

Studi sperimentali

Valutazione dell'impatto della nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole con studenti di età 12-15 anni

Evaluation of the impact of the new version of a handbook to promote psychological wellbeing and emotional intelligence in the schools (students aged 12-15)

FRANCO VELTRO¹, VALENTINA IALENTI¹, MANUEL ALEJANDRO MORALES GARCÍA¹,
CLAUDIA IANNONE¹, EMILIANA BONANNI¹, ANTONELLA GIGANTESCO²

E-mail: franco.veltro@asrem.org

¹Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso, ASReM

²Istituto Superiore di Sanità, Roma

RIASSUNTO. Scopo. Uno studio recente ha dimostrato l'efficacia di un intervento strutturato basato su un manuale di promozione della salute mentale per studenti delle scuole medie superiori messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità sulla base del "cooperative learning", delle "life skills" e della "self-efficacy", ma con risultati meno rilevanti di quelli attesi. Sono state quindi fatte delle modifiche al Manuale per studenti e cercato di semplificarne il linguaggio per consentirne l'uso anche nelle scuole medie inferiori. Il presente studio si propone di valutare l'efficacia nella pratica di questa nuova versione del manuale comprensiva di un notebook. **Metodi.** Il disegno utilizzato è stato di tipo pre-post anche con confronto gruppo sperimentale vs controllo. Sono state incluse cinque classi nel gruppo sperimentale e cinque classi nel gruppo di controllo appartenenti a 5 diversi istituti scolastici. Lo studio dell'efficacia è stato effettuato mediante diversi questionari self-report di apprendimento delle abilità (comunicazione efficace, definizione obiettivi e problem solving), del benessere psicologico, dell'autoefficacia percepita nella gestione delle emozioni negative e positive, delle convinzioni disfunzionali e stili di vita non salutari, come bere e fumare. **Risultati.** Sono stati osservati miglioramenti significativi in quasi tutte le dimensioni valutate con l'eccezione dell'efficacia percepita e convinzioni disfunzionali. Di particolare importanza sono stati i miglioramenti registrati nell'apprendimento delle abilità, nel benessere psicologico, in alcuni comportamenti "a rischio", come il frequente coinvolgimento in litigi e/o zuffe, e il tabagismo. Complessivamente, il miglioramento è risultato superiore a quello osservato nel primo studio condotto dagli stessi autori utilizzando il manuale nella versione originaria. **Conclusioni.** I dati osservati confermano l'efficacia di tale approccio e in particolar modo una superiore efficacia dovuta, nell'opinione degli autori, all'utilizzo della nuova edizione del manuale che ha tra le sue caratteristiche anche quella di stimolare le esercitazioni extrascolastiche con un notebook di cui è corredato.

PAROLE CHIAVE: promozione salute mentale, benessere psicologico, scuole, problem solving, abilità di comunicazione, autoefficacia percepita, intervento psicoeducativo, efficacia nella pratica.

SUMMARY. Aim. A recent study has demonstrated the effectiveness of a structured intervention based on a manual of mental health promotion for students of secondary schools developed by the Istituto Superiore di Sanità based on the "cooperative learning", the "life skills" and "self-efficacy"; unfortunately, the results were less significant than expected. The Authors made changes to the Handbook for Students simplifying the language to allow its use even in middle schools. The present study aims at evaluating the effectiveness of this new version of the manual that includes a notebook. **Methods.** A pre-post study design was used with also experimental vs. control group comparison. Five classes were included in the experimental group and five in the control group belonging to 5 different institutes. The efficacy has been established through several self-filled questionnaires to assess improvement of skills (effective communication, goal-setting, problem solving), psychological well-being, perceived self-efficacy in the regulation of negative and positive emotions, irrational beliefs, and unhealthy lifestyles such as drinking and smoking. **Results.** Significant improvements were observed in almost all dimensions evaluated with the exception of self-efficacy and irrational beliefs. Of particular importance were the improvements about skills (effective communication, goal-setting and problem solving), psychological well-being and in some behaviors "at risk" as the frequent involvement in fights and smoking habit. Overall, the improvement was greater than that observed in the first study by the same authors using the manual in the original version. **Conclusions.** The observed data confirm the effectiveness of this approach with better results if compared to previous studies because of the use of the new edition of the manual. One of the ingredient of success, in the opinion of the authors, was the use of this manual that includes a notebook that stimulates extracurricular exercises.

KEY WORDS: promoting mental health, psychological wellbeing, schools, problem solving, communication skills, perceived self-efficacy, psychoeducational intervention, effectiveness.

INTRODUZIONE

È opinione comune che gli adolescenti condividano problemi riguardanti la sfera psicologica e, in modo specifico, mancanza di fiducia in se stessi, sensazione di noia, di confusione nel prendere decisioni, timore di ricevere critiche, incapacità nel riconoscimento, nella gestione e nella comunicazione delle emozioni con il rischio di trovarsi coinvolti in comportamenti aggressivi fino a episodi di bullismo^{1,2}.

Nel percorso di face-validity del primo manuale, orientato a promuovere la salute mentale nelle scuole a cura dell'Istituto Superiore di Sanità³, si evidenziava anche l'incapacità da parte delle nuove generazioni di definire con chiarezza obiettivi. Questi aspetti di vulnerabilità psicologica, per gli esperti, sono fattori di rischio per problematiche di tipo psichiatrico, quali depressione e ansia⁴, ma anche per condotte che hanno un impatto negativo per la salute fisica (per es., fumo e alcol)⁵. Così, se l'uso di droga è frequente nell'adolescenza, la persona con scarse abilità sociali e bassa assertività avrà più difficoltà a resistere alle pressioni dei pari, mentre il contrario avviene nell'individuo che ha un buon repertorio di condotte sociali⁶. Già da tempo si era a conoscenza che l'adolescente con una carenza di un repertorio adeguato di abilità sociali assume sostanze come l'alcol per soddisfare i propri bisogni emotivi e di filiazione sociale; inoltre, l'assunzione di sostanze rappresenta una modalità per attutire il disagio psicologico che deriva da condizioni di vita non pienamente controllate^{7,8}. In Italia, alcuni studiosi hanno condotto ricerche qualitative sulle relazioni tra problemi di salute e comportamenti a rischio dei giovani e stress psicosociale cercando di mettere in luce i fattori di rischio e i fattori di protezione relativi a caratteristiche individuali, fattori contestuali e macro-sociali⁹⁻¹¹.

