

**Università di Roma “La Sapienza”**

Dottorato di Ricerca in Psicologia e Clinica dello Sviluppo  
XVI Ciclo

**TESI DI DOTTORATO**

**Lo sviluppo delle *Life Skills* negli adolescenti:  
Autoefficacia e Competenza**

*Dott. Giovanni Maria Vecchio*

*Tutor: Prof.ssa Teresa Gloria Scalisi*

*A Nicoletta*

## **RINGRAZIAMENTI**

Desidero ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a questo lavoro di tesi con l'assistenza e i consigli necessari ed hanno arricchito i quattro anni del Dottorato di Ricerca.

In particolare:

- Il Prof. Gian Vittorio Caprara, per avermi offerto opportunità di conoscenza e di esperienza uniche per il mio sviluppo professionale.

- La prof.ssa Concetta Pastorelli, che non si è mai stancata di guidarmi verso questo traguardo. A lei devo particolare gratitudine per aver creduto in me e per avermi sostenuto nelle scelte più importanti, sin dal periodo della Tesi di Laurea.

- Il prof. Claudio Barbaranelli, per i suoi preziosi suggerimenti metodologici.

- I colleghi del Laboratorio delle Differenze Individuali che si sono avvicinati negli ultimi cinque anni e con i quali si è stabilita una proficua collaborazione.

- La Dott.ssa Maria Grazia Gerbino, per la sua competenza e la sua sincera amicizia.

- La prof.ssa Teresa Gloria Scalisi per aver accettato il ruolo di tutor.

# INDICE

## INTRODUZIONE

### Capitolo 1 - La scienza della prevenzione

<b>1.1. Introduzione</b>	<b>1</b>
1.1.1. Fattori e meccanismi di rischio e di protezione.....	2
1.1.2. Definizione dei livelli di intervento preventivo.....	5
1.1.3. I principi della scienza della prevenzione.....	6
1.1.4. Implicazioni per la ricerca.....	8
<b>1.2. La valutazione dei programmi di prevenzione rivolti</b>	
<b>a bambini e adolescenti</b>	<b>10</b>
1.2.1 Valutazione “theory-based” degli interventi preventivi.....	10
1.2.2. Valutazione degli effetti e della disseminazione degli interventi ...	12
di prevenzione	
1.2.3 Aspetti metodologici.....	14
<b>1.3. Gli interventi di prevenzione con bambini e adolescenti</b>	<b>17</b>
1.3.1. Caratteristiche degli interventi di prevenzione universale efficaci... 17	
1.3.2. L’efficacia dei programmi di prevenzione nella comunità.....	22
1.3.3. L’efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla famiglia.....	25
1.3.4. L’efficacia dei programmi di prevenzione “school-based”.....	28
1.3.4.a La promozione della salute mentale.....	30
1.3.4.b L’abuso di sostanze.....	31
1.3.4.c Comportamenti antisociali, abbandono scolastico	
e uso di droghe.....	32

1.3.4.d Profitto scolastico e apprendimento.....	33
--	----

## **Capitolo 2 - Approcci alla promozione del benessere e della salute nei giovani**

<b>2.1. Introduzione</b>	<b>35</b>
<b>2.2. I Programmi di “Positive Youth Development” (PYD)</b>	<b>36</b>
2.2.1. Sviluppare legami con la famiglia, il gruppo dei pari la scuola, la comunità o la cultura di appartenenza.....	37
2.2.2. Accrescere la “resiliency” e la capacità di adattamento.....	38
2.2.3. Promuovere competenze sociali, emotive, cognitive, comportamentali e morali.....	39
2.2.4. Favorire l’autodeterminazione.....	42
2.2.5. Promuovere la spiritualità.....	42
2.2.6. Sviluppare l’autoefficacia.....	43
2.2.7. Costruire una chiara e positiva identità.....	43
2.2.8. Accrescere l’ottimismo e le aspettative verso il futuro.....	44
2.2.9. Fornire riconoscimenti per i comportamenti positivi.....	45
2.2.10. Rafforzare le norme prosociali e fornire opportunità per attività prosociali.....	46
<b>2.3. Efficacia dei programmi di “Positive Youth Development”</b>	<b>46</b>
2.3.1. Programmi riferiti ad un singolo contesto sociale.....	47
2.3.2. Programmi riferiti a due differenti contesti sociali.....	49

2.3.3. Programmi riferiti a tre differenti contesti sociali.....	51
2.3.4. Sintesi dei risultati ottenuti nei programmi di “PYD” .....	53
<b>2.4. L’educazione alle <i>Life Skills</i> nella promozione della salute e del benessere</b>	<b>55</b>
2.4.1. La promozione delle <i>Life Skills</i> nella scuola.....	57
<b>2.5. Teorie di riferimento per i programmi di educazione alle <i>Life Skills</i>.....</b>	<b>58</b>
2.5.1. La teoria del comportamento pianificato.....	60
2.5.2. La teoria social-cognitiva.....	63
2.5.2a Il senso di auto-efficacia.....	66
2.5.2b L’Autoefficacia e la promozione della salute .....	72

## **SECONDA PARTE: I contributi empirici**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>76</b>
---------------------	-----------

### **Studio 1 - La misura dell’autoefficacia e della competenza nelle *life Skills***

1. Introduzione .....	78
2. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura dell’autoefficacia nelle <i>Life Skills</i> .....	82
3. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura della competenza nelle <i>Life Skills</i> valutata dai genitori.....	96

4. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura della competenza nelle <i>Life Skills</i> valutata dai pari.....	104
5. Discussioni e conclusioni.....	110

**Studio 2: Le convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* come determinanti del pensiero positivo**

1. Introduzione.....	113
2. Obiettivo.....	116
3. Metodo.....	117
4. Risultati.....	121
5. Discussioni e conclusioni.....	125

**Studio 3 - La valutazione di un programma di intervento di promozione delle *Life Skills***

1. Introduzione.....	129
2. L'intervento.....	131
3. La ricerca.....	136
4. Discussioni e conclusioni.....	140

<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>142</b>
-------------------------	------------

<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</b>	<b>145</b>
---------------------------------------	------------

**APPENDICE A**

**APPENDICE B**

## **Introduzione**

Nel corso del XX secolo è maturata la consapevolezza che l'infanzia e l'adolescenza sono fasi della vita che richiedono un forte sostegno allo sviluppo e all'apprendimento. Soprattutto a partire dagli anni '50 e '60, l'era post-industriale ha provocato forti cambiamenti nell'assetto sociale. Questi cambiamenti hanno portato ad una ri-concettualizzazione del ruolo che le principali agenzie educative e assistenziali devono svolgere per supportare la famiglia nella proprio compito di assicurare un sano sviluppo dei giovani (Weissberg & Greenberg 1997).

All'inizio, l'intervento a sostegno delle famiglie e dei bambini era concepito come una risposta alle crisi ed ai problemi esistenti, mirando al contenimento ed alla riduzione del disagio. L'attenzione ai problemi dei giovani è divenuta sempre maggiore con l'incremento degli effetti negativi che questi problemi comportavano per la società. Si assiste così alla proliferazione di protocolli di intervento e trattamento sviluppati per affrontare un'ampio spettro di problematiche psico-sociali come l'abuso di sostanze, i comportamenti aggressivi e delinquenti, il fallimento scolastico, le gravidanze precoci (Agee 1979; Clarke & Cornish 1978; Cooper, Altman, Brown, & Czechowicz, 1983; De Leon & Ziegenfuss 1986; Friedman & Beschner, 1985; Gold & Mann, 1984).

Gli approcci alla prevenzione, tuttavia, cominciano a emergere soltanto a partire dagli anni '70, quando si comincia a porre l'enfasi sulla necessità di sostenere i giovani prima che essi manifestino un disagio, accostandosi ai loro contesti di vita come la famiglia, la scuola, la comunità, il gruppo dei pari. I primi esempi di intervento preventivo spesso ponevano l'attenzione a singoli disturbi di comportamento e non erano sostenuti da teorie e ricerche sullo sviluppo del bambino. Ciò ha comportato il fallimento di alcuni interventi, soprattutto nell'ambito dell'abuso di droga, dei comportamenti sessuali a rischio, del fallimento scolastico e del comportamento delinquenziale (Ennett, Tobler, Ringwalt, & Flewelling, 1994; Kirby, Harvey, Claussenius, & Novar, 1989; Malvin, Moskowitz, Schaeffer, & Schaps, 1984; Snow, Gilchrist & Schinke 1985; Thomas, Mitchell, Devlin, Goldsmith, Singer, & Watters, 1992).



A partire da tali esperienze, una seconda generazione di interventi preventivi si caratterizza per l'utilizzo degli studi longitudinali; ciò allo scopo di identificare i predittori importanti dei problemi di comportamento dei giovani ed interromperne il processo che conduce alla loro manifestazione. Ad esempio, i programmi di prevenzione dell'abuso di sostanze illegali cominciano a considerare l'influenza dei pari e delle norme sociali quali fattori che mediano questi comportamenti disadattivi (Ellickson & Bell 1990; Flay, Koepke, Thomson, Santi, S. et al. 1989; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, et al., 1989; Pentz, MacKinnon, Flay, Hansen, et al. 1989).

Il modello di prevenzione fondato sull'attenzione a singoli disagi o problemi entra in crisi negli anni '80, quando ci si accorge della necessità di esaminare la co-occorrenza di più problemi comportamentali nello stesso individuo e di individuare i predittori comuni di quadri multi-problematici, oltre ai fattori ambientali e all'interazione dell'individuo con l'ambiente. Inoltre, il campo di interesse degli interventi preventivi si comincia ad espandere al di fuori dei comportamenti problematici, fino a comprendere quei fattori che favoriscono uno sviluppo positivo dei giovani.

