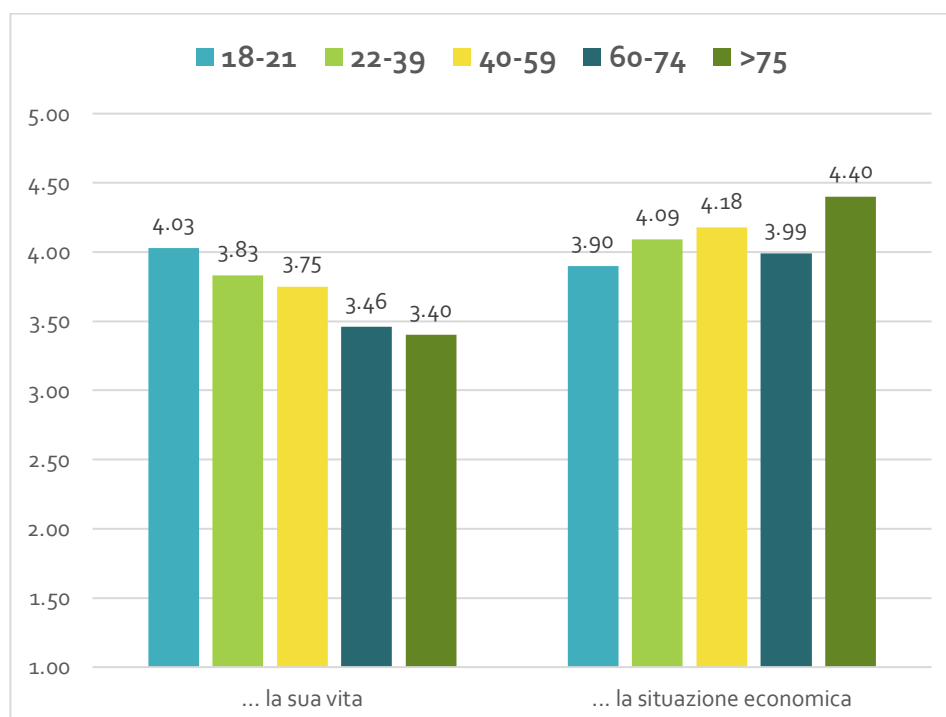


Figura 2.35 - Riflessività: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

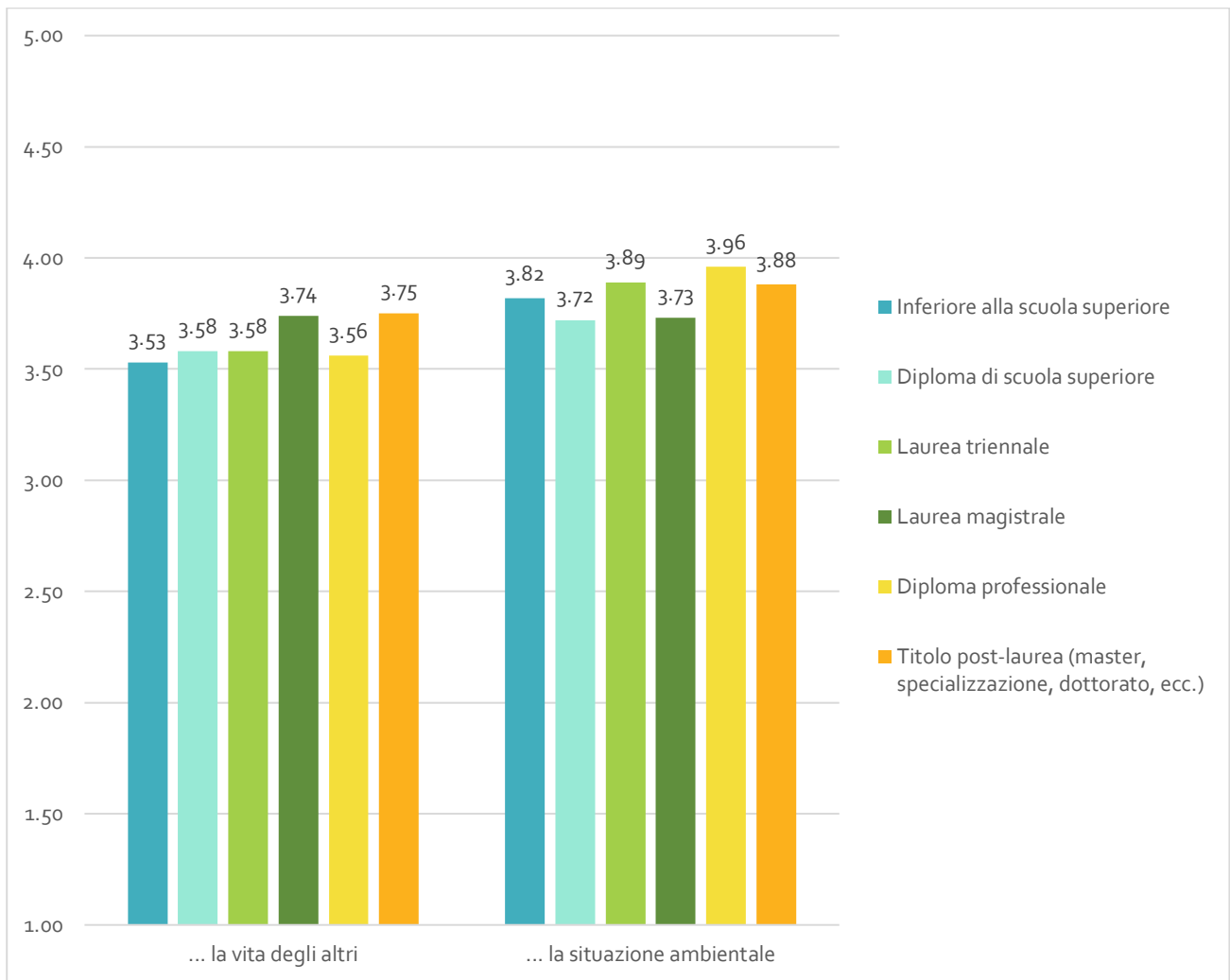


Figura 2.36 - Riflessività: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

2.5.4 EFFETTI SUI GRUPPI PIÙ VULNERABILI

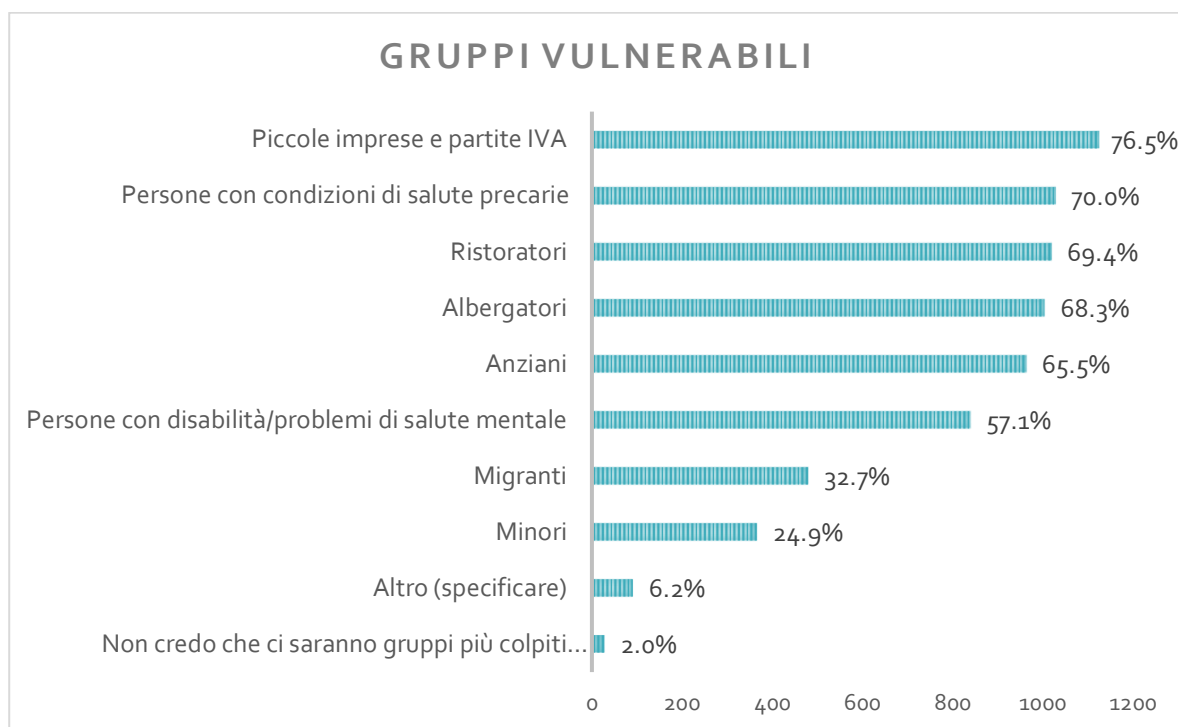


Figura 2.37 - Gruppi vulnerabili individuati. Valori percentuali sul totale delle risposte

I/le partecipanti alla ricerca riportano che alcuni gruppi più di altri subiranno le conseguenze negative dovute all'emergenza COVID-19. La Figura 2.35 mostra che i principali gruppi sono le piccole imprese e le partite IVA, le persone con condizioni precarie di salute, le persone che lavorano nella ristorazione e nel turismo (ristoratori e albergatori) e gli anziani. Sembra quindi che, per le persone che hanno risposto al questionario, le conseguenze sociali ed economiche dell'emergenza ricadranno soprattutto tra chi ha dovuto interrompere la propria attività lavorativa nel corso del lockdown. Solo una ridotta percentuale di partecipanti ritiene che non vi saranno gruppi più colpiti di altri, mentre i minori, i migranti e le persone con disabilità sono considerati gruppi abbastanza vulnerabili.