In anni più recenti è stato anche osservato che il livello di autoefficacia influisce sia nell'iniziare a fumare sia nel tentativo di lasciare e mantenere l'astinenza^{12,13}. La bassa autoefficacia può influenzare l'uso e l'abuso di sostanze, tra cui il tabacco, in quanto gli individui che si sentono vulnerabili a stimoli sociali stressanti sono più propensi a imitare il comportamento "smoker" di coloro che li circondano^{14,15}. Alcuni studiosi italiani hanno esaminato il ruolo delle intenzioni, della pianificazione e delle percezioni di autoefficacia nell'adozione di comportamenti salutari trovando in particolare che esse influenzano negativamente il consumo di sigarette in adolescenti che hanno intenzione di smettere¹⁶. I fattori di rischio collegati ai comportamenti non salutari nei giovani sono stati ben studiati nel nostro Paese fin dagli anni '80 e sono stati affrontati da molti autori e ricercatori anche mediante studi sperimentali che hanno avuto come focus proprio la promozione della salute fisica e del benessere psicosociale degli adolescenti^{11,16}. Tuttavia, per quanto riguarda le strategie di intervento nei contesti comunitari, essi sono stati fronteggiati perlopiù con campagne informative e lezioni educative sulle emozioni o con interventi non specifici, non strutturati, spesso attraverso modalità di comunicazione sulla base della presenza di un "esperto", fino a proporre giochi e simulazioni a tema libero per gli studenti. È invece sempre più evidente che i programmi di salute educativi possono avere effetti controproducenti se non sono condotti avvalendosi di interventi strutturati per promuovere le abilità di autoregolazione emotiva e di autoefficacia, le strategie di problem solving, l'approccio empatico e le competenze sociali¹⁷.

²¹. Sono proprio questi ultimi, infatti, alcuni dei più importanti fattori di protezione dei comportamenti a rischio.

Gli studi condotti per valutare interventi finalizzati a contrastare gli aspetti problematici sopradescritti hanno dimostrato che sono efficaci quegli approcci integrati nell'attività curriculare scolastica, soprattutto in un'ottica olistica. In anni recenti, studiosi e ricercatori italiani hanno sottolineato l'importanza di promuovere la salute nei contesti educativi cercando di assumere una prospettiva positiva nei confronti della salute e finalizzando gli interventi al miglioramento degli stili di vita e del benessere percepito^{22,23}. In pratica significa creare un ambiente armonico dove i principali fattori che migliorano il benessere della persona, cioè la promozione delle abilità sociali e dell'autoefficacia, sono condivisi, praticati e sostenuti dai professori, dai familiari e da tutti coloro che vengono a contatto con la realtà scolastica^{24,25}. È dunque soprattutto l'ambiente scolastico che viene ritenuto in grado di dare un significativo contributo alla salute e al benessere degli adolescenti²⁶. Tutte le principali organizzazioni non governative, inclusi l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), lo US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'International Union for the Promotion and Health Education (IUHPE), l'UNICEF e l'UNESCO, condividono tale principio. In Italia, un intervento finalizzato a promuovere la salute mentale nei giovani è stato messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del programma "Gaining Health" ("Guadagnare Salute") con un progetto finanziato dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute. Il risultato è stato la messa a punto di un intervento di promozione della salute mentale²⁷ mediante un manuale per studenti²⁸ basato sui fattori efficaci sopradescritti. L'intervento è organizzato in 18 unità di lavoro, una ogni settimana, della durata circa di 60-90 minuti. Un primo studio controllato per valutarne l'efficacia nella pratica è stato condotto a Campobasso²⁹. I risultati hanno mostrato che l'intervento era promettente in termini di ricadute pratiche sugli studenti, ottenendo come risultati miglioramenti importanti per le componenti sopra descritte, in particolar modo definizione di obiettivi, gestione dello stress, abilità di coping emozionale, benessere psicologico e autoefficacia percepita. Se dunque l'intervento ha mostrato la sua efficacia, gli Autori hanno considerato che risultati migliori si potessero ottenere attraverso modifiche al manuale, per consentirne l'applicazione anche con gli studenti di 12-13 anni che frequentano le scuole medie inferiori e valutarne l'impatto su specifici comportamenti-problema che esordiscono più frequentemente proprio in questa fascia di età, come per esempio le zuffe e il tabagismo. Lo scopo di questo lavoro è descrivere sinteticamente questa nuova versione del manuale e presentare i risultati della sua efficacia, inclusa la riduzione di comportamenti a rischio in classi della scuola media superiore e della scuola media inferiore. In particolare, si ipotizza un miglioramento delle abilità di comunicazione, di definizione di "obiettivi" e di problem solving, di autoefficacia nella gestione delle emozioni positive e "negative", del benessere psicologico secondo il costrutto di Ryff, della qualità di vita percepita e una riduzione delle convinzioni irrazionali e di alcuni comportamenti a rischio (alcol, fumo, litigi e zuffe, ridotte relazioni sociali). Sono infine riportate e discusse le impressioni ricavate dai ricercatori e facilitatori relativamente all'intervento e all'applicazione del manuale.

Nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva

METODO

Componenti dell'intervento manualizzato per gli studenti

L'intervento è concepito per gli studenti del secondo e terzo anno delle scuole medie inferiori e per il primo anno delle scuole medie superiori, di età 12-15 anni. Le basi teoriche sono quelle raccomandate dal Mental Health Action Plan for Europe³⁰, che sottolinea l'importanza dell'approccio "salutogenico", in accordo con la Carta di Ottawa, nel campo della salute mentale, inteso come benessere psicofisico, spirituale, sociale. Di conseguenza ci si basa sulle competenze e sui punti di forza, piuttosto che sulla patologia, includendovi l'ottimismo, la resilienza, le abilità di definire obiettivi, riconoscere le fonti stressanti e migliorare nel fronteggiamento dei problemi con un approccio strutturato (problem solving). L'intervento, come detto, è basato su un manuale per studenti, dove vengono illustrati, con esempi adatti alla cultura giovanile, i principi e gli strumenti pertinenti agli obiettivi, suggerite esercitazioni a due, a tre e in piccolo gruppo e raccomandato ai partecipanti di commentare in modo costruttivo le prestazioni di chi più si espone nelle esercitazioni. In tutto, il manuale comprende 19 unità (capitoli), più le appendici. Rispetto alla versione precedente, alcune unità sono state modificate parzialmente nei contenuti ma soprattutto nelle modalità di trattazione degli argomenti di lavoro, con esempi più adatti a ragazzi di 12-13 anni ed è stato aggiunto un notebook per sollecitare esercitazioni fuori dal contesto scolastico finalizzate alle modifiche comportamentali (allegato 1).