Si crea così un crescente consenso sul fatto che una transizione sana verso l'età adulta non dipende soltanto dal non essere implicati in comportamenti problematici, ma da uno sviluppo armonico nell'area sociale, emotiva e comportamentale (W. T. Grant Consortium, 1992). In particolare, l'età adolescenziale rappresenta una fase della vita nella quale si richiede l'acquisizione di competenze psicologiche e sociali indispensabili per affrontare con successo "*l'adulthood emergente*" (Arnett, 2001). Numerose ricerche attestano che la capacità di confrontarsi con successo con i cambiamenti, le aspettative, le relazioni e le sfide che il lungo passaggio all'età adulta comporta, è un fattore cruciale per il buon adattamento psicologico e sociale degli adolescenti (Bandura, 1997; Schunk, 1989; Noller, 1994; Millstein et al., 1993).

Il risultato di questo ampliamento di prospettiva si ritrova negli interventi effettuati nel corso degli anni '90. Un'ampia letteratura documenta il crescente interesse per lo studio dello sviluppo sia dei comportamenti problematici che dei comportamenti positivi (Hawkins, Catalano & Miller 1992; Kellam & Rebok 1992; Newcomb, Maddahian & Bentler 1986); inoltre, sempre maggiore diventa il rigore

nella valutazione dell'efficacia dei programmi di promozione del benessere dei giovani (es.: Greenberg 1996; Weissberg & Caplan 1998).

La scienza della prevenzione (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure, Long, 1993), in particolare, mette in evidenza che molti esiti dello sviluppo dei bambini, siano essi positivi o negativi, possono essere legati ai medesimi fattori di rischio o di protezione (Catalano, Hawkins, et al. 2002; Pollard, Hawkins, & Arthur, 1999). Questi fattori, sono stati riscontrati in tutti gli ambienti di vita del bambino, come la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola e la comunità. Queste considerazioni favoriscono una decisiva convergenza tra coloro che operano nell'ambito della prevenzione (National Research Council Institute of Medicine. 2002; Weissberg & Greenberg 1997) e coloro che operano nell'ambito della promozione dello sviluppo positivo dei giovani, nel sostenere che modelli di “*healthy development*” costituiscono il perno sia per la promozione del benessere che per la prevenzione del disagio (Pittman 1991).

Nuovi approcci come quelli che fanno riferimento alla “*Positive Psychology*” (Seligman & Csikzentmihaly, 2000; Seligman, 2002) e al “*Positive Youth Development*” (Benson, 1997; Benson & Saito, 2000), focalizzandosi sempre meno sul disturbo psicologico, giungono alla consapevolezza che, per vivere bene, anche i bambini e gli adolescenti “sani” devono essere dotati di abilità, aspirazioni, carattere e “*resilience*”. Si comincia a pensare ai giovani come una risorsa e non come ad problema per la società; ne vengono esaltate le loro potenzialità manifeste piuttosto che le ipotetiche incapacità, comprese nelle situazioni di svantaggio socio-culturale (Damon, 2004).

E' sulla base di questi nuove prospettive teoriche che i programmi a sostegno del benessere giovanile si concentrano sempre più nelle fasi precoci dello sviluppo, mirando ad accrescere e incoraggiare l'autonomia e l'assunzione di responsabilità dei giovani ed a rafforzarne specifiche capacità individuali e sociali

Tali programmi si fondano sullo sviluppo ed il potenziamento delle abilità di vita o “*Life Skills*”, raccomandate anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O., 1993) come abilità indispensabili per favorire un buon adattamento dei giovani al mondo circostante.

La prima parte del presente lavoro di tesi, partendo dall'esame dei principi della *scienza della prevenzione* approda all'analisi dell'efficacia dei programmi basati sull'approccio dello "*Positive Youth Development*" e sullo sviluppo delle "*Life Skills*", passando attraverso l'esame delle principali teorie di riferimento di tali programmi.

La seconda parte contiene il contributo empirico che si articola in tre distinti studi:

1. Il primo studio esamina le caratteristiche psicometriche delle scale per la misura dell'auto-efficacia nelle *Life Skills*, delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* da parte dei genitori e delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* da parte dei pari.

2. Il secondo studio approfondisce i nessi di influenza tra le convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* e il pensiero positivo, componente cognitiva del benessere soggettivo.

3. Il terzo studio valuta gli esiti di un intervento di promozione e sviluppo delle *Life Skills* in studenti di scuola superiore.

# Capitolo 1

## La scienza della prevenzione

### 1.1. Introduzione

Negli ultimi decenni, l'interesse per lo sviluppo dell'uomo si è sempre più indirizzato verso l'indagine delle cause e delle "soluzioni" possibili del disagio nel corso dello sviluppo e dell'intero arco di vita. L'acquisizione delle conoscenze derivanti da un nuovo paradigma di studio dello sviluppo ha favorito la nascita di una nuova disciplina di ricerca e intervento, denominata *scienza della prevenzione* (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure & Long, 1993), che rappresenta lo snodo di diverse discipline quali la psicologia dello sviluppo, la psicopatologia, la criminologia, la psichiatria, l'epidemiologia, la scienza dell'educazione. L'obiettivo principale della scienza della prevenzione è quello di prevenire o moderare le disfunzioni fisiche, psicologiche o comportamentali, prima che esse si manifestino, eliminandone o mitigandone le cause. Pertanto, la ricerca in questo ambito si concentra principalmente sullo studio sistematico dei *fattori di rischio e di protezione*, ovvero di quegli elementi che potrebbero determinare una condizione di disagio o di benessere. La scienza della prevenzione, orientandosi alla comprensione di come fattori di diversa natura (biologica, psicologica e sociale) contribuiscono a determinare o eliminare una condizione di disagio, mette in condizione di intervenire per ridurre i fattori di rischio e per promuovere processi che contrastano o che proteggono dal rischio psico-sociale. Gli esiti degli interventi preventivi, a loro volta, possono far luce sulle cause e sui processi che hanno contribuito a determinare o a far recedere una specifica condizione di disagio.

L'obiettivo primario della scienza della prevenzione è quindi quello di tracciare un collegamento tra fattori di rischio generali ed esiti disfunzionali specifici. Infatti, identificando e moderando l'effetto pervasivo dei fattori di rischio, si possono perseguire effetti positivi su un ampio spettro di comportamenti in una popolazione, come ad esempio la situazione lavorativa, riducendo così la necessità di rivolgersi a servizi territoriali di salute mentale o di riabilitazione.

### ***1.1.1. Fattori e meccanismi di rischio e di protezione***

Secondo le definizioni che ne danno Coie e coll. (1993), i *fattori di rischio* sono quelle variabili che, nella maggior parte dei casi, si associano ad una elevata probabilità che un disagio possa insorgere, aggravarsi o perdurare nel tempo. Gli autori descrivono alcune caratteristiche generali che è necessario tener presenti nello studio dei fattori di rischio.

Innanzitutto, *i fattori di rischio intrattengono complesse relazioni con gli esiti disfunzionali*. Soprattutto nel corso dello sviluppo, specifici disturbi possono essere espressione di differenti fattori di rischio (*equifinalità*), così come un singolo fattore di rischio può esercitare la sua azione su molteplici funzioni adattive dell'individuo (*multifinalità*). Ad esempio, studi sull'abuso di droghe in adolescenza (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992) hanno messo in luce l'interazione di fattori di rischio che attengono alla sfera individuale, al contesto familiare, all'esperienza scolastica, alle relazioni con i pari ed all'ambiente di vita.

Inoltre, è da tener presente che *la salienza dei fattori di rischio può variare nel corso dello sviluppo*. Mentre alcuni fattori di rischio possono contribuire alla manifestazione di un disturbo soltanto in uno specifico periodo dello sviluppo, altri possono essere considerati fattori di rischio per quel disturbo in tutte le fasi del ciclo di vita. Ad esempio, bambini che frequentano pari devianti possono manifestare comportamenti antisociali soltanto se quel comportamento si protrae anche nel corso dell'adolescenza (Dishion, 1990). Al contrario, uno scarso controllo dei genitori può considerarsi un fattore di rischio per i disturbi di condotta sia nell'infanzia che nell'adolescenza.

Ancora, *l'esposizione a più fattori di rischio può avere effetti cumulativi*. Infatti, il numero, la persistenza e la pervasività dei fattori di rischio può incrementare la probabilità che un disturbo si manifesti o si aggravi. Soprattutto nell'età infantile, infatti, numerosi disturbi possono amplificarsi in funzione dell'esposizione a nuovi fattori di rischio (Rutter & Rutter, 1992).

Infine, *disturbi o disagi diversi condividono fattori di rischio comuni*. Coie e coll. (1993) hanno individuato sette categorie generali di fattori di rischio personali, sociali e ambientali (vedi tabella 1), che possono essere considerati i predittori comuni di differenti esiti psicopatologici. Ad esempio, relazioni con i pari

compromesse durante l'infanzia predicono difficoltà scolastiche precoci (Ladd, 1990), così come il rifiuto dei pari può compromettere il funzionamento generale nel passaggio alla scuola media, favorendo l'insorgenza di disturbi di condotta o di problemi di internalizzazione (Coie, Lochman, Terry & Hyman, 1992).