2.5.5 IMPLICAZIONI FUTURE

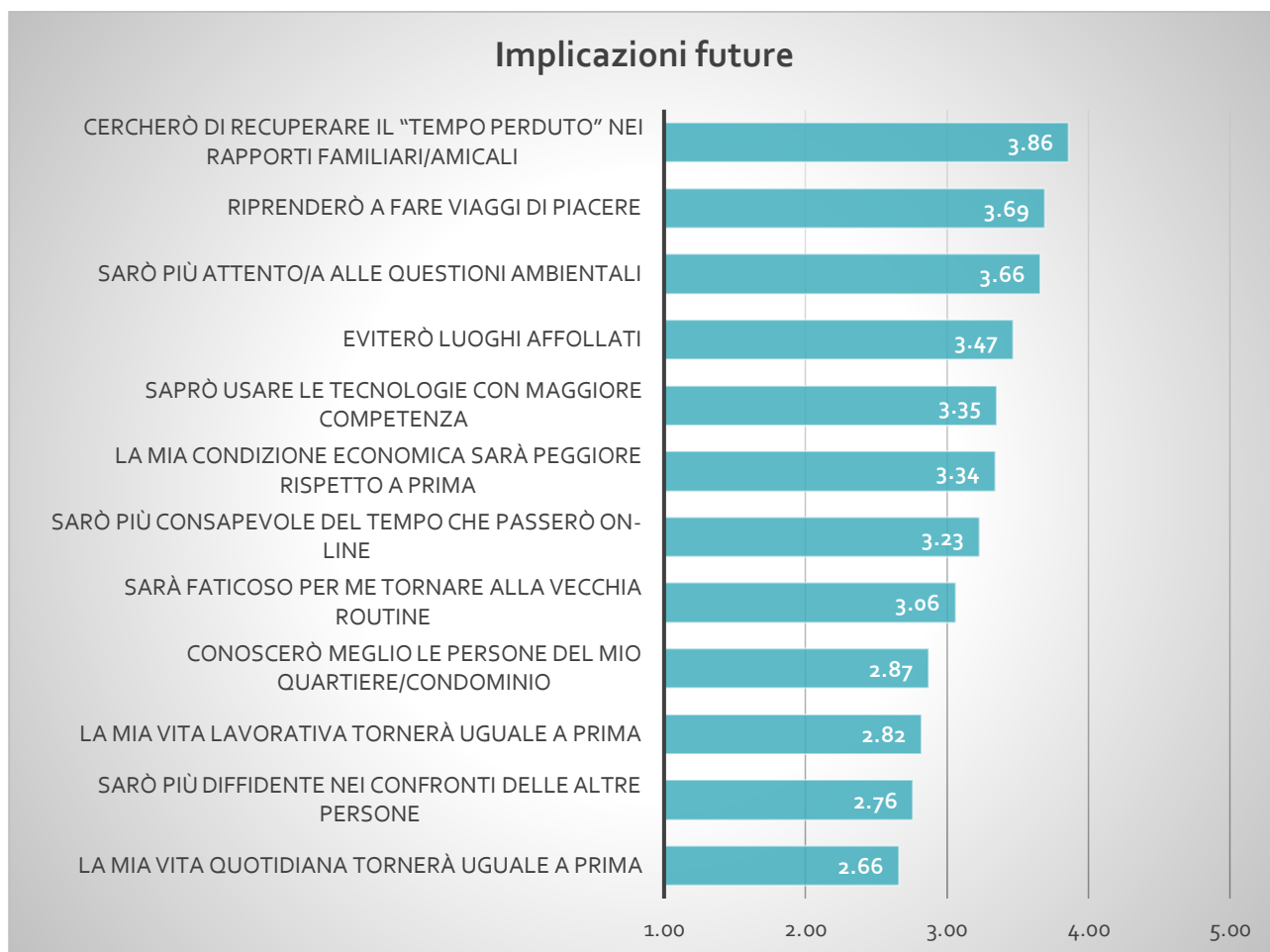


Figura 2.38 - Implicazioni future. Valori medi (range di risposta 1-5)

Per quanto riguarda le implicazioni future, ai/alle partecipanti è stato chiesto di indicare quali fossero gli aspetti della propria vita che sarebbero cambiati dopo l'emergenza COVID-19. Tra gli aspetti più menzionati si ritrovano: recuperare il tempo perduto con i propri famigliari e amici, viaggiare, attenzione ai temi ambientali, evitare luoghi affollati e utilizzare con maggior competenza la tecnologia. I/le partecipanti ritengono che solo in minima parte la loro vita quotidiana e lavorativa tornerà uguale a prima, o che saranno più diffidenti nei confronti di altre persone. Le aspettative relative al futuro cambiano tra uomini e donne. In particolare, la Figura 2.37 indica che le donne considerano più difficile, rispetto agli uomini, che la propria vita quotidiana ($t = 5,261^{**}$) e lavorativa ($t = 4,545^{**}$) tornerà come prima. Inoltre, le donne sembrano essere più attente in futuro a: recuperare il tempo perduto con i famigliari e gli amici ($t = 7,767^{**}$), tematiche ambientali ($t = 4,920^{**}$). Inoltre, le donne dichiarano che cercheranno di evitare luoghi affollati ($t = 4,712^{**}$), sapranno utilizzare la tecnologia con maggiore competenza ($t = 3,801^{**}$), avranno probabilmente una condizione economica peggiore ($t = 1,991^*$), saranno più consapevoli del tempo che passeranno online ($t =$

3,959**), avranno possibilità di conoscere meglio le persone del proprio quartiere/condominio ($t = 2,843^{**}$) e che sarà faticoso tornare alla routine di una volta ($t = 5,584^{**}$).