Training dei facilitatori

L'intervento è basato su incontri settimanali di un'ora condotti da facilitatori, nel nostro caso psicologi, che hanno ricevuto uno specifico training, ma qualsiasi persona può essere addestrata e anzi sono preferibili studenti universitari o delle scuole superiori esperti (cioè che hanno già a loro volta ricevuto l'intervento) di età 17-18 anni. Il training è avvenuto con due workshop, per un totale di 6 ore, condotti dagli stessi autori del manuale, durante i quali sono stati illustrati sia la modalità di conduzione dell'intervento sia i principi fondamentali delle singole unità del manuale. In particolare è stato enfatizzato l'approccio socratico-maieutico per favorire la comunicazione "tra pari" degli studenti. In pratica, il principio è quello dell'apprendimento attivo attraverso la lettura dell'unità e se necessario la ripetizione della stessa con eventuali spiegazioni da parte degli altri studenti, con interventi correttivi del facilitatore solo quando si riteneva la non pertinenza con l'argomento trattato. Prima del training, con un certo anticipo, ai facilitatori è stata fornita una copia del manuale. Vi sono state anche due brevi sessioni di monitoraggio per discutere di eventuali difficoltà di implementazione nella pratica di conduzione dell'intervento.

Applicazione del manuale

L'applicazione del manuale necessita di un'ora per quasi tutte le unità, tranne un paio che necessitano di più tempo; in tal caso l'unità viene ripresa nell'incontro successivo. Sono necessari 20-22 incontri per circa 5-6 mesi. Nel corso degli incontri gli studenti leggono a turno le diverse unità del manuale. Le unità sono tutte organizzate in modo da avere una parte introduttiva teorica e delle istruzioni per l'esecuzione di esercizi di discussione e di role-play, da eseguire sia individualmente sia in piccoli gruppi di 2-3 studen-

ti, e qualche volta di 5-8. Ciascuna unità termina con la proposta di un compito a casa consistente in una o più esercitazioni, meglio dettagliate nel notebook, dove gli studenti possono annotare quando e con quali risultati le hanno svolte, a casa o in altro contesto extra scolastico. Il ruolo dei facilitatori è fondamentalmente quello di stimolare la partecipazione attiva di tutti gli studenti e di garantire che gli incontri si svolgano secondo quanto previsto dalla scaletta delle attività di ciascuna unità. Per quanto riguarda la modalità di conduzione, l'intervento prevede che il ruolo del facilitatore sia ridotto, poiché gli studenti dispongono nel manuale di tutte le necessarie trattazioni teoriche e istruzioni per le esercitazioni.

Disegno dello studio

Per la valutazione della nuova versione del manuale si è utilizzato un disegno di studio sia di confronto (sperimentale vs controllo), sia pre-post attraverso il quale è stato accertato l'apprendimento, il miglioramento degli stili comportamentali e delle variabili relative alle dimensioni di autoefficacia percepita, di benessere psicologico e di adattabilità cognitiva. I risultati dell'end-point sono stati quindi confrontati con quelli ottenuti in uno studio simile effettuato con la versione originale del manuale²⁹. Considerato che la selezione delle classi è avvenuta tramite indicazione del dirigente scolastico e quindi non in maniera casuale, lo studio si può considerare di natura quasi-sperimentale. Tuttavia, per agevolare la lettura e per maggiore sinteticità, useremo l'etichetta "sperimentale" per riferirci agli studenti che hanno ricevuto l'intervento attraverso l'uso del manuale e quella di "controllo" per riferirci a coloro che non hanno partecipato allo studio.

Selezione delle classi

Nell'anno scolastico 2011-2012 sono state coinvolte 8 classi di 4 istituti delle scuole superiori di Campobasso (gli Istituti Pedagogico "Galanti", Linguistico "Pertini", Biologico "ITAS" e Geometri "ITG") e 2 classi di un istituto delle scuole medie (l'Istituto "Petrona"). Prima di condurre la ricerca sono stati tenuti degli incontri con il dirigente scolastico e alcuni professori con i quali è stato discusso l'intervento, le sue finalità e gli obiettivi. In ciascun istituto le classi sono state assegnate dai dirigenti scolastici al braccio "sperimentale" dello studio o al braccio di "controllo" (nel qual caso le classi hanno continuato a svolgere le regolari attività previste dal programma scolastico). Prima dell'intervento i genitori degli studenti hanno firmato un modulo di consenso informato alla partecipazione all'intervento e allo studio. Dal momento che si trattava di un intervento di tipo psico-educativo, l'autorizzazione da parte di un comitato etico a svolgere lo studio non era indispensabile. In ogni caso lo studio è stato condotto in osservanza delle linee-guida internazionali e i codici etici di Belmont e della Convenzione di Oviedo, nonché in accordo con la sezione I, paragrafo 9 del codice etico dell'Ordine degli Psicologi.

I partecipanti allo studio

Le classi sono state individuate dal dirigente dell'istituto in accordo con la disponibilità dei professori. Le classi degli istituti superiori sono risultate inizialmente composte da 189 studenti in tutto, di cui 91 assegnati al braccio sperimentale e 98 a quello di controllo. All'end-point gli studenti valutati sono stati 162, dei quali 80 del gruppo sperimentale (41 maschi, 39 femmine) e 82 del

gruppo di controllo (36 maschi, 46 femmine), poiché alcuni di essi non erano presenti il giorno della valutazione o hanno presentato gli strumenti di valutazione adottati (vedi sezione successiva) parzialmente compilati o annullati. Il maggior numero di persi riguarda il gruppo di controllo. All'inizio, il range di età era compreso tra i 14-16 anni, con età media di 15,4 (DS=0,7); alla fine dello studio era di 15,7 (DS=0,7).

Le classi dell'unico istituto di medie inferiori sono risultate inizialmente composte in tutto da 39 studenti, di cui 18 nel "braccio sperimentale" e 21 in quello di controllo. All'end-point gli studenti valutati sono stati 36, dei quali 16 nel gruppo sperimentale (9 maschi, 7 femmine) e 20 nel gruppo di controllo (10 maschi, 10 femmine), poiché 3 di essi non erano presenti il giorno della valutazione. Il range di età, all'inizio dello studio era compreso tra gli 11 e i 13 anni (M=12,03; DS=0,4) e alla fine dell'intervento tra i 12 e i 14 anni (M=12,42; DS=0,5).

Strumenti di valutazione

La valutazione è avvenuta tramite alcuni strumenti somministrati prima e alla fine dell'intervento.

Scale APEN/G e APEP/G

La scala APEN-G valuta l'autoefficacia percepita nella gestione delle emozioni negative ed è composta da 8 item. La scala APEP-G valuta l'autoefficacia percepita nell'espressione delle emozioni positive ed è composta da 7 item³¹⁻³³. La gestione delle emozioni negative si riferisce alla capacità di regolare emozioni come la rabbia, l'irritabilità e lo sconforto. L'autoefficacia nell'espressione delle emozioni positive si riferisce alla capacità di saper esprimere emozioni come gioia, entusiasmo e orgoglio, in risposta a eventi piacevoli. Per ciascun item di entrambe le scale i soggetti valutano il grado in cui ritengono di essere capaci di regolare le emozioni negative e esprimere le emozioni positive su una scala che va da 1 (per nulla capace) a 5 (del tutto capace). Entrambe le scale hanno mostrato buone proprietà psicometriche, in particolare buona validità interna e affidabilità (alpha di Cronbach=0,83 per entrambe le scale)³².