<b>Tabella 1. Categorie di fattori di rischio</b>	
1.	<u>Fattori costituzionali</u> : complicanze perinatali, sbilanciamenti neurochimici, malattie organiche e deficit sensoriali
2.	<u>Fattori legati allo sviluppo delle abilità</u> : basse capacità cognitive e sociali, deficit dell'attenzione, deficit nelle abilità di lettura e nelle attività abituali.
3.	<u>Fattori legati alla sfera delle emozioni</u> : difficoltà nell'espressione e scarso controllo delle emozioni, bassa stima di sé e bassa maturità emotiva
4.	<u>Fattori familiari</u> : basso livello socio-economico, storie di disturbi psichici, ampiezza del nucleo familiare, storie di abuso, eventi di vita stressanti, disorganizzazione familiare, distorsione della comunicazione, conflitti e scadenti legami con i genitori.
5.	<u>Fattori interpersonali</u> : rifiuto da parte dei coetanei, alienazione, isolamento.
6.	<u>Fattori scolastici</u> : scarso coinvolgimento nelle attività scolastiche e fallimento scolastico.
7.	<u>Fattori ambientali</u> : quartieri disagiati, povertà estrema, discriminazioni razziali e disoccupazione.
<i>Tratto Greenberg, Domitrovich &amp; Bumbarger (2001)</i>	

Dall'altro versante, *i fattori protettivi*, promuovono la resistenza ai fattori di rischio e ostacolano l'insorgere di disturbi (Rolf, Masten, Cicchetti, Neuchterlein & Weintraub, 1990). Essi possono agire direttamente sugli effetti del disturbo, possono interagire con i fattori di rischio mitigandone gli effetti disadattivi, possono interrompere la catena di effetti indiretti provocati dai fattori di rischio o, infine, possono prevenire l'insorgenza dei fattori di rischio stessi (Dignam & West, 1988; Wheaton, 1986).

Le tipologie di fattori protettivi individuate per prevenire o limitare i disturbi a partire dall'infanzia sono essenzialmente due (Cowen, 1985; Gamerzy, 1985; Rutter, 1985): a) Le caratteristiche individuali; b) Le caratteristiche dell'ambiente in cui il bambino vive. Per quanto riguarda i primi, si fa riferimento alle caratteristiche temperamentali e disposizionali ed alle abilità che possono attutire gli effetti degli eventi stressanti (Caplan, Vinokur, Price & VanRyn, 1989; Pedro-Carrol & Cowen,

1985). Per quanto riguarda le caratteristiche ambientali, svolgono un ruolo protettivo il supporto sociale, il sostegno, l'educazione, la supervisione ed il controllo da parte dei genitori, la qualità dei legami familiari e i modelli prosociali di comportamento. Alcuni studi hanno documentato come caratteristiche familiari positive (es. un ambiente familiare sano e supportivo) possano costituire fattori protettivi contro la schizofrenia (Asarnow, 1988).

Gli studi sul rischio psicopatologico e psico-sociale, oltre ad aver evidenziato la molteplicità dei fattori che concorrono alla sua determinazione, hanno messo in rilievo l'inadeguatezza di quei modelli che ipotizzano l'azione esclusiva di singoli fattori nel determinare un particolare stato di sofferenza o disagio nel corso tempo (Pastorelli, Gerbino, Giunta, 2002). Di fronte agli stessi eventi stressanti, solo alcuni bambini deviano il loro sviluppo verso la patologia, mentre altri riescono a seguire un percorso di sviluppo regolare; ciò avviene per l'intervento di importanti fattori che mediano lo sviluppo dell'individuo, quali la vulnerabilità, la suscettibilità allo stress, la capacità di recupero (resilienza) ed i fattori di protezione (Rutter, 1987).

Inoltre, i fattori protettivi, oltre ad avere un'azione diretta sul funzionamento psicologico, possono agire da catalizzatori, configurandosi in modo diverso a seconda che essi contribuiscano ad aumentare (protezione) o a ridurre (debolezza) la resistenza ai fattori di rischio (Masten & Garmezy, 1985; Rolf et. Al., 1990; Werner & Smith, 1982). Diversi studi hanno documentato che non esiste un effetto lineare dei fattori protettivi, in quanto all'aumentare dell'agente protettivo non corrisponde un analogo effetto positivo sul funzionamento psicologico. Le persone che percepiscono di poter contare su un buon supporto sociale resistono allo stress psico-sociale più di quanto non riescano a fare quelli che ricevono un sostegno eccessivo (Bell, 1982). Analogamente, avere un buon rapporto con un adulto esterno alla propria famiglia d'origine rappresenta, per un bambino, un fattore protettivo soltanto in presenza di elevato disaccordo tra i genitori (Jenkins & Smith, 1990).

Queste considerazioni hanno contribuito a spostare l'attenzione dai fattori ai meccanismi di rischio e di protezione. Infatti, se per fattori di rischio si intendono tutti quegli elementi che a diversi livelli (individuale, relazionale, scolastico e territoriale), compromettono la compatibilità dell'individuo con l'ambiente, per meccanismi di rischio si intendono tutti quegli scambi che ne amplificano e ne

esasperano gli effetti in determinate circostanze e fasi dello sviluppo. Analogamente, se per fattori di protezione si intendono tutti quegli elementi (le caratteristiche individuali, la famiglia, la scuola, la relazione con i pari) che concorrono a sostenere o a promuovere la compatibilità dell'individuo con l'ambiente, per meccanismi di protezione si intendono quegli scambi che favoriscono, sostengono e rafforzano tale incontro in determinate circostanze e fasi dello sviluppo.

A conferma della rilevanza cruciale di assumere una prospettiva evolutiva nello studio dei fattori e dei meccanismi di rischio e di protezione nei processi psico-sociali, Rutter e Rutter (1992) hanno individuato quattro meccanismi principali che agiscono da mediatori nella protezione al rischio psico-sociale. Il primo si riferisce alla *riduzione dell'esposizione al rischio*, che può avvenire attraverso una trasformazione della valenza nociva del fattore di rischio o del diverso coinvolgimento dell'individuo nella situazione rischiosa. Il secondo attiene alla *interruzione della catena di effetti negativi* che, altrimenti, può agire a lungo termine. Il terzo si riferisce alla costituzione di un *buon concetto di sé*, al mantenimento di *relazioni positive* nell'ambiente sociale e alla costruzione di salde *convinzioni di autoefficacia*. L'ultimo meccanismo si riferisce all'importanza di *ampliare lo spettro delle opportunità* attraverso la ricerca di esperienze positive (es. successo scolastico, buone relazioni con i pari) che possano influenzare le esperienze successive.

### ***1.1.2. Definizione dei livelli di intervento preventivo***

Nell'ambito sia delle scienze psico-sociali, sia di quelle mediche, è ormai accertato che la comparsa di un disagio o di una malattia non sia ascrivibile soltanto ad un unico agente patogeno. È pertanto evidente come l'originaria distinzione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria, proposta nel 1957 ad opera della Commissione Americana sulle Malattie Croniche, non sia in grado di considerare la complessità e le sfide delle nuove scoperte scientifiche che negli ultimi anni hanno decisamente portato all'attenzione la necessità di un modello di spiegazione della malattia e del disagio di tipo probabilistico e multi-causale rispetto ad un modello di tipo deterministico e uni-causale. Se attraverso la prevenzione primaria si contrasta l'incidenza, ovvero la comparsa di nuovi casi di un disturbo o di una malattia in un determinato periodo di tempo, attraverso la prevenzione secondaria e terziaria si mira



rispettivamente all'identificazione precoce ed al trattamento efficace di un disturbo, per contrastarne la sua prevalenza e alla riduzione della disabilità associata al disturbo, al disagio o alla malattia.

Recentemente, l'Istituto Americano di Medicina (IOM, 1994) ha inserito l'intervento preventivo all'interno di un più ampia azione a tutela della salute mentale e del benessere psicologico, differenziandolo tuttavia dal trattamento vero e proprio (es. identificazione dei casi e messa a punto di protocolli di cura standard per i disturbi conosciuti) e dagli interventi rivolti al mantenimento degli effetti del trattamento (es. adesione al protocollo terapeutico, riabilitazione). L'IOM, secondo quanto suggerito da Gordon (1983, 1987), ha proposto di sostituire la classificazione di prevenzione in primaria, secondaria e terziaria, con quella che distingue l'intervento preventivo in *universale, selettivo e specifico*. L'intervento preventivo *di tipo universale* si realizza quando i fattori di rischio non si sono ancora manifestati e si rivolgono a intere "popolazioni", come per esempio un'intera scuola. L'intervento *selettivo* è rivolto solo agli individui membri di un sotto-gruppo della popolazione il cui rischio di "ammalarsi" è superiore alla media. L'intervento *specifico* si applica prioritariamente su quei soggetti che, sulla base di uno screening iniziale, presentano un quadro multiproblematico e sono pertanto ad elevato rischio di futuro disadattamento.

La *Scienza della Prevenzione* si è quindi posta un duplice obiettivo: da una parte la prevenzione o la moderazione del malessere e dall'altra la promozione del benessere (Weissberg e Greenberg, 1998). Gli elementi che caratterizzano in modo peculiare questa disciplina riguardano lo studio sistematico dei fattori e dei meccanismi di rischio e di protezione per le differenti problematiche, la ricerca sul disagio, la sua prevalenza e la sua evoluzione, gli interventi più efficaci e le azioni più adeguate per avviare ed analizzare nuovi interventi di prevenzione, la diffusione dei programmi di intervento preventivo in un maggior numero di contesti.