Per quanto riguarda le fasce d'età, la Figura 2.38 riporta alcune differenze significative. Nello specifico, i/le partecipanti adulti (40-59 e 60-74 anni) riportano di voler evitare i luoghi affollati in futuro più dei giovani e giovani adulti ($F = 10,975^{**}$), ma al tempo stesso gli adulti tra i 60 e i 74 anni riportano un maggiore interesse a conoscere meglio le persone che vivono nel proprio condominio/quartiere ($F = 5,101^{**}$) rispetto ai giovani (18-21 e 22-39 anni). Sono però i giovani adulti che riportano un maggiore interesse rispetto agli adulti (40-59 e 60-74 anni) a riprendere i viaggi di piacere ($F = 8,986^{**}$). Infine, i/le partecipanti tra i 40 e i 59 anni considerano che la propria condizione economica post-emergenza COVID-19 peggiorerà in misura maggiore rispetto ai/alle partecipanti tra i 60 e i 74 anni ($F = 2,460^*$). Differenze significative sono emerse anche in relazione al livello di istruzione. La Figura 2.39 indica che i/le partecipanti con livelli di istruzione più bassi (ad esempio inferiore alla superiore, diploma professionale o di scuola superiore) riferiscono che saranno maggiormente attenti alle questioni ambientali in futuro ($F = 2,734^*$), saranno più diffidenti nei confronti delle altre persone ($F = 4,646^{**}$) e percepiscono che la loro vita quotidiana ritornerà uguale a prima ($F = 4,033^{**}$) in misura maggiore ai/alle partecipanti con una laurea (magistrale o triennale) o in possesso di un titolo postlaurea. I/le partecipanti con livelli di istruzione elevati, invece, riferiscono l'intenzione di riprendere a fare viaggi di piacere ($F = 5,133^{**}$) e di saper utilizzare la tecnologia con maggiori competenze dopo l'emergenza COVID-19 ($F = 5,034^{**}$) in misura maggiore rispetto a chi possiede un diploma (superiore o professionale) o un titolo di studio inferiore alla superiore.