Scala del benessere psicologico

È stata utilizzata nella sua versione breve che comprende 18 item^{9,34}. Si propone di misurare le 6 dimensioni del funzionamento psicologico positivo secondo l'approccio di Ryff: autonomia, controllo ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo della vita e auto-accettazione. Per ciascun item i soggetti possono indicare un punteggio su una scala che va da 1 (non è il mio caso) a 6 (è proprio così). Si tratta di uno strumento con ottime proprietà psicometriche, con Cronbach's alpha=0,857⁹.

Questionario Health Behavior in-School aged-Children (HBSC)

Modulo del questionario HBSC³⁵ formato dalla estrapolazione di soli 6 item, dei 91 disponibili, che valutano: quante sigarette il soggetto rispondente ha fumato negli ultimi 30 giorni; se gli è capitato di consumare 6 o più bicchieri di bevande alcoliche (per es., birra, vino, grappa, whisky, amari, aperitivi alcolici) anche diverse, in un'occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.) negli ultimi 30 giorni; quante volte ha bevuto tanto da essere ubriaco negli ultimi 30 giorni; quante volte si è azzuffato o picchiato con qualcuno ne-

gli ultimi 30 giorni; quanti amici veri ha; la sua qualità di vita in generale (scala di risposta analogica a 10 livelli da 0 corrispondente alla peggiore vita possibile a 10 corrispondente alla migliore vita possibile). Considerato che gli item indagavano aspetti diversi non è stata valutata la loro coerenza interna.

Questionario IDEA INVENTORY

Questo strumento³⁶, che ha dimostrato buone caratteristiche psicometriche³⁷, si compone di 33 item sui pensieri e convinzioni irrazionali (esempio di item: "Mi sento uno stupido se non riesco bene come gli altri"). Chi compila deve esprimere il suo livello di accordo/disaccordo su una a scala a 3 livelli (completamente d'accordo, incerto, completamente in disaccordo). Di tale strumento sono stati utilizzati solo 19 dei 33 item originari (allegato 2) e pertanto l'analisi ha riguardato solo questi item presi individualmente per valutare cambiamenti di singole convinzioni irrazionali. La scelta di non includere alcuni item è per lo più motivata dall'intenzione degli Autori di facilitare la compilazione, dato che gli studenti dovevano compilare in tutto diversi strumenti di misura. È stata effettuata l'analisi di consistenza interna dei 19 item (Cronbach's alfa=0,811). Inoltre, gli Autori della ricerca hanno anche aumentato il livello di codifica della scala Likert da 3 a 4, sostituendo la risposta "incerto", ritenuta concettualmente insoddisfacente perché non stimola e non rende esplicita una opinione, con "abbastanza d'accordo" e "abbastanza in disaccordo".

Questionario ad hoc di apprendimento

Include 6 item³⁸. Quattro item sono relativi alle 4 abilità di comunicazione (unità 5-8 del manuale) e ogni item "chiede" quali sono le caratteristiche di ogni abilità di comunicazione come descritte nel manuale. L'analisi della coerenza interna di questi 4 item è soddisfacente (0,77). Il quinto item riguarda l'apprendimento dei modi di definire un obiettivo (specifico, misurabile, accessibile, realistico e temporizzato). Il sesto item riguarda il problem solving che andava descritto nelle sue 6 tappe. Tutti gli item sono stati codificati ciascuno sulla base del grado di correttezza della risposta con un punteggio crescente sulla base della correttezza della risposta da 1 (del tutto scorretta) a 6 (del tutto corretta).

Analisi statistica

Sono stati utilizzati il test di Mann-Whitney per quanto riguarda le differenze tra le classi delle scuole medie inferiori e quelle superiori e il Wilcoxon signed-ranks per il confronto delle variabili prima-dopo. Il programma usato per le analisi statistiche è stato lo SPSS 19,0 (SPSS, Chicago, IL, USA) for Windows (IBM).

RISULTATI

Valutazione dell'autoefficacia percepita (APEN/G e APEP/G) nella gestione delle emozioni negative e positive

Scuole superiori

Nel confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo non si sono riscontrate differenze statisticamente significative di età e sesso e nei punteggi alle scale APEN/G (ri-

Nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva

spettivamente, $M=84,29$; $M=78,78$) e APEP/G (rispettivamente, $M=81,79$; $M=81,21$) prima di iniziare l'intervento. Nel gruppo sperimentale si è osservato un lieve incremento di punteggio APEP/G tra prima e dopo l'intervento ($M=30,87$; $M=31,17$), mentre in quello di controllo un lieve peggioramento ($M=32,63$; $M=31,35$), ma le differenze non sono risultate statisticamente significative. Un miglioramento pre-post si è osservato nel punteggio globale APEN/G sia nel gruppo sperimentale (Wilcoxon signed ranks test: $M=32,96$, $M=40,26$: differenza tra le medie dei ranghi=7,3; Sig.: 0,012) sia nel gruppo controllo (Wilcoxon signed ranks test: $M=31,09$, $M=39,20$: differenza tra le medie dei ranghi=8,11; Sig.: 0,019).

All'end-point, il confronto tra il gruppo sperimentale e quello di controllo ha mostrato un miglioramento del gruppo sperimentale in quasi tutti gli item di entrambe le scale APEN/G e APEP/G, ma con un risultato statisticamente significativo solo per l'item "mantenersi calmo in situazioni di stress" (Mann-Whitney test: differenza tra medie dei ranghi=19 punti; Sig.: 0,008). Inoltre, nel confronto pre-post si è riscontrato un miglioramento statisticamente significativo per il punteggio globale delle due scale (APEN/G + APEP/G) solo nel gruppo sperimentale (Wilcoxon signed ranks test: differenza tra le medie dei ranghi=9,58; Sig.: 0,018).

Scuole inferiori

Non si sono osservate differenze significative tra i gruppi e nel pre-post in ciascuno dei gruppi per quanto riguarda i punteggi complessivi delle scale, ma solo nel pre-post del gruppo sperimentale che ha migliorato il punteggio nell'item "gioire dei tuoi successi" (Wilcoxon signed ranks test: differenza tra medie dei ranghi=3,5; $p=0,026$).