### ***1.1.3. I principi della scienza della prevenzione***

In primo luogo gli *interventi devono essere guidati da teorie* che spiegano lo sviluppo normale e i processi che conducono all'insorgere o al persistere di una determinata disfunzione. Attraverso la conoscenza di questi processi è possibile

stabilire la sequenza di eventi che influenzano i meccanismi di rischio e di protezione e consentono di prevenire un disturbo. In questo modo è possibile verificare l'efficacia di un intervento e fornire risposte sull'eziologia del disturbo. Infatti, se un intervento ha eliminato o ridotto uno specifico fattore di rischio ma non ha mutato il meccanismo patogenetico sottostante al disturbo, si può ipotizzare che quel fattore di rischio fosse solo un "marker" di uno sviluppo disfunzionale più generale. Uno studio sulle separazioni coniugali (Markman, 1991) ha dimostrato, ad esempio, che la scarsa comunicazione tra i coniugi, piuttosto che rappresentare l'effetto di una relazione disturbata, è un fattore di rischio che può causare la rottura della coppia o episodi di violenza coniugale.

Un secondo elemento che connota la scienza della prevenzione riguarda l'individuazione dei fattori di rischio *prima che si stabilizzi il loro potere disfunzionale*. Da ciò deriva la necessità di interventi che neutralizzino precocemente i fattori di rischio identificati prima che diventi difficile influenzarne il loro corso. Ad esempio, la partecipazione a *gang* di bambini di strada è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti delinquenti, l'abuso di sostanze e l'abbandono scolastico nell'adolescenza (Cairns, Cairns & Neckerman, 1989; Elliot, Huizinga & Ageton, 1985). Altri studi hanno evidenziato che, i comportamenti antisociali sono predetti in maniera attendibile dall'aggregazione con i pari devianti all'età di 12 anni ma non all'età di 10 anni (Dishion, Patterson, Stoolmiller & Skinner, 1991), mentre il rifiuto dei pari, l'aggressione e lo scarso monitoring genitoriale all'età di 10 anni predicono il coinvolgimento con i pari devianti all'età di 12 anni. Questi risultati suggeriscono una strategia preventiva che mira a eliminare l'aggregazione con pari devianti, indirizzando la sua attenzione su bambini con comportamenti aggressivi, isolamento e scarso monitoring genitoriale all'età di 10 anni.

Come corollario a questo principio la scienza della prevenzione sottolinea che, per avere maggiori probabilità di successo, è preferibile anticipare la prima manifestazione di un disturbo. L'età di insorgenza è spesso correlata alla gravità del disturbo: nel caso dei comportamenti delinquenti e dell'abuso di sostanze, un inizio tardivo è associato ad una inferiore complessità, serietà e durata di futuri problemi (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1987).

Particolare attenzione la scienza della prevenzione deve rivolgerla alle *popolazioni ad alto rischio*. Infatti, molti tra coloro che presentano elevati livelli disfunzionali sono persone esposte a fattori di rischio multipli e, spesso sono anche difficilmente raggiungibili dagli interventi preventivi convenzionali. Una valutazione del rischio individuale, in questi casi, può essere possibile rivolgendosi a persone che presentano fattori di rischio riconosciuti e identificabili (es. disoccupati, bambini a cui è morto uno dei genitori) o a popolazioni più ampie (quartieri disagiati, scuole) in cui sono presenti condizioni di disagio diffuso (Pillow, Sandler, Braver, Wolchik & Geste, 1991).

Infine, una prevenzione efficace richiede *azioni coordinate in tutti gli ambiti di funzionamento* implicati nel modello di rischio considerato. I fattori di rischio spesso presentano una interdipendenti e trasversali ad ambiti diversi (individuale, familiare, scolastico, dei pari e della comunità di appartenenza). Esempi di interventi preventivi universali contro l'abuso di droghe tra gli adolescenti, (Pentz, Dwyer, MacKinnon, D. Flay, Hansen, Wang, & Johnson, 1989) che hanno contemplato la scuola, la famiglia, la comunità e i mezzi di informazione, hanno ottenuto una loro efficacia attraverso lo sforzo di congiunto del sistema scolastico, del governo locale, dei servizi sanitari e sociali.

#### ***1.1.4. Implicazioni per la ricerca***

La rilevanza dei processi e dei meccanismi di sviluppo nell'intervento preventivo, oltre ad avere implicazioni strettamente connesse ai principi fondanti della scienza della prevenzione, detta alcune importanti priorità per la ricerca sulla prevenzione. La prima riguarda la necessità di adottare *un approccio prospettico* alla ricerca che, attraverso gli studi longitudinali, fornisca spiegazioni sull'emergere e sul progredire dei fenomeni di disagio o delle condizioni psicopatologiche. Perché la ricerca possa fornire informazioni utili sull'influenza che i fattori protettivi e di rischio hanno su specifici ambiti di vita di bambini e adolescenti, particolare attenzione deve essere posta sulla definizione temporale degli studi. Ciò favorisce la conoscenza di come specifici fattori operano in un limitato periodo di tempo e, soprattutto, di quali effetti a lungo termine possono prodursi attraverso l'intervento preventivo.

La seconda implicazione che la scienza della prevenzione ha sulla ricerca riguarda

la necessità di adottare una *prospettiva interazionista*. Il principio del “Determinismo Triadico reciproco” (trattato nel Capitolo 2), attorno a cui ruota l’apporto della Teoria Social-Cognitiva (Bandura, 1986, 1997), sembra esplicitare al meglio la complessità dell’azione umana in riferimento alle caratteristiche individuali, alle condizioni ambientali ed alle conseguenze dei comportamenti.

Il terzo elemento riguarda l’importanza del *contesto culturale e sociale*. Infatti, se determinati comportamenti possono essere considerati normativi e adattivi in alcune culture, possono non esserlo in altre (Scarr & Ricciuti, 1991); analogamente gli interventi preventivi possono trovare una loro efficacia in alcune culture, ma essere completamente rifiutati in altre (Higginbotham, West & Forrsyth, 1988). L’efficacia dei programmi di prevenzione deriva anche dalla consapevolezza di quanto le norme culturali, le credenze e le abitudini contribuiscono al determinarsi di percorsi disadattivi di sviluppo.

Il quarto tema rilevante per la ricerca deriva dalla “Teoria Generale dei Sistemi” e dalla Psicologia dello sviluppo. Esso attiene alla necessità di utilizzare approcci e modelli teorici che contemplino l’influenza specifica che i diversi sistemi (biologico, familiare, scolastico, amicale, lavorativo) hanno sui comportamenti nei differenti periodi dello sviluppo. La ricerca in questo ambito ha rilevato che i problemi di condotta possono essere predetti da caratteristiche individuali del bambino come irritabilità, deficit dell’attenzione e impulsività, autoefficacia nel regolare i propri comportamenti (Bates & Bayles, 1988; Campbell, Breaux, Ewing & Szumowski, 1986; Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli, Regalia, Bandura, 1998); da caratteristiche familiari come l’instabilità, i disturbi psicopatologici dei genitori, le pratiche educative incoerenti e la comunicazione tra i membri della famiglia (Caprara et. Al., 1998; McGee, Silva & Williams, 1984; Patterson, 1982; Richmann, Stevenson & Graham, 1982; Werner & Smith, 1977); dalle caratteristiche della comunità di appartenenza come la povertà, la scarsità di supporto sociale, l’accessibilità alle armi o all’uso di droghe (Coie & Jacobs, 1993).

Infine, legata agli aspetti sistemici ed evolutivi della ricerca è la *prospettiva epidemiologica*, indispensabile per valutare le deviazioni nel corso dello sviluppo dovute all’influenza della cultura e dell’ambiente sociale di riferimento (Kellam,

1990). Attraverso lo studio di cohorti rappresentative delle realtà locali è possibile descrivere l'incidenza, la durata e la ricorrenza di specifici problemi.

## **1.2. La valutazione dei programmi di prevenzione rivolti a bambini e adolescenti**

Nei rapporti "Healthy People 2000" (DHHS, 1991, 1995) il "Department of Health and Human Services" degli Stati Uniti, pur esprimendo soddisfazione per le migliorate condizioni di vita dei bambini, hanno indicato nella prevenzione *a lungo termine* l'obiettivo ancora da raggiungere rispetto ai comportamenti disadattivi, ai disturbi mentali e alla violenza nei bambini. Già l'"*Institute of Medicine*" Americano (IOM, 1994) aveva pubblicato le linee guida per la ricerca nell'ambito della prevenzione che indicavano un percorso costituito da cinque passi fondamentali: a) Identificazione del problema; b) Identificazione dei fattori di rischio e di protezione per lo specifico problema; c) Progettazione e analisi di interventi pilota innovativi; d) Progettazione, implementazione e analisi di interventi su vasta scala; e) Implementazione e diffusione dei programmi a livello nazionale.

A partire da questi contributi una importante innovazione ha riguardato la valutazione degli interventi preventivi. Fino a quel momento, infatti, gli sforzi erano indirizzati a mantenere elevato il rigore metodologico della ricerca (Chen & Rossi, 1987) e a verificare se i programmi conducevano a particolari risultati. Questo approccio è stato definito "*black box*" (Valente & Dodge, 1997) poiché non era supportato teoricamente e mirava a determinare globalmente il successo o il fallimento di un programma. In questo modo non era possibile ottenere risposte circa gli specifici effetti dei programmi (Cordray, 1986), nè stabilire se alcune componenti di un programma erano più efficaci di altre, nè infine, se gli effetti dipendevano dal grado di esposizione all'intervento ("dosage").