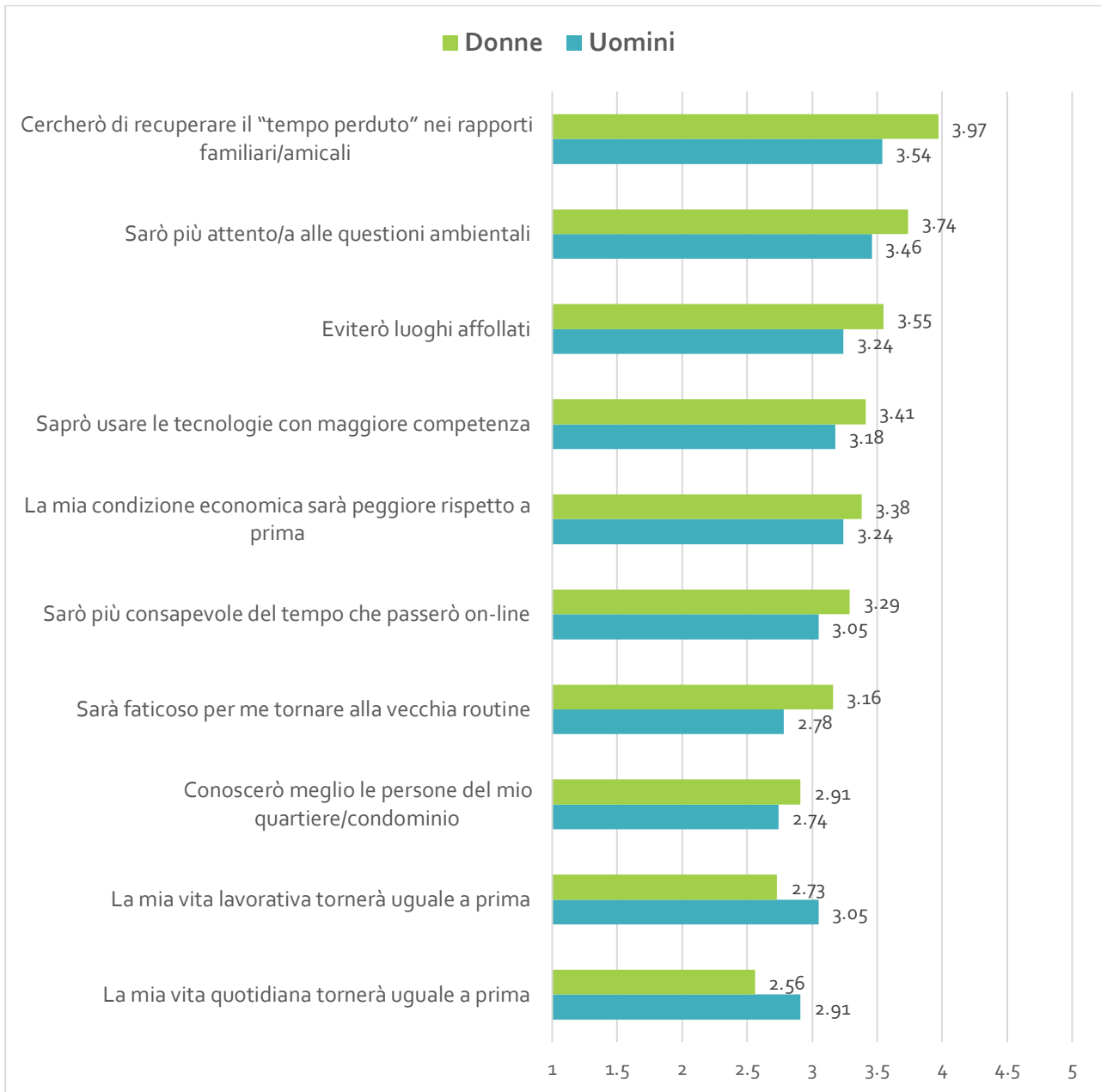


Figura 2.39 - Implicazioni future: differenze per genere. Valori medi (range di risposta 1-5)

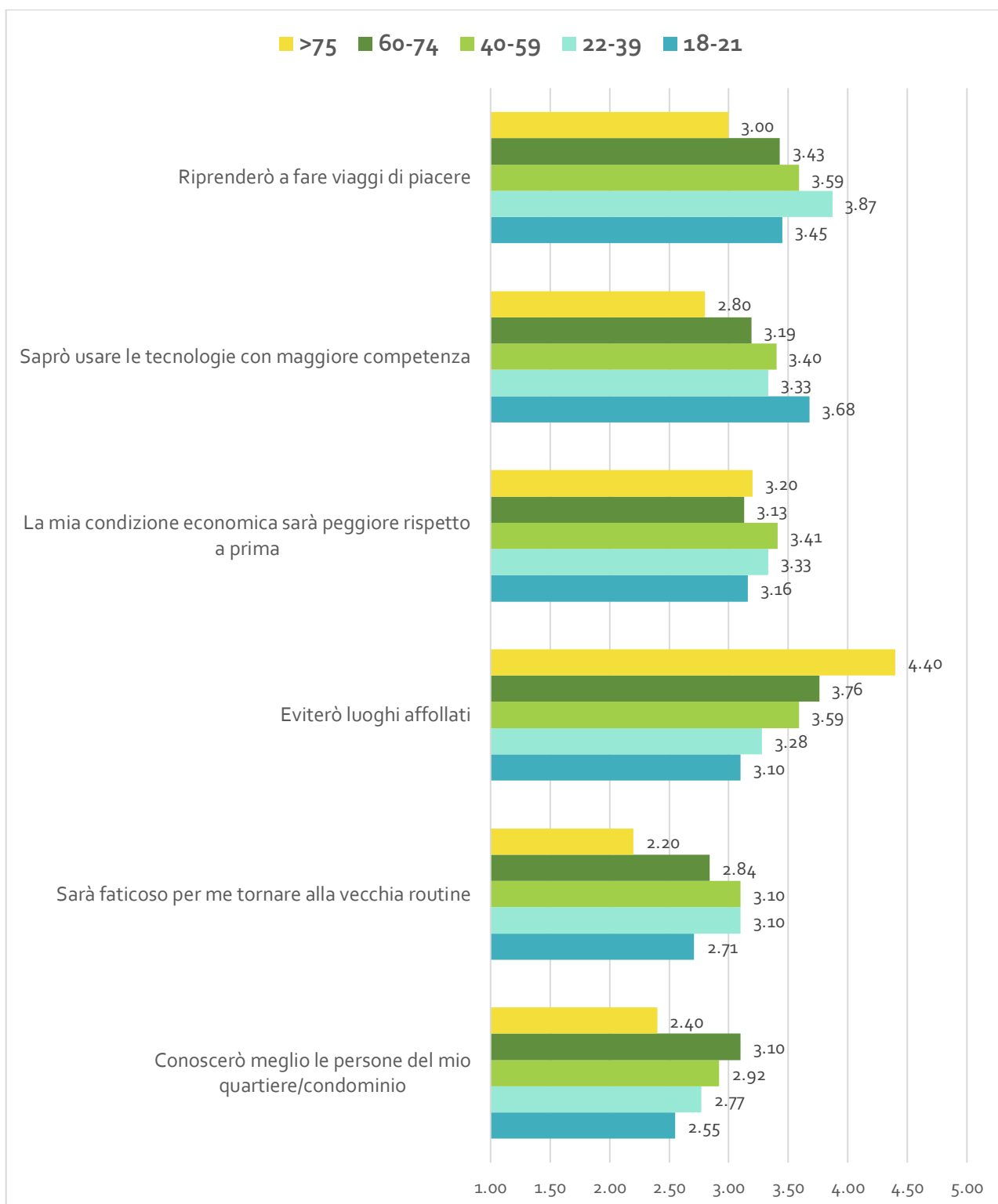


Figura 2.40 - Implicazioni future: differenze per età. Valori medi (range di risposta 1-5)