Valutazione delle convinzioni disfunzionali (Questionario IDEA INVENTORY)

Scuole superiori

Nel confronto sperimentale vs controllo prima dell'intervento si è riscontrata una differenza positiva a favore del gruppo di controllo solo nell'item "evito le situazioni in cui devo fare delle scelte perché ciò mi rende nervoso" (Mann-Whitney test: differenza tra medie dei ranghi=14,68; $p=0,035$), differenza tra gruppi che non si è mantenuta dopo l'intervento. Inoltre, nel gruppo sperimentale si è osservata una differenza statisticamente significativa positiva all'end-point per l'item "avere sempre bisogno di appoggiarsi a qualcuno più forte" (Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=7,98; Sig.: 0,001) e una differenza statisticamente significativa positiva nell'item "mi preoccupa molto se non trovo la soluzione giusta per i miei problemi" (Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=1,00; Sig.: 0,013), in entrambi i casi a causa di un peggioramento nel gruppo di controllo.

Scuole inferiori

Si riscontra nell'item "ho paura di non sapere affrontare nel modo migliore le persone che hanno autorità" (Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=5,00, $p=0,006$) una differenza pre-post nel solo gruppo sperimentale per un miglioramento dopo l'intervento.

Valutazione del benessere psicologico (PWB-Ryff)

Scuole superiori

Non si sono osservate differenze statisticamente significative nei punteggi tra gruppo sperimentale ($M=86,90$) e quello controllo ($M=76,23$) nel pre-intervento. Alla fine dell'intervento si è osservata una differenza tra i gruppi a favore del gruppo sperimentale (T-test per campioni indipendenti: Δ media=4,22, $p=0,013$; Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=19,4, Sig.: 0,008).

Valutazione di abitudini perniciose e qualità di vita percepita-rete amicale (HBSC)

Scuole superiori

Differenze significative, assenti al baseline, si sono osservate all'end-point tra gruppo sperimentale vs controllo a vantaggio di quello sperimentale negli item "quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno, negli ultimi 6 mesi?" (Mann-Whitney: differenza tra le medie dei ranghi=14,6, $p=0,015$) e "qualità di vita percepita" (Mann-Whitney: differenza tra le medie dei ranghi=34,00, $p=0,000$). Inoltre, solo nel gruppo sperimentale nel confronto prima-dopo si è trovata una differenza significativa di miglioramento nell'item "quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?" (Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=4,75, $p=0,001$).

Scuole inferiori

La differenza sperimentale-controllo, assente al baseline, è stata osservata come positiva a favore del gruppo sperimentale per l'item "numero di amici maschi" (Mann-Whitney: differenza tra le medie dei ranghi=5,41, $p=0,05$) e per la "qualità di vita percepita" (Wilcoxon signed ranks: differenza tra le medie dei ranghi=3,25, $p=0,009$) nel confronto pre-post a vantaggio del solo gruppo sperimentale.

Valutazione delle abilità di comunicazione, definire un obiettivo e "problem solving" (Questionario ad hoc di apprendimento)

Scuole superiori

Alla fine dell'intervento la differenza media tra gruppo controllo vs sperimentale è stata trovata positiva nel gruppo sperimentale del punteggio complessivo equivalente alla somma dei punteggi dei 6 item (T-test per campioni indipendenti: Δ medie=2,802 punti, $p=0,000$; Mann-Whitney test: differenza tra medie dei ranghi=29,20, $p=0,000$). Per il punteggio complessivo delle stesse variabili si è osservato il miglioramento anche nel confronto pre-post nel gruppo sperimentale (T-Test per campioni dipendenti: $\Delta=2,838$ punti, $p=0,000$; Wilcoxon signed ranks test: differenza tra le medie dei ranghi=17,51 punti, $p=0,000$). Si sono trovati miglioramenti significativi per quasi tutti i singoli item (4 su 6) a favore del gruppo sperimentale sia a livello pre-post che a livello sperimentale vs controllo all'end-point.

Scuole inferiori

Risultati simili al confronto tra gruppi del punteggio complessivo sono stati osservati anche per le scuole inferiori (T-test per campioni indipendenti: Δ medie=2,88 punti, $p=0,003$; Mann-Whitney test: differenza tra medie dei ranghi=9,3, $p=0,007$). Allo stesso modo per quanto riguarda sempre il punteggio complessivo nel confronto pre-post nel gruppo sperimentale (T-Test per campioni dipendenti: Δ media=4,3 punti, $p=0,000$; Wilcoxon signed ranks test: differenza tra le medie dei ranghi=7,5, $p=0,001$). Si trovano miglioramenti pre-post in un terzo degli item nel solo gruppo sperimentale.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio conferma ancora una volta che la scuola è potenzialmente uno dei più importanti setting per la promozione della salute mentale^{39,40}. In particolare, le iniziative di questi programmi nelle scuole contribuiscono a migliorare gli aspetti emozionali, sociali e valoriali nell'ottica della mutualità e solidarietà. Da un punto di vista generale anche questo studio, come quello precedente condotto dagli stessi autori²⁹, mette in evidenza che le iniziative di promozione del benessere psicologico possono avere successo se: a) sono ben pianificate e basate su teorie e pratiche di provata efficacia^{41,42}; b) creano un legame tra scuola, nucleo familiare e comunità^{43,44}; c) sono finalizzate a modificare aspetti comportamentali su obiettivi ben specifici che legano la vita di tutti i giorni dello studente con quella dei familiari e della comunità^{19,39}; d) stimolano relazioni basate sul rispetto e sostegno tra studenti, professori e familiari; e) migliorano le relazioni sociali del singolo studente^{45,46}.

Anche in questo studio come in quello precedente condotto dalla stessa unità di ricerca²⁹, ma solo nelle scuole superiori e con la versione originale del manuale, gli studenti, i professori e i dirigenti scolastici hanno dichiarato grande soddisfazione per l'intervento. Una delle ricadute positive, infatti, è stata la richiesta di poter replicare l'intervento presso le scuole; gli stessi studenti hanno chiesto di poter effettuare negli anni successivi un percorso simile. Inoltre, l'impressione dei facilitatori è molto positiva per quanto riguarda la nuova versione del manuale che hanno giudicato più semplice nell'applicazione e di più facile lettura.

I risultati positivi ottenuti con questo intervento hanno riguardato maggiormente l'apprendimento delle abilità di comunicazione, di definizione degli obiettivi e di problem solving, il miglioramento del benessere psicologico, delle abitudini perniciose, della qualità di vita percepita e dei comportamenti a rischio. Se pur con grado diverso tra scuole superiori e quella inferiore questi miglioramenti sono da ritenere di grande importanza. In aggiunta va evidenziato che la gran parte delle ipotesi non è stata rigettata, tranne che per l'autoefficacia e per le convinzioni disfunzionali, anche se sono stati riscontrati piccoli miglioramenti ma in assenza di significatività statistica.