### ***1.2.1 Valutazione "theory-based" degli interventi preventivi***

L'adozione di una valutazione basata sulla teoria (Bickman, 1987; Chen, 1991; Chen & Rossi, 1989) rappresenta un passo avanti nell'ambito della scienza preventiva, essendo interessata a costruire un modello esplicativo plausibile e sensibile del funzionamento di un programma di prevenzione (Biglan, Mrazek,

Carnine, Flay, 2003). Chen (1991) descrive i sei ambiti principali della valutazione “theory-based”, che costituiscono una cornice per applicare un modello teorico e comprendere il funzionamento del programma: a) *Treatment domain*; b) *Implementation domain*; c) *Outcome domain*; d) *Impact domain*; e) *Implementation domain*; f) *Intervening mechanism domain*; g) *Generalization domain*.

a) *Treatment domain*: si riferisce alla comprensione, alla pianificazione, all’organizzazione e al funzionamento dell’intervento. In particolare, la *teoria del trattamento* descrive le azioni specifiche finalizzate al conseguimento di un risultato; la *valutazione del trattamento* descrive come il trattamento che si sta attuando è stato pianificato, implementato e ne esamina la congruenza. Spesso alcuni interventi in ambito sociale incontrano difficoltà nella realizzazione a causa della scarsa fedeltà delle sue azioni a quanto pianificato. Per tali ragioni è importante che la valutazione includa, oltre alle componenti del trattamento, anche le strategie per documentare come le diverse componenti del programma siano state implementate.

b) *Implementation domain*: si riferisce al contesto nel quale l’intervento dovrebbe essere implementato e quindi essere realizzato. Elementi essenziali sono gli aspetti logistici, se il gruppo target è realmente raggiunto dal programma, l’organizzazione dello staff, le modalità di lavoro ed il clima organizzativo (sessioni di gruppo o sessioni di training individuale). La *teoria relativa al contesto di implementazione* si riferisce al clima nel quale lo specifico trattamento deve essere attuato per essere efficace. Analogamente, la *valutazione del contesto di implementazione* si riferisce alla misura della congruenza tra la pianificazione delle azioni di implementazione del programma e la loro effettiva realizzazione.

c) *Outcome domain*: si riferisce ai cambiamenti, attesi e non, che possono essere attribuiti all’azione del programma di intervento. I cambiamenti attesi sono quei cambiamenti che il programma si è prefissato di raggiungere e sono utilizzati per valutare l’efficacia del programma. Al contrario, quelli inattesi sono i cambiamenti positivi o negativi che non erano stati anticipati o previsti dalla teoria dell’intervento, ai quali questo approccio alla valutazione attribuisce grande rilievo (Sherrill, 1984). Questa componente dovrebbe essere guidata da una *teoria* e da una *valutazione degli esiti* che contemplino sia quelli previsti dal programma che quelli non preventivati.

*Impact domain:* si riferisce alla relazione tra l'intervento e gli esiti, in termini di relazione causale e validità interna. A differenza di quello tradizionale questo approccio è guidato da una teoria e da una valutazione dell'impatto basate su un'ampia base empirica. Il rapporto di causalità è assicurato dall'utilizzo di esperimenti randomizzati o da disegni quasi-sperimentali.

*d) Intervening mechanism domain:* descrivono i processi sottostanti gli effetti dell'intervento. Infatti, i programmi di prevenzione molto spesso non hanno un effetto diretto sugli esiti ma ottengono i loro risultati attraverso alcuni meccanismi intervenienti. Mentre una teoria dei meccanismi intervenienti specifica l'azione di tali processi, una valutazione di tali meccanismi ne verifica empiricamente i processi causali ipotizzati.

*e) Generalization domain:* indica come poter generalizzare a popolazioni e setting differenti i risultati ottenuti con l'intervento. La teoria della generalizzazione esplora il modo in cui uno specifico intervento può agire in situazioni e con persone differenti da quelle in cui è stato implementato, la valutazione ne assicura empiricamente la generalizzabilità.

### ***1.2.2. Valutazione degli effetti e della disseminazione degli interventi di prevenzione***

Molti programmi di prevenzione si rivolgono a comportamenti disadattivi quali i comportamenti delinquenti in adolescenza, l'abuso di droghe o le gravidanze indesiderate, che possono manifestarsi a distanza di anni. Essere guidati da un modello teorico di sviluppo che tracci gli obiettivi prossimali e distali di un intervento di prevenzione permette di acquisire in breve tempo indicazioni sull'efficacia di questi interventi. Ciò consente di implementare programmi efficaci anche senza attendere gli esiti finali sui comportamenti di interesse.

Gli effetti di un intervento possono essere distinti in tre categorie: effetti dell'implementazione, effetti prossimali ed effetti distali (Valente & Dodge, 1997).

La prima categoria si riferisce alla *qualità dell'implementazione* di un programma. Attraverso la valutazione, in questa fase, è possibile stabilire se l'intervento si sta

realizzando nel modo in cui era stato pianificato. Ad esempio, l'implementazione di un programma di parent-training per madri ad alto rischio può essere valutata attraverso il numero delle madri che sono state raggiunte dall'intervento e che prendono parte alle sessioni.

La seconda categoria si riferisce agli *effetti prossimali* di un programma. Agire su specifiche caratteristiche dei bambini o del loro ambiente può, a sua volta, produrre cambiamenti nell'area desiderata. Il programma Fast Track (CPPRG, 1992), ad esempio, mirando al miglioramento delle abilità sociali e scolastiche dei bambini, persegue l'obiettivo di prevenire la messa in atto di comportamenti delinquenti e l'insorgere di disturbi della condotta in età adolescenziale.

La terza categoria si riferisce agli *effetti distali* di un programma. La loro valutazione assicura il raggiungimento degli obiettivi a lungo termine del programma di prevenzione, fornendo la misura del cambiamento nell'area identificata.

La ricerca applicata alla prevenzione conclude il proprio ciclo di attività con la disseminazione su vasta scala di programmi di intervento preventivo (IOM, 1994). Anche nell'ambito della *disseminazione* di tali interventi sono necessarie teorie, strategie e politiche che consentano, una volta validati, di applicare su vasta scala gli interventi (Weissberg, 1990). Ad esempio, è importante stabilire se uno specifico tipo di intervento può essere disseminato attraverso metodologie dimostrative piuttosto che attraverso azioni di pubblicizzazione; o, ancora, se un programma disseminato in un determinato contesto può ottenere la medesima efficacia sperimentata nel modello originario.

Anche nell'ambito degli *interventi preventivi "disseminati"* risultano cruciali i processi di valutazione della qualità dell'implementazione e della loro efficacia.

Rispetto al primo tipo di valutazione i sostenitori della *fedeltà al modello originale* affermano che, soltanto mantenendo le caratteristiche originarie del programma, si può essere certi di conseguire gli stessi risultati. Al contrario, coloro che propendono per *l'adattabilità dei programmi* alle specifiche realtà, affermano che la disseminazione dell'intervento deve tener conto della cultura, delle risorse ed dei bisogni della comunità locale alla quale si rivolge.

Come suggerisce Weissberg (1990), una "disseminazione" ottimale dovrebbe integrare le due prospettive, mantenendo inalterate le caratteristiche legate alla teoria



della prevenzione e inserendo gli elementi necessari per soddisfare i bisogni della cultura locale.

La valutazione dell'efficacia degli interventi “*disseminati*” risulta ancor più importante dal momento che partecipanti, staff e modalità di implementazione sono differenti. Il modo migliore per valutare gli effetti di questi programmi è quello di condurre esperimenti randomizzati o prevedere disegni di caso singolo per un limitato periodo di implementazione. Il confronto tra i risultati nelle misure di esito effettuato prima e dopo il periodo di implementazione può rendere ragione dell'effetto che la “disseminazione” ha avuto su tali esiti.

### ***1.2.3 Aspetti metodologici***

Come è stato sottolineato in precedenza, la valutazione dell'intervento preventivo non costituisce solo una modalità per rilevarne l'efficacia, ma un momento fondamentale per il suo sviluppo e la sua messa in pratica. (IOM, 1994).

A tal proposito, Valente e Dodge (1997) forniscono importanti indicazioni in merito ad un utilizzo appropriato delle metodologie di implementazione e valutazione degli interventi. In particolare, gli aspetti metodologici su cui gli autori pongono maggiore attenzione riguardano la validità dei dati “*self-report*”, l'appropriatezza dei disegni di ricerca, la confrontabilità dei ed il potenziale impatto dell'”attrition” differenziale sulla validità interna ed esterna.

La valutazione degli interventi preventivi, nella maggior parte dei casi, si basa sull'auto-valutazione. Infatti, se da un lato esistono metodi oggettivi che rilevano, ad esempio, se una persona fa uso di una o più sostanze psicoattive, dall'altro questi metodi possono risultare poco pratici e poco accettabili dalla popolazione presa in esame. Per tali ragioni vengono privilegiati strumenti di auto-valutazione e procedure che riducano o annullino le motivazioni delle persone a mentire. In generale, questo comporta l'utilizzo di strategie di raccolta dei dati anonima o con codici di identificazione e l'assicurazione che i dati saranno analizzati soltanto dai membri dello staff della ricerca allo scopo di verificare l'efficacia del programma.

La pianificazione di un adeguato disegno di ricerca è il secondo elemento che conferisce validità alla valutazione dell'intervento. Esso contiene alcune condizioni imprescindibili:

a) Gli studi nell'ambito della prevenzione devono includere gruppi di controllo; infatti, le persone che ricevono un dato intervento preventivo devono essere confrontate con quelle che non lo ricevono (un gruppo di controllo *no-contact*) o che ricevono altri interventi (ad esempio, un gruppo di controllo *placebo*).

b) Gli studi preventivi dovrebbero essere condotti separatamente da altre ricerche già in atto (es. studio longitudinale sull'eziologia dell'uso di sostanze) a causa della possibilità di un effetto di contaminazione. Nel caso di uno studio longitudinale in corso, il pericolo deriva dal fatto che i partecipanti al programma di prevenzione contaminerebbero i risultati dello studio longitudinale.

c) Per evitare la contaminazione tra le diverse condizioni dell'intervento, è consigliabile assegnare l'intera unità (ad esempio una scuola) a una particolare condizione.

d) Se i dati presentano elevate correlazioni intraclassa (ad esempio all'interno di una classe o di una scuola) è necessario metodologie *multilevel* che tengano conto dell'appartenenza dei soggetti ad un determinato gruppo.

e) Per controllare la validità esterna dei risultati è necessario adottare strumenti e procedure standardizzati. Gli interventi preventivi e le procedure di raccolta dei dati dovrebbero essere formalizzati in protocolli; le persone coinvolte nella raccolta dei dati e nella realizzazione dell'intervento dovrebbero essere formate adeguatamente per garantire l'uniformità delle procedure.

f) Infine, laddove non fosse possibile assegnare casualmente i soggetti alle diverse condizioni dell'intervento, è possibile utilizzare disegni quasi sperimentali.