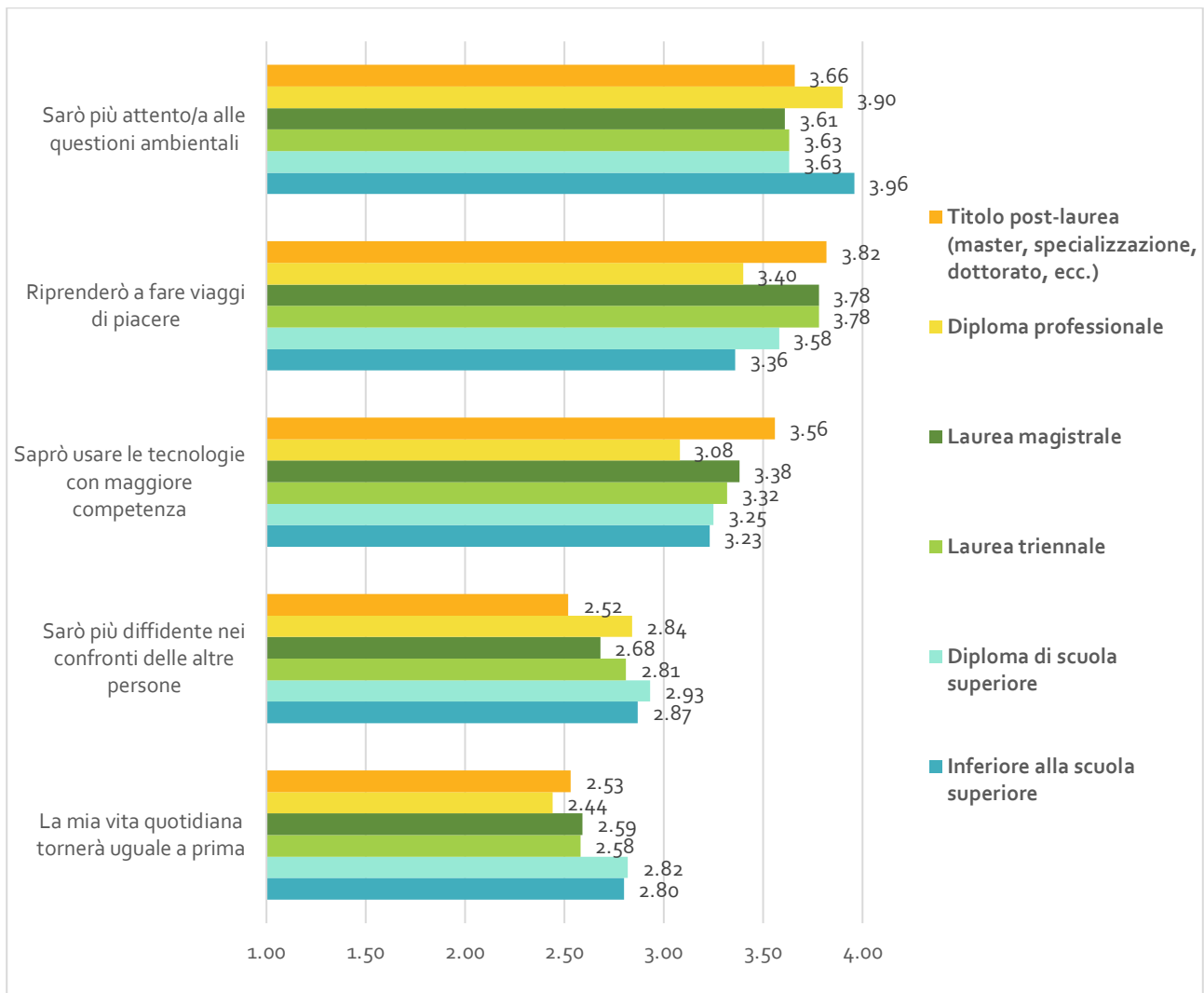


Figura 2.41 - Implicazioni future: differenze per livello di istruzione. Valori medi (range di risposta 1-5)

3 DISCUSSIONE

La ricerca presentata in questo report aveva l'obiettivo di analizzare e comprendere l'impatto della pandemia sulle dinamiche psicosociali della vita individuale e collettiva dei/elle partecipanti.

I risultati evidenziano che la diffusione del COVID-19 e le conseguenti misure restrittive del governo italiano nel periodo Marzo-Maggio 2020 hanno avuto un effetto sulla vita delle persone e delle comunità in termini di comportamenti, vissuti, atteggiamenti, percezioni e prospettive future.