Il miglioramento ottenuto nell'apprendimento delle varie abilità descritte nel manuale, senza alcuna differenza tra superiori e inferiori, possiamo considerarlo molto rilevante per due motivi principali. Il primo riguarda la modalità di apprendimento, cioè proattiva, quindi senza l'intervento di un "esperto", tramite un manuale che possiamo quindi definire

come "efficace" in relazione al suo scopo. Il secondo riguarda la rilevanza che queste abilità hanno per una crescita armonica dell'individuo e come fattori protettivi. Infatti, la comunicazione² e il repertorio di adeguate abilità sociali, tra cui la comunicazione efficace e il problem solving sono ingredienti essenziali e ritenuti fondamentali per il benessere e il minor rischio a sviluppare disturbi psichici e comportamentali^{1,7,8}.

Il miglioramento di queste abilità risulta, inoltre, associato al miglioramento del benessere psicologico osservato in maniera statisticamente significativa nel gruppo sperimentale. Il miglioramento del benessere psicologico osservato in questa indagine conferma quanto già osservato nel precedente studio²⁹ e appare ancor più consistente; questo potrebbe essere spiegato anche dall'uso del nuovo manuale che comprende unità aggiuntive di cui una relativa ad alcuni aspetti psicologici, quali per esempio la ristrutturazione cognitiva. È interessante notare che l'approccio proposto coerentemente con gli scopi che si prefigge, cioè di promozione piuttosto che di correzione, sia in grado di migliorare la percezione del benessere psicologico, come viene dimostrato dai risultati, ma non modifica le convinzioni disfunzionali che necessitano evidentemente di un approccio più strutturato, intenso e finalizzato per questo obiettivo. Infatti, in questo studio viene confermato quanto osservato in quello precedente²⁹, rilevato attraverso la scala dell'Idea Inventory, di un insignificante impatto sulle convinzioni disfunzionali, tranne che per pochi singoli item.

L'impatto sul benessere, non solo psicologico, lo si ricava anche dal miglioramento della percezione della qualità della vita come evidenzia l'HSBC, con un risultato sovrapponibile tra le classi superiori e quella della scuola media inferiore. Il miglioramento della percezione della qualità della vita è inoltre associato ad altri "indicatori" significativi quali l'aumento della rete amicale caratterizzato dall'aumento delle frequentazioni delle persone dello stesso sesso nelle scuole medie inferiori.

Tra i risultati positivi di rilevante importanza sono quelli osservati e relativi alla diminuzione degli episodi di litigi o scontri e dell'abitudine al fumo. Non possiamo su questo dato oggettivo e molto significativo non evidenziare quanto sostenuto da un filone di ricerca consolidato e cioè di una correlazione tra benessere psicosociale, competenze sociali, capacità di problem solving e abitudini comportamentali a rischio^{11,16-21}. I risultati di questo filone di ricerche mostrano chiaramente da un lato l'associazione tra fattori protettivi e comportamenti, inclusa l'autoefficacia percepita, unica dimensione tuttavia a non essere risultata "pienamente" migliorata, e dall'altro che sono necessari programmi molto strutturati e specifici basati sul coinvolgimento attivo degli studenti come riportato nei contributi sopra citati. Nella nostra indagine entrambi gli aspetti risultano confermati, tranne, lo si ripete, per l'autoefficacia percepita che tuttavia risulta come trend migliorata nel gruppo sperimentale, anche se tale cambiamento non è statisticamente significativo.

I risultati ottenuti appaiono molto incoraggianti e sono oggettivamente a sostegno del programma originariamente lanciato dall'Istituto Superiore di Sanità che per la prima volta è stato anche valutato per quanto riguarda l'applicazione in una classe delle scuole medie inferiori, laddove, anche se in un ridotto numero di partecipanti allo studio, si sono osservati risultati simili a quelli ottenuti in classi delle

Nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva

scuole medie superiori. Si consideri che questo è il secondo studio con un approccio simile, con risultati ancora migliori e su più dimensioni di quelli indagate precedentemente. L'osservazione dei risultati migliori può essere spiegata con l'utilizzo di questionari più "sensibili al cambiamento" e soprattutto sulla rilevazione di indicatori oggettivi di cambiamento come quelli riportati sull'HBSC. Altro fattore da considerare di interesse in tal senso è la presenza dell'allegato notebook che facilita gli homework e quindi il consolidamento delle abilità apprese.

Prima di discutere i limiti dello studio va evidenziato che due ipotesi sono rigettate, quelle relative al miglioramento "evidente" dell'autoefficacia percepita e l'insignificante influenza sulle convinzioni disfunzionali. Rispetto alla prima ipotesi, le spiegazioni sono tante e sicuramente non possono essere oggetto di questo contributo, dato che le variabili che influenzano l'autoefficacia, in base alla teoria di Bandura¹⁴, sono molteplici e molte di esse sono caratterizzate dalle esperienze di modellamento e degli stati fisiologici e affettivi, repentinamente cangianti nella fascia di età presa in considerazione nel nostro studio. Della mancata influenza invece sulle convinzioni disfunzionali si è già accennato precedentemente.

I limiti sono in parte intrinseci alla natura del disegno dello studio, in quanto non trattasi di studio randomizzato e non è stata eseguita una metodica di campionamento. Ciò è in relazione alla natura dell'indagine che ha dovuto tener conto di fattori "pratici" legati alla fattibilità stessa della ricerca. Infatti, si è dovuto cercare l'adesione dei dirigenti scolastici, quindi una loro disponibilità e, a catena, quella dei professori e il consenso dei genitori. Di conseguenza, la numerosità delle classi e la selezione delle stesse sono dipese sostanzialmente dal dirigente. Sotto questo aspetto si consideri che soprattutto nella classe della scuola media inferiore il dirigente scolastico ha selezionato la classe dove erano presenti un paio di studenti con comportamenti problematici e disturbanti a causa di disabilità intellettive, con l'aspettativa implicita di ottenere miglioramenti su queste persone, nonostante sia stato abbondantemente specificato che si trattava di un intervento di promozione e non di assistenza. A posteriori si è rilevato che anche alcune classi delle superiori sono state scelte in modo simile!

Un altro limite è il fatto che nella scuola media inferiore è stato possibile effettuare lo studio in una sola classe sempre per ragioni pratiche, cioè la mancanza di ulteriori facilitatori. Si è voluta inserire comunque la scuola media inferiore per iniziare a "testare" in modo sperimentale l'approccio anche per ragazzi di età inferiore, ipotizzando che l'intervento sia applicabile per quella età, ben gradito dagli studenti e parimenti efficace. I risultati sostengono l'intuizione dei ricercatori che si ripropongono di includere nel prossimo studio un maggior numero di classi delle scuole medie inferiori. Tuttavia, i limiti legati al campionamento e alla randomizzazione non ci permettono la generalizzazione dei risultati anche se essi appaiono in termini di sperimentazione di stimolo per migliorare l'intervento e riproporre studi con maggior rigore metodologico.