Il terzo elemento di attenzione nella valutazione di un intervento di prevenzione riguarda la confrontabilità dei gruppi. Sono molteplici i fattori che possono influenzare la confrontabilità dei gruppi sperimentali: ad esempio, le differenze preesistenti possono mascherare gli effetti significativi della prevenzione o portare a conclusioni erranee circa l'efficacia del programma. L'assegnazione casuale tipicamente elimina la maggior parte delle fonti di errore di campionamento o di selezione dei soggetti, ma non necessariamente porta alla formazione di gruppi altamente confrontabili. Se un piccolo numero di unità (es. scuola, classi, o soggetti) deve essere assegnato alle condizioni sperimentali, una strategia di *matching* dovrebbe essere preferibile all'assegnazione causale e nella

maggior parte dei casi potrebbe fornire gruppi maggiormente confrontabili. D'altra parte, un metodo per massimizzare la confrontabilità dei gruppi quando si usa l'assegnazione casuale, consiste nell'usare una strategia di *blocking* che consiste nel dividere tutte le unità in blocchi omogenei e assegnando questi blocchi casualmente alle condizioni di sperimentali e di controllo.

L'ultimo elemento da considerare nella valutazione di un intervento riguarda l'"*attrition*", ovvero la perdita di soggetti nel corso dell'intervento. Questo fenomeno rappresenta un potenziale rischio per la confrontabilità dei gruppi sperimentali. Infatti, analogamente ai gruppi che mancano di confrontabilità a causa di differenze preesistenti, l'*attrition differenziale* può condurre a erronee conclusioni circa gli effetti dell'intervento. Per esempio, se il gruppo di trattamento presenta una *attrition* maggiore del gruppo di controllo e le persone perdute al follow-up sono in modo prevalente consumatori di sostanze o a rischio di divenire consumatori di sostanze, la presenza di eventuali effetti positivi dell'intervento può essere amplificata proprio dall'*attrition*.

A fronte di questi problemi, le procedure per minimizzare l'*attrition* dovrebbero prevedere il follow-up degli assenti e di coloro che abbandonano e verificare se ed in quale misura l'*attrition* abbia influito sui diversi gruppi.

### **1.3. Gli interventi di prevenzione con bambini e adolescenti**

Recentemente la rivista “*American Psychologist*” ha pubblicato un numero speciale sull’intervento preventivo rivolto ai bambini e agli adolescenti, frutto del lavoro di una *task force* di esperti dell’*American Psychological Association*, che fornisce una sintesi sui programmi di prevenzione realizzati negli ultimi venti anni (Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003). Complessivamente, questo contributo, oltre ai numerosi e recenti studi empirici, ha rilevato un numero sempre crescente di programmi di prevenzione rivolti allo sviluppo dei giovani che è ben supportato empiricamente e permette di compiere un bilancio dell’esperienza maturata nell’ambito delle buone pratiche e di tracciare le future direzioni dell’intervento. (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, Hawkins, 2002; Cicchetti, Rappaport, Sandler, & Weissberg, 2000; Durlak, 1997; Durlak & Wells, 1997; Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger 2001; Gullotta & Bloom, 2003; Sloboda & Bukowski, 2002; Tobler, Roona, Ochsborn, Marshall, Strecke, Stackpole, 2000; Weissberg & Greenberg, 1998; Weissberg, Gullotta, Hampton, Ryan, Adams, 1997),

Questa analisi ha condotto alla identificazione delle principali aree implicate nel disagio giovanile, fino a quel momento affrontate dai programmi di prevenzione universale e selettiva, che in particolar modo riguardano: a) *l’abuso di sostanze*, quali alcol, tabacco e altre droghe; b) *i comportamenti sessuali a rischio*, quali le gravidanze indesiderate e l’HIV/AIDS; c) *il fallimento scolastico*, legato ai problemi di apprendimento e al drop-out; d) *la delinquenza giovanile e violenza*, con particolare riferimento ai comportamenti aggressivi e antisociali (Nation, Crusto, Wandersman, Wumpfer, Seybolt, Morissey-Kane & Davino, 2003).

Nei paragrafi successivi analizzeremo gli elementi che conferiscono efficacia ai programmi di prevenzione universale in queste aree e i possibili ambiti di intervento.

#### ***1.3.1. Caratteristiche degli interventi di prevenzione universale efficaci***

Nation e coll. (2003), dall’esame delle principali rassegne sugli interventi di prevenzione universale e selettiva con bambini e adolescenti (*review-of-reviews approach*), hanno indicato quali sono le caratteristiche che, al di là delle aree problematiche affrontate, contribuiscono a garantire il raggiungimento dei risultati desiderati. Tali caratteristiche possono essere ricondotte a tre categorie di fattori

(tabella 2): le caratteristiche del programma, l'appropriatezza del programma alla popolazione target e, infine, l'implementazione e la valutazione degli interventi.

In relazione alle *caratteristiche del programma*, gli elementi di maggiore rilevanza riguardano l'ampiezza dell'intervento, la varietà dei metodi, il grado di esposizione, il supporto teorico e la promozione di relazioni positive.

In primo luogo, i programmi di prevenzione del disagio e di promozione della salute e del benessere devono prevedere un'azione *comprensiva e coordinata* rivolta ai fattori protettivi e di rischio nei diversi contesti di vita (familiare, scolastico, del gruppo dei pari e della comunità), che consenta di affrontare, ridurre ed eliminare situazioni multiproblematiche. A questo proposito, alcuni studi hanno rilevato l'efficacia di interventi integrati con i genitori, i coetanei e la scuola, nel prevenire comportamenti sessuali ad alto rischio (Sagrestano & Paikoff, 1997), l'abuso di sostanze (Hawkins & Catalano, 1992) e l'infezione da HIV (Janz, Zimmerman, Wren, & Israel, 1996).

Centrale, nella realizzazione di tali programmi, diventa la promozione e lo *sviluppo di abilità* sociali, cognitive ed emotive (quali riconoscere, gestire ed esprimere le proprie emozioni, apprezzare la prospettiva degli altri, stabilire obiettivi positivi, prendere decisioni, gestire le situazioni interpersonali e di conflitto) e di valori positivi che preparino ad affrontare la vita quotidiana. Si supera così l'approccio alla prevenzione fondato sulla trasmissione di informazioni (Durlak, 1997) per privilegiare l'utilizzo di metodi interattivi che favoriscano il coinvolgimento attivo dei partecipanti (Dusenbury & Falco, 1995) e permettano loro di sperimentare i risultati positivi (Tobler & Stratton, 1997).

A questo proposito, i programmi di prevenzione dell'abuso di alcol e droghe (NIDA, 1997) e dei comportamenti sessuali a rischio (Kirby, 1997) fondano la loro efficacia sullo sviluppo di capacità come l'assertività, la comunicazione efficace e la negoziazione. Diversamente, per la prevenzione dell'insuccesso scolastico, è lo sviluppo di abilità cognitive, linguistiche e sociali ad aver ottenuto risultati migliori (Slavin, Karweit, & Wasik, 1992/1993).

L'*intensità e durata* dell'intervento devono essere stabilite ("dosage") in relazione al numero ed alla gravità dei problemi affrontati. Valutazioni di follow-up indicano che gli effetti di molti interventi preventivi tendono a decrescere gradualmente nel

tempo (Zigler, Taussig, & Black, 1992). Ciò suggerisce l'opportunità di prevedere sessioni supplementari mirate al consolidamento delle abilità apprese o allo sviluppo di nuove abilità necessarie per il mantenimento dei risultati conseguiti.

Trasversale a tutte le aree di intervento preventivo, *la teoria* assume un ruolo fondamentale. Un programma "theory-based" prevede due tipi di teoria: una che spiega l'eziologia del problema in esame, come ad esempio i fattori e i meccanismi di rischio e di protezione (Kumpfer, 1997); l'altra, che ne disegna l'intervento, mirando ad individuare le strategie migliori per determinare il cambiamento.

Infine, nell'ambito degli elementi intrinseci del programma, lo sviluppo di *relazioni forti e positive* per i bambini e gli adolescenti risulta associato al conseguimento dei risultati desiderati. Nell'ambito della prevenzione dei problemi comportamentali, alcuni studi hanno rilevato l'opportunità di migliorare la relazione genitori-figli e le abilità genitoriali (Kumpfer & Alvarado, 1995), mentre altri hanno enfatizzato il ruolo delle relazioni tra pari (Mulvey, Arthur, & Reppucci, 1993). Nell'ambito della prevenzione dell'abuso di sostanze, inoltre, alcuni programmi hanno puntato al rafforzamento dei rapporti con altri significativi (pari, insegnanti, membri della comunità (NIDA, 1997). Infine, le rassegne sui programmi di prevenzione dell'insuccesso scolastico e del dropout, hanno segnalato la necessità di promuovere forti relazioni con adulti ("mentoring") che fungono da modello positivo (Grossman & Tierney, 1998).