Nello specifico, le indicazioni governative per prevenire la diffusione del coronavirus sembrano aver avuto effetto più su alcuni comportamenti che su altri, come per esempio i comportamenti relativi al distanziamento sociale (evitare luoghi affollati, evitare contatti ed evitare di uscire se non strettamente necessario). Alcuni comportamenti precauzionali sembrano, inoltre, essere messi in atto più dalle donne che dagli uomini (ad esempio indossare mascherina e guanti, evitare luoghi affollati), dagli adulti più che dai giovani e dalle persone con livelli di istruzione meno elevata. L'adesione alle indicazioni del Governo può avere diverse spiegazioni.

In primo luogo, i risultati ci dicono che i/le partecipanti hanno una rete sociale di familiari e amici che, per la maggior parte, segue le indicazioni e mette in atto comportamenti preventivi. L'influenza di familiari e amici (in particolare i primi) sembra essere un elemento importante. Anche in questo caso, le donne hanno riportato di avere una rete sociale più rispettosa delle regole di comportamento e, di conseguenza, ne sono state più influenzate positivamente. In secondo luogo, l'elevata fiducia nelle istituzioni (ad esempio il sistema sanitario e i governi locali e regionali) e, in parte, nel governo nazionale può avere influenzato la messa in atto di comportamenti preventivi. Terzo, il senso di appartenenza; i/le partecipanti riportano di avere un elevato senso di comunità territoriale e di responsabilità di comunità. La connessione con il territorio può essere non solo un fattore protettivo per il benessere (senso di comunità), ma anche un aspetto chiave per il raggiungimento di obiettivi condivisi e l'attivazione per il loro conseguimento attraverso l'adozione di comportamenti per diminuire la diffusione della pandemia. I risultati relativi al senso di appartenenza indicano, inoltre, che donne, gli adulti e persone con titoli di studio meno elevati sembrano avere un maggiore senso di appartenenza al territorio.

Un ulteriore aspetto che i risultati hanno mostrato sono le percezioni dell'emergenza da parte dei/elle partecipanti. Se da un lato i dati indicano che la pandemia ha prevalentemente suscitato emozioni negative come apprensione, tristezza, paura, ansia, panico (e solo in minima parte emozioni positive come ironia, serenità) e conseguenti preoccupazioni soprattutto relative ad aspetti di tipo economico (stallo economia, conseguenze negative per il turismo, mancanza di ammortizzatori sociali per tutti), è importante evidenziare che le persone che hanno partecipato alla ricerca riportano elevati livelli di resilienza individuale,

collettiva e di comunità. La situazione di emergenza vissuta nel primo semestre del 2020, quindi, ha generato paure, timori e preoccupazioni per il futuro; tuttavia, i/le partecipanti percepiscono di avere le risorse e gli strumenti (individuali e collettivi) per far fronte alle conseguenze negative della pandemia e la capacità di adattarsi ad una realtà nuova. Tuttavia, i risultati relativi ai comportamenti prosociali agiti e ricevuti, fanno pensare che il senso di appartenenza territoriale e la percezione di risorse collettive per affrontare la situazione di emergenza non siano sempre tradotte in azioni di tipo collettivo. Infatti, la maggior parte dei comportamenti prosociali agiti fanno riferimento ad azioni online prettamente individuali che richiedono un minimo sforzo e non un vero e proprio impegno per la comunità (ad esempio condividere informazioni online, fare donazioni, postare messaggi di speranza sui social e aiuto spesa per persone in difficoltà). Anche tra i comportamenti prosociali ricevuti i più frequenti sono stati l'utilizzo di piattaforme online per lezioni, eventi, consegne a domicilio e servizi di intrattenimento scolastico. Tra i meno frequenti ci sono l'aiuto da parte di associazioni, il sostegno psicologico e l'opportunità di socializzazione. All'interno del campione di partecipanti ci sono però alcune differenze relative alle reazioni e percezioni della pandemia. Le donne e le persone anziane, infatti sembrano aver provato in misura maggiore emozioni negative. Inoltre, le preoccupazioni delle donne sono maggiormente focalizzate su aspetti economici e sociali (mancanza di ammortizzatori, timore che studenti non finiscano anno scolastico), così come gli adulti hanno maggiori preoccupazioni di tipo sociale ed economico rispetto ai giovani, i quali sembrano essere principalmente preoccupati della durata della quarantena. Inoltre, anche avere un titolo di studio poco elevato sembra essere associato ad un maggior numero di preoccupazioni. Tuttavia, nonostante donne e adulti siano i gruppi che hanno espresso in misura maggiore timori e preoccupazioni, sono anche quelli che riportano i livelli più elevati di resilienza individuale (adulti), collettiva e di comunità (donne e adulti): sono preoccupati ma ritengono di avere gli strumenti e le risorse per affrontarli.