Tra i limiti che spiegano un'efficacia parziale va segnalato un basso coinvolgimento dei familiari e di tutto il corpo dei docenti. Si evidenzia infatti che uno tra gli ingredienti più importanti di successo delle politiche di promozione della salute in generale è l'approccio olistico, caratterizzato da un am-

biente armonico e omogeneo nella condivisione dei principi della natura del programma che si intende svolgere^{24,25}.

In conclusione, nonostante i limiti legati alle procedure metodologiche, questa ricerca mostra l'impatto positivo dell'intervento come si era già evidenziato negli studi precedenti^{3,27,29}, anche con la nuova versione del manuale⁴⁷ che ha contribuito a migliorare i risultati se confrontati con quelli ottenuti precedentemente. D'altronde non ci risultano nel nostro Paese studi simili con metodologie controllate e interventi strutturati, manualizzati e riproducibili.

Acknowledgment

La ricerca è stata promossa dall'Assessorato alla Sanità della Regione Molise e dall'Azienda Sanitaria Regione Molise con un contributo a favore dell'Associazione per la Promozione della Salute Mentale "Promosam" di Campobasso che ha effettuato lo studio.

Si ringraziano le dott.sse Francesca Di Fabio e Mariangela Cancellaro dell'Associazione "Promosam" per aver collaborato allo studio.

<p>Allegato 1 Titolo del manuale: "Intervento psicoeducativo per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole"</p>
<p>Premessa generale Unità 1. Introduzione Unità 2. Patto d'aula</p>
<p>Definizione di obiettivi Unità 3. Impariamo a definire gli obiettivi piacevoli Unità 4. Un obiettivo che ci sorride: l'obiettivo SMART</p>
<p>Comunicare Unità 5. Prima abilità: comunicare i sentimenti piacevoli Unità 6. Seconda abilità: fare richieste in maniera positiva Unità 7. Terza abilità: comunicare i sentimenti spiacevoli Unità 8. Quarta abilità: ascolto attivo</p>
<p>Tu chiamale se vuoi ... emozioni! Unità 9. Collegare eventi, emozioni, pensieri Unità 10. I virus mentali Unità 11. La preoccupazione: uno "stato d'animo" molto umano Unità 12. Mettersi nei panni degli altri</p>
<p>Obiettivi di miglioramento personale Unità 13. Saper definire quello che piace di noi stessi e quello che ci piace meno Unità 14. Riuscire a dire quello che si pensa Unità 15. Non fare oggi quello che potresti fare domani Unità 16. Comunicare la rabbia Unità 17. Auto controllo degli impulsi di rabbia e aggressività</p>
<p>Un metodo per affrontare i problemi Unità 18. Il problem solving</p>
<p>Incontro conclusivo Unità 19. Ma il cielo è sempre più blu: mantenere i progressi</p>
<p>Bibliografia</p>
<p>Appendici: Esercizi e test sullo stress di Goldberg</p>
<p>Notebook delle varie unità</p>
<p>Moduli</p>

Veltro F et al.

Allegato 2
Idea Inventory (Tr)*

Istruzioni: troverai elencate una serie di opinioni. Indica il tuo grado di accordo o disaccordo facendo una X sul cerchio accanto alla espressione: 1) = Del tutto d'accordo; 2) = Abbastanza d'accordo; 3) = Abbastanza in disaccordo; 4) = Del tutto in disaccordo. ATTENZIONE: non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma riflettono solo tue opinioni rispetto a determinate situazioni o eventi.

		Del tutto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Abbastanza in disaccordo	Del tutto in disaccordo
1.	È indispensabile ottenere la stima e l'affetto delle persone che per me sono importanti.	1	2	3	4
2.	È terribile quando le cose non vanno per il verso giusto.	1	2	3	4
3.	È più facile evitare responsabilità e impegni piuttosto che affrontarli.	1	2	3	4
4.	Quando sono in difficoltà, mi abbatto facilmente se non c'è qualcuno a darmi una mano.	1	2	3	4
5.	Ho paura di non sapere affrontare nel modo migliore le persone che hanno autorità.	1	2	3	4
6.	Me la prendo se agli altri non piace il mio aspetto o il mio modo di vestire.	1	2	3	4
7.	Una persona che vale deve sempre mostrarsi competente e a suo agio, qualsiasi cosa faccia.	1	2	3	4
8.	Mi arrabbio se non raggiungo i miei obiettivi	1	2	3	4
9.	La mia infelicità è causata principalmente dagli eventi o dalle persone con cui ho a che fare e non ho alcuna possibilità di controllarla.	1	2	3	4
10.	Abbiamo sempre bisogno di appoggiarci a qualcuno più forte di noi.	1	2	3	4
11.	È una cosa terribile non riuscire a trovare la soluzione perfetta per i nostri problemi.	1	2	3	4
12.	Quando arrivo a una festa ci rimango molto male se nessuno viene incontro a salutarmi.	1	2	3	4
13.	Mi sento una persona che non vale niente quando non riesco bene nel mio lavoro o nello studio.	1	2	3	4
14.	Mi arrabbio se le mie opinioni non vengono accettate.	1	2	3	4
15.	Mi sento triste e rifiutato quando gli altri mi trascurano.	1	2	3	4
16.	Evito le situazioni in cui devo fare delle scelte perché ciò mi rende nervoso.	1	2	3	4
17.	Mi innervosisco e devo essere aiutato quando mi trovo ad affrontare impegni difficili e responsabilità.	1	2	3	4
18.	È il passato che influenza la mia vita e non posso fare nulla per modificarla.	1	2	3	4
19.	Mi preoccupo molto se non riesco a trovare la soluzione giusta per i miei problemi.	1	2	3	4

*Versione ridotta, lievemente modificata nel testo e nel sistema di codifica (da 3 a 4, che ha previsto l'eliminazione della codifica "incerto" sostituita con "abbastanza d'accordo" e "abbastanza in disaccordo") del test originale di Kassinoe et al.³⁶, contenuta anche nel manuale "Definizione di obiettivi e soluzioni di problemi", www.ccm-network.it

BIBLIOGRAFIA

- Buzzi C, Cavalli A, De Lillo A. Rapporto giovani. Sesta indagine dell'Istituto IARD sulla condizione giovanile in Italia. Bologna: il Mulino, 2007.
- Polan JC, Sieving RE, McMorris, BJ. Are young adolescents' social and emotional skills protective against involvement in violence and bullying behaviors? *Health Promot Pract* 2013; 14: 599-606.
- Mirabella F, Del Re I, Palumbo G, Cascavilla I, Gigantesco A. Handbook per la promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola: valutazioni di gradimento e di utilità. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010; 16: 362-9.
- Shcherbatykh Yu. V. Self-regulation of autonomic homeostasis in emotional stress. *Hum Physiol* 2000; 26: 641-2.
- Riley H, Schutte NS. Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *J Drug Educ* 2003; 33: 391-8.
- Laespada MT, Irurgi I, Aróstegi E. Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Bilbao, 2004: Universidad de Deusto, Instituto Deusto de drogodependencias.

Nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva

7. Pons JD, Berjano EP. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid, 1999: Servicio de Publicaciones del Plan Nacional sobre drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>
8. Smith MJ, Scott RD. Reasons for drinking alcohol: their relationship to psychological variables and alcohol consumption. *Int J Adict* 1993; 28: 881-908.
9. Zani B, Cicognani E. *Le vie del benessere*. Roma: Carocci Editore, 1999.
10. Cicognani E, Zani B. *Genitori e adolescenti*. Roma: Carocci Editore, 2003.
11. Cicognani E. La dimensione psicosociale del benessere. *Psicologia della salute* 2005; 1: 57-68.
12. Perez A, Clemente L, Hernandez N, Morales C. La autoefficacia como método de deshabituación tabáquica. *Anales de Psiquiatria* 2001; 17: 22-9.
13. Olivari-Median C, Barra-Almagiá E. Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica* 2005; 23: 5-11.
14. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman, 1997.
15. Slater MD. Social influences and cognitive control as predictors of self-efficacy and editing behaviour. *Cognit Ther Res* 1989; 13: 231-45.
16. Capone V, Petrillo G. Smettere di fumare in adolescenza: il ruolo delle intenzioni, della pianificazione e delle percezioni di autoefficacia nell'HAPA Model. *Psicologia della salute* 2010; 3: 47-64.
17. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2013; 13: 835.
18. Busch V, de Leeuw JR, de Harder A, Schrijvers AJ. Changing multiple adolescent health behaviors through school-based interventions: a review of the literature. *J Sch Health* 2013; 83: 514-23.
19. Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools: from evidence to action. Paris: IUHPE, 2010. http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/School%20Health/PHiS_EtA_EN_WEB.pdf
20. New NICE public health guidance on promoting young people's social and emotional wellbeing. *Nice Guidelines* 2009. <http://www.nice.org.uk/media/E73/D8/2009055YoungPeopleWellbeingPressRelease.pdf>
21. Scottish Perspective on NICE public health guidance 20: promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. *Nice Guidelines* 2010. http://spen.org.uk/my-media/files/resource_pdfs/mental_health/Scottish%20Perspective%20on%20NICE%20Public%20Health%20Guidance.pdf
22. Petrillo C. Promuovere la salute nei contesti educativi. *Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli, 2008.
23. Santinello M, Dallago L, Vieno A. *Fondamenti di psicologia di comunità*. Bologna: il Mulino, 2009.
24. Greenberg MT. School-based prevention: current status and future challenges. *Effective Education* 2010; 2: 27-52.
25. Jennings PA, Greenberg M. The prosocial classroom: teacher social and emotional competence in relation to child and classroom outcomes. *Rev Educ Res* 2009; 79: 491-525.
26. Poulakka K, Haapasalo-Pesu KM, Konu A, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E. Mental health promotion in a school community by using the results from the Well-being Profile: an action research project. *Health Promot Pract* 2012; 12: 6.
27. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I. A student handbook for promoting mental health among high school students. *Ann Ist Super Sanita* 2013; 49: 86-91.
28. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/2005-handbook-scuola-depressione.pdf
29. Veltro F, Ialenti V, Iannone C, Bonanni E, Morales-García MA. Promoting the psychological wellbeing of Italian youth: a pilot study of a high school mental health program. *Health Promot Pract* 2015; 16: 169-75.
30. www.euro.who.int/mental/health2005
31. Caprara GV, Gerbino M. Affective perceived self-efficacy: the capacity to regulate negative affect and to express positive affect. In: Caprara GV (ed). *Self-efficacy assessment*. Trento: Centro Studi Erickson, 2001.
32. Caprara GV. Scale di autoefficacia percepita APEN/G e APEP/G. Versione per adolescenti: la valutazione dell'autoefficacia. Trento: Centro Studi Erickson, 2004.
33. Bandura A, Caprara GV, Barbaranelli C, Gerbino M, Pastorelli C. Role of affective self-regulatory efficacy on diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Dev* 2003; 74: 769-82.
34. Ryff, CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-27.
35. Cavallo F. Questionario Health Behavior in School-aged Children: HBSC Italia. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2010.
36. Kassino H, Crisci R, Tiegerman S. *Idea inventory. Versione a cura di Mario Di Pietro*. In: Di Pietro M. *L'educazione razionale emotiva*. Trento: Centro Studi Erickson, 1992.
37. Kassino H, Crisci R, Tiegerman S. Developmental trends in rational thinking: implications for rational emotive school mental health programs. *J Community Psychol* 1977; 5: 266-74.
38. Veltro F. Questionario di apprendimento per il manuale: intervento psicoeducativo per migliorare il benessere psicologico e l'intelligenza emotiva. Campobasso: ASReM, 2012.
39. Weare K, Markham W. What do we know about promoting mental health through schools? *Promot Educ* 2005; 12: 118-22.
40. Stewart-Brown S. *Health promotion in schools: report for the Health Evidence Network*. Geneva: World Health Organization, 2005.
41. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* 2011; 26 (suppl 1): i29-i69.
42. Green J, Howse F, Waters E, Maher E, Oberklaid F. Promoting the social and emotional health of primary school aged children: reviewing the evidence based for school-based interventions. *Int J Ment Health Promot* 2005; 7: 30-6.
43. Adi Y, Schrader McMillan A, Kiloran A, Stewart-Brown S. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools: universal approaches with focus on prevention of violence and bullying. London: National Institute for Clinical Excellence, 2007.
44. Patton G, Bond L, Carlin J, et al. Promoting social inclusion in schools: a group-randomized trial on student health risk behavior and well-being. *Am J Public Health* 2006; 96: 1582-7.
45. Blum R, McNeely C, Rinehart P. Improving the odds: the untapped power of schools to improve the health of teens. Center for Adolescent Health and Development, University of Minnesota 2002.
46. McNeely C, Nonnemaker J, Blum R. Promoting school connectedness: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Sch Health* 2002; 72: 138-46.
47. Gigantesco A, Veltro F. *Intervento psicoeducativo per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole: manuale e notebook per le scuole medie superiori di primo grado*. Roma, 2012: Gruppo Editoriale L'Espresso (www.ilmiolibro.it).