Il secondo ordine di fattori che sostiene l'efficacia degli interventi preventivi riguarda la loro *adeguatezza* alla popolazione target, nei termini di specifica fase dello sviluppo e di peculiarità del contesto socio-culturale.

Gli interventi preventivi devono essere collocati nella *fase dello sviluppo* del bambino in cui è massima la probabilità di incidere sui precursori di uno specifico problema e, comunque, prima che quel problema si sia manifestato (Dryfoos, 1990). L'importanza dell'intervento precoce è stata dimostrata da programmi di prevenzione e riduzione del rischio di HIV, i quali hanno ottenuto risultati positivi soltanto tra gli adolescenti che prima dell'inizio dell'intervento non erano sessualmente attivi (Kirby, Barth, Leland, & Fetro, 1991).

Inoltre, è necessario che i programmi di prevenzione adottino *materiali* adeguati alla fase di sviluppo cognitivo e sociale dei partecipanti (Zigler et al., 1992):

l'importanza di questi fattori è stata dimostrata in programmi sul comportamento sessuale degli adolescenti nei quali, l'adeguamento dei messaggi e delle metodologie alla fase di sviluppo attuale dei partecipanti, corrispondeva al conseguimento di risultati positivi (Miller & Paikoff, 1992).

La pertinenza con il *contesto sociale*, con le norme culturali e con i bisogni dei partecipanti rappresenta l'altro aspetto dell'adeguatezza dei programmi alla popolazione target. Progettare programmi conformi alla cultura dei partecipanti non significa tradurre i linguaggi ma modificarli e renderli sensibili ai fattori culturali che influenzano lo sviluppo e la ricettività dell'intervento (Resnicow, Solar, Braithwaite, Ahluwalia, & Butler, 2000). L'attenzione agli atteggiamenti culturali ha costituito un elemento importante in programmi di prevenzione delle gravidanze indesiderate e dei comportamenti aggressivi e violenti (Kirby, 1997). Inoltre, l'adozione di interventi individualizzati nella prevenzione dell'insuccesso scolastico ha dimostrato una efficacia maggiore di quegli interventi generali che si rivolgono in modo omogeneo alla classe (Carnahan, 1994)

La terza categoria di caratteristiche di efficacia si riferisce all'implementazione e alla valutazione dei programmi.

La valutazione degli esiti dei programmi di prevenzione è necessaria per decretarne l'efficacia; d'altro canto, la valutazione delle azioni di implementazione e dei processi di sviluppo dei programmi fornisce elementi utili per apportare eventuali correttivi nelle diverse fasi dell'intervento (Wandersman, Morrissey, Davino, Seybolt, Crusto & Nation, 1998). Alcune rassegne di studi sui programmi di prevenzione dell'HIV/AIDS e dell'abuso di alcol e droghe segnalano che questo tipo di valutazione può contribuire al successo dell'intervento (Dusenbury & Falco, 1995; Hansen, 2002). Inoltre, le azioni implementate nei diversi programmi di intervento preventivo, per avere una loro efficacia nel tempo, devono diventare parte integrante delle politiche e delle prassi istituzionali di una comunità.

Infine, la qualità dell'implementazione di un intervento cresce quando i membri dello staff hanno chiari gli obiettivi del programma, dispongono delle conoscenze teoriche necessarie, ottengono una regolare supervisione e un feedback costruttivo (Hall & Hord, 2001). L'effetto di training specifici rivolti a docenti che partecipavano a programmi di prevenzione dell'abuso di alcol e droghe nella scuola,

hanno evidenziato un incremento dei risultati positivi dell'intervento (Dusenbury & Falco, 1995). Al contrario, un elevato turnover e compensi inadeguati possono limitare l'efficacia dei membri di uno staff, anche se essi sono molto competenti (U.S. Department of Justice, 1995).

Tabella 2. Caratteristiche dei programmi efficaci		
<i>Caratteristiche del programma</i>	8. <i>Interventi comprensivi</i>	Programmi multi-componenziali rivolti agli ambiti rilevanti (es. famiglia, pari, comunità) per lo sviluppo e il mantenimento dei comportamenti disadattivi.
	9. <i>Metodi di insegnamento diversificati</i>	Programmi che prevedano una varietà di metodi di insegnamento mirati alla consapevolezza dei problemi ed allo sviluppo di abilità
	10. <i>Esposizione sufficiente</i>	Programmi che regolano l'intensità e la durata degli interventi sulla base degli effetti attesi e che assicurano il mantenimento degli effetti attraverso adeguati follow-up.
	11. <i>Teorie di riferimento</i>	Programmi che hanno una teoria di riferimento e sono sostenuti da una adeguata base di ricerca.
	12. <i>Relazioni positive</i>	Programmi che prevedono l'interazione tra pari o con gli adulti in modo da promuovere forti e positive relazioni.
<i>Appropriatezza alla popolazione target</i>	13. <i>Interventi adeguati alla fase di sviluppo</i>	Programmi che prendano l'avvio in fasi dello sviluppo in cui è massima la probabilità di incidere sul problema o sulle necessità dei partecipanti.
	14. <i>Adeguatezza al contesto socio-culturale</i>	Programmi sensibili alla cultura di appartenenza dei partecipanti e che coinvolgano il gruppo-target nella pianificazione e nella implementazione degli interventi.
<i>Implementazione e valutazione</i>	15. <i>Valutazione dei risultati</i>	Programmi che abbiano chiari gli obiettivi da raggiungere e che prevedano un monitoraggio in itinere e una valutazione dei risultati.
	16. <i>Formazione dello staff</i>	Programmi che prevedono training specifici rivolti allo staff, con particolare riferimento alle azioni di implementazione.
Tratto da Nation, Crusto, Wandersman, Wumpfer, Seybolt, Morissey-Kane & Davino (2003)		

### **1.3.2. L'efficacia dei programmi di prevenzione nella comunità**

La famiglia, la scuola e la comunità sono sistemi che influenzano le situazioni problematiche dei giovani come l'abuso di alcol, tabacco ed altre droghe, la violenza e la delinquenza, la salute mentale. Migliorare la situazione in questi ambiti è possibile solo attraverso il coinvolgimento di ampie popolazioni di giovani in interventi di prevenzione e di promozione della salute e del benessere.



Negli ultimi dieci anni gli interventi di comunità (“*community-level*”) hanno adottato una molteplicità di strategie rivolte a tutti gli ambiti di vita rilevanti per i giovani, che per la loro efficacia, suggeriscono di essere estesi a popolazioni sempre più ampie (Wandersman & Florin, 2003).

Gli interventi nella comunità (“*community-level*”), attraverso l’azione sui diversi ambiti di vita, mirano al cambiamento individuale e ambientale per prevenire il disagio e promuovere il benessere e la salute in specifiche comunità locali. A questo proposito, il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979, 1995) è un punto di riferimento valido e condiviso per conoscere le radici del disagio e intervenire a livello dei contesti ambientali che sostengono e veicolano i percorsi a rischio di disadattamento. In particolare, Bronfenbrenner fa riferimento a quattro grandi sistemi: il *microsistema*, inteso come il complesso di attività, ruoli e relazioni interpersonali con il quale il bambino è in contatto diretto (famiglia, scuola, gruppo dei pari); il *mesosistema*, che comprende differenti contesti ambientali a cui il bambino partecipa in una specifica fase dello sviluppo (relazioni scuola-famiglia, relazioni tra genitori e gruppo dei pari; relazioni tra i genitori dei diversi compagni); l’*esosistema*, che comprende quelle situazioni che influenzano l’ambiente con cui egli è in contatto diretto; infine, il *macrosistema*, che include i modelli istituzionali importanti della cultura, tra cui il sistema economico, sociale e politico (Pastorelli, et Al., 2002).

Un ampio consenso è emerso, sia nell’ambito della salute pubblica che nella psicologia, sul fatto che molti disagi affondano le loro radici a più livelli del sistema; per tale ragione, questi possono considerarsi problemi di comunità per i quali è necessario trovare una soluzione di comunità (Flay, 2000; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988; Pentz, 2003; Stokols, 1992; Winett, 1995).

A questo proposito concetti quali empowerment, capacità di comunità e capitale sociale, enfatizzando il ruolo della partecipazione e dell’impegno collettivi, dei rapporti costruttivi tra le organizzazioni e del problem-solving di comunità, forniscono strumenti concettuali e operativi per l’intervento di comunità (Connell, Kubisch, Schorr, & Weiss, 1995; Minkler, 1997).

Allo scopo di esaminare alcuni risultati significativi di interventi di comunità, è utile tener presente una distinzione tra interventi di comunità guidati dalla ricerca

(“*research-driven*”) ed interventi guidati dalla comunità (“*community-driven*”) (Wandersman & Florin, 2003). I primi sono condotti dalle università o da esperti nella ricerca, dispongono di teorie di riferimento e utilizzano metodologie di ricerca che mirano a valutare gli esiti e l’efficacia dell’intervento. Gli interventi *community-driven*, invece, si realizzano ogni giorno nelle scuole o in altri centri di aggregazione, coinvolgono un numero elevatissimo di persone e sono guidati da enti o organizzazioni operanti nel territorio.