Infine, i dati relativi alle riflessioni sul futuro indicano i/le partecipanti sembrano essere particolarmente preoccupati dei cambiamenti che avverranno nella società a livello economico e ambientale; vi è inoltre la consapevolezza che la vita quotidiana e lavorativa cambierà e non sarà più come prima. Le risposte infatti indicano che le persone si aspettano un cambiamento nelle relazioni e nel modo di intendere la socialità (maggiore diffidenza tra le persone, evitamento dei luoghi affollati) a favore di un maggiore tempo con la famiglia e gli amici, una maggiore acquisizione di competenze tecnologiche, attenzione ai temi ambientali e una necessità di viaggiare di più. Alcune di queste riflessioni sembrano essere più presenti nelle donne e nei giovani, i/le quali ritengono che la propria vita dopo la pandemia non tornerà come prima. Ci si aspetta, quindi un cambiamento sostanziale e drastico della realtà in cui si vive con conseguenze relative all'adattamento in un contesto differente. Tuttavia, le donne si auspicano dei cambiamenti che possano comunque far scoprire nuovi valori e modalità di relazioni (conoscere i vicini, maggiore consapevolezza del tempo).

CONCLUSIONI

I risultati nel complesso mostrano una fotografia complessa che, ci auspichiamo, possano permettere ai diversi stakeholders territoriali di fare riflessioni, pensare ad interventi e sviluppare progetti alla luce di una realtà sociale, politica ed economica destinata a cambiare radicalmente dopo la pandemia. Pur con i limiti di un campione di convenienza (costituito in prevalenza da donne adulte e giovani adulte, con istruzione medio alta, che non ha raggiunto persone di origine straniera) i dati suggeriscono la presenza di una "prospettiva di genere" sulla pandemia, con le donne più attente, più preoccupate ma anche più resilienti e più radicate nel loro contesto di vita. Le donne possono essere "il motore" del cambiamento post- pandemico? I dati ci permettono di pensare che potrebbe essere più capaci di usare il presente per pensare il futuro, ma per capirlo saranno necessari ulteriori studi e contesti che consentano alle donne di avere un peso maggiore nella progettazione del futuro. I dati ci dicono anche che la pandemia ha "impattato" in modo diverso giovani e anziani non solo dal punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista psicosociale. La comunicazione e le azioni di sostegno dovrebbero tenere conto di queste specificità, legittimando i bisogni e le preoccupazioni di entrambi i gruppi senza innescare un "conflitto generazionale". I giovani, per quanto più "forti" di fronte al virus, appaiono per certi versi più vulnerabili alle condizioni imposte dalla pandemia dal punto di vista psicologico, e più (ragionevolmente) preoccupati per il futuro. A oggi però non sembra che su questo siano state programmate azioni mirate, che appaiono quanto mai necessarie per contrastare la perdita di capitale umano e sociale

BIBLIOGRAFIA

- 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*. The Lancet. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Callegari, C., Bertù, L., Lucano, M., Ielmini, M., Braggio, E., & Vender, S. (2016). Reliability and validity of the Italian version of the 14-item Resilience Scale. *Psychology Research and Behavior Management*. Psychology Research and Behavior Management. <http://doi.org/10.2147/prbm.s115657>
- Cicognani, E. (2012). *Il benessere della comunità*. In Zani, B., *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*, 195-221.
- Cicognani, E., & Zani, B. (1999). *Le vie del benessere: eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci Editore.
- Flynn, J., Slovic, P., & Mertz, C. K. (1994). Gender, Race, and Perception of Environmental Health Risks. *Risk Analysis*. Risk Analysis. <http://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1994.tb00082.x>
- Lyons, A., Fletcher, G., & Bariola, E. (2016). Assessing the well-being benefits of belonging to resilient groups and communities: Development and testing of the Fletcher-Lyons Collective Resilience Scale (FLCRS). *GROUP DYNAMICS: THEORY, RESEARCH, AND PRACTICE*, 20(2), 65–77. <https://doi.org/10.1037/gdn0000041>
- Nowell, B., & Boyd, N. (2010). Viewing community as responsibility as well as resource: deconstructing the theoretical roots of psychological sense of community. *Journal of Community Psychology*. Journal of Community Psychology. <http://doi.org/10.1002/jcop.20398>
- Peterson, N. A., Speer, P. W., & McMillan, D. W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of community psychology*, 36(1), 61-73. <https://doi.org/10.1002/jcop.20217>
- Pfefferbaum, R. L., Pfefferbaum, B., Nitiéma, P., Houston, J. B., & Van Horn, R. L. (2014). Assessing Community Resilience: An Application of the Expanded CART Survey Instrument With Affiliated Volunteer Responders. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 181-199.
doi:10.1177/0002764214550295

- Prati, G., Procentese, F., Albanesi, C., Cicognani, E., Fedi, A., Gatti, F., ... Gattino, S. (2020). Psychometric properties of the Italian version of the sense of community responsibility scale. *Journal of Community Psychology*. *Journal of Community Psychology*. <http://doi.org/10.1002/jcop.22366>
- Prati, G., Pietrantoni, L., & Zani, B. (2012). The prediction of intention to consume genetically modified food: Test of an integrated psychosocial model. *Food Quality and Preference*, 25(2), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2012.02.011>
- Rosen, L. D., Whaling, K., Carrier, L. M., Cheever, N. A., & Rokkum, J. (2013). The media and technology usage and attitudes scale: An empirical investigation. *Computers in human behavior*, 29(6), 2501-2511. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.06.006>