Interventi di comunità guidati dalla ricerca sono stati realizzati nell’ambito dell’abuso di alcol, tabacco e altre droghe con bambini e adolescenti. Il “Midwestern Prevention Project” (Pentz, 1998; Pentz et al., 1989) e il “Project Northland” (Perry, 1996, 2000) rappresentano due esempi di intervento di comunità efficace, in quanto capaci di ridurre significativamente la prevalenza dell’abuso di sostanze tra i bambini e gli adolescenti (Wandersman & Florin, 2003). Il primo, della durata di sei anni, ha contemplato l’azione congiunta dei mass-media, di programmi di sviluppo della abilità sociali nelle scuole, di programmi di sviluppo delle abilità comunicative dei genitori, del cambiamento delle politiche scolastiche e degli interventi di politica locale che regolavano la disponibilità di alcol e tabacco. Il secondo, della durata di tre anni, era rivolto a studenti delle scuole medie e conteneva training formativi a scuola, attività educative con il coinvolgimento dei genitori, opportunità di “peer leadership” e partecipazione ad attività di comunità. Determinante per gli esiti positivi del programma è stata l’azione di cambiamento sulle norme dei pari, proiettata verso la promozione di comportamenti prosociali e di riduzione del supporto all’uso di sostanze (Komro, Perry, Williams, Stiger, Farbaksh, & Veblen-Mortenson, 2001).

L’approccio di comunità “research-driven” si è rivelato efficace anche nella prevenzione del fumo. Un programma che ha coinvolto otto diverse comunità dell’Oregon ha messo a confronto gruppi di adolescenti che partecipavano soltanto ad un intervento nella scuola con gruppi che, oltre a quello scolastico, partecipavano ad un programma di comunità. I risultati hanno evidenziato, in questi ultimi, una significativa diminuzione della prevalenza del fumo a un anno dall’inizio e a distanza di un anno dalla fine del programma (Biglan, Ary, Smolkowski, Duncan & Black, 2000).

Anche diversi programmi “*community-driven*” hanno ottenuto esiti positivi nella prevenzione di comportamenti a rischio tra i giovani, quali le gravidanze indesiderate e l’abuso di sostanze (Wandersman & Florin, 2003).

Una coalizione di comunità (“Hampton Healthy Families Partnership”) che comprende ospedali, scuole, librerie pubbliche e enti e organizzazioni locali, ha implementato un programma di prevenzione selettiva di comunità rivolto alla riduzione delle gravidanze indesiderate, delle gravidanze a rischio ed alla sicurezza delle nascite. In questo programma erano previste visite domiciliari, parent-training, newsletter, materiali informativi e programmi specifici per le adolescenti. I risultati hanno evidenziato una forte e significativa diminuzione dei fattori di rischio relativi alle gravidanze e delle complicanze alla nascita nelle madri che hanno partecipato al programma rispetto a quelle del gruppo di controllo (Galano & Huntington, 1997).

Il programma di comunità “Saving Lives Program” realizzato in Massachusetts per ridurre la guida in stato di ebbrezza e l’alta velocità ha ottenuto una significativa riduzione degli incidenti e delle morti legate alla guida con alcol (Hingson, McGovern, Howland, Heeren, Winter, & Zakocs, 1996).

Un altro programma di comunità, realizzato in Massachusetts con ragazzi di scuola media e superiore, ha ottenuto incrementi significativi negli atteggiamenti di disapprovazione e nella percezione del rischio, ma anche una significativa riduzione dell’uso di alcol, tabacco e altre droghe (Shaw, Rosati, Salzman, Coles, and McGeary, 1997)

### ***1.3.3 L’efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla famiglia***

Famiglie forti ed efficaci sono requisiti indispensabili per prevenire i problemi dei giovani. Infatti, sebbene l’influenza dei pari abbia ricevuto maggiore attenzione nella spiegazione dei comportamenti disadattivi, alcuni studi dimostrano che la disapprovazione dell’uso di alcol e droghe rappresenta la principale ragione del non utilizzo da parte dei giovani (Johnson, O’Malley & Bachman, 2001). Inoltre, un ambiente familiare positivo (ad es. relazioni positive tra genitori e figli, supervisione e coerenza nell’educazione, comunicazione aperta) sembra essere una condizione essenziale perché non si manifestino comportamenti delinquenti o pericolosi (Ary, Duncan, Biglan, Metzler, Noell, Smolkowski, 1999). Infine, la ricerca sulla

“*resiliency*” suggerisce che il supporto genitoriale è il maggiore fattore di protezione nel favorire la progettualità nei bambini e negli adolescenti e nel promuovere obiettivi positivi per la propria vita (Kumpfer, 1999). Queste acquisizioni suggeriscono la necessità di implementare interventi a livello familiare che sappiano prevenire problemi tra loro interrelati (Jessor, 1993).

A questo proposito, Kumpfer & Alvarado (2003) hanno enunciato tredici principi che regolano l’efficacia degli interventi preventivi di comportamenti problematici dei giovani fondati sullo sviluppo della famiglia.

1. Interventi comprensivi e multi-componenziali risultano più efficaci dei programmi mono-componenziali nell’influenzare una gamma molto ampia di meccanismi e fattori di rischio nei bambini (DeMarsh & Kumpfer, 1985; Kumpfer & Alder, 2003; Taylor & Biglan, 1998; Webster-Stratton & Hammond, 1997).

2. Programmi di prevenzione “*family-focused*”, in genere, ottengono maggiore efficacia di quelli che si focalizzano su singole componenti della famiglia quali il bambino o i genitori, soprattutto se pongono attenzione al riconoscimento ed alla promozione delle risorse, delle capacità di resistenza e dei meccanismi di protezione della famiglia (DeMarsh & Kumpfer, 1985; Dishion & Andrews, 1995).

3. Gli elementi su cui far leva per un’azione efficace sulla famiglia riguardano il potenziamento delle relazioni e della comunicazione nella famiglia e delle capacità di monitoring dei genitori (Ary et al., 1999; Center for Substance Abuse Prevention, 2000; Taylor & Biglan, 1998).

4. I programmi rivolti alla famiglia, per raggiungere risultati durevoli, devono mirare a produrre cambiamenti cognitivi, affettivi e comportamentali nell’ambiente familiare (Kumpfer & Alder, 2003).

5. Interventi di tipo selettivo con famiglie ad alto rischio avranno intensità e durata maggiori di quella necessaria per gli interventi universali (Patterson & Narrett, 1990).

6. I programmi dovrebbero essere adeguati all’età ed alla fase dello sviluppo dei membri della famiglia (Kumpfer & Alder, 2003).

7. I programmi di prevenzione hanno maggiore efficacia se si inseriscono nella fase in cui i membri della famiglia percepiscono necessario il cambiamento (Center for Substance Abuse Prevention, 2000).

8. Se i genitori presentano un elevato grado di disfunzionalità, risultano più efficaci gli interventi che prendono l'avvio in fasi precoci del ciclo di vita (ad esempio nella fase pre-natale o nella prima infanzia) (Webster-Stratton & Taylor, 2001).

9. Adattare l'intervento alle tradizioni culturali della famiglia facilita il reclutamento e la partecipazione e, talvolta, ne migliora l'efficacia (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002; Turner, 2000).

10. Anche la presenza di incentivi è un elemento che facilita il reclutamento e la perseveranza nel programma (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002).

11. L'efficacia dei programmi è altamente influenzata dalla competenza delle componenti dello staff, dalle loro doti umane, dal loro senso di empatia e dalle loro abilità di strutturare le sessioni e di essere direttivi (Alexander, Barton, Schiavo, & Parsons, 1976).

12. Metodologie interattive per lo sviluppo delle abilità sono da privilegiare, sia perché incrementano l'efficacia dei programmi, sia perché aumentano la soddisfazione dei partecipanti, soprattutto se con un basso livello socio-economico (Webster-Stratton, 1994).

13. Infine, instaurare dei rapporti di collaborazione con i partecipanti nel rafforzare la loro capacità identificare le possibili soluzioni consente di sviluppare una relazione supportiva, di ridurre la resistenza al cambiamento e di scongiurare l'abbandono del programma (Sanders & Dadds, 1993; Webster-Stratton & Herbert, 1994).

Kumpfer & Alvarado (2003), indicano il *Family-Skills Training* tra le tipologie di intervento multi-componenziale più efficaci in ambito familiare. Questo approccio tipo comprende il *Parent-Training* Comportamentale, training per lo sviluppo delle *Life Skills* dei figli e sessioni pratiche con la famiglia al completo.

I genitori, attraverso l'osservazione, la pratica diretta e il feedback degli operatori apprendono metodi e strategie per l'educazione dei figli, per incrementare le interazioni positive con i propri figli, per migliorare la comunicazione, per promuovere i comportamenti adattivi e disincentivati i comportamenti disadattivi. I figli, a loro volta, attraverso un training specifico sulle *Life Skills* sperimentano le abilità psico-sociali di base per rapportarsi in modo positivo in famiglia e negli altri contesti di vita. I contenuti riguardano la capacità di gestire le emozioni e lo stress, di

accettare e fornire feedback, di problem solving e presa di decisione, di comunicazione efficace ed assertiva, di gestione delle relazioni e dei conflitti. Nelle sessioni dedicate alla pratica, la famiglia al completo sperimenta le abilità apprese e riceve i feedback necessari per la realizzazione del cambiamento.

Il mantenimento della partecipazione ai programmi (“retention”) di *Family Skills Training* è stata valutata di un terzo maggiore di quella ottenuta con interventi fondati soltanto sul “*Parent-Training*”. Questo approccio inoltre, registra una sempre maggiore diffusione, soprattutto con ragazzi di scuola elementare e media, con i quali ha ottenuto i migliori risultati (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002).

Altri studi sull’efficacia di questo approccio hanno evidenziato risultati diversi per ciascuna delle componenti del programma: in particolare, il *Parent-Training* influenza i disturbi della condotta, il training sulle *Life Skills* migliora la competenza sociale dei ragazzi e le sessioni pratiche con tutta la famiglia potenziano la comunicazione e le relazioni tra i componenti (DeMarsh & Kumpfer, 1985; Kumpfer & Alder, 2003).

#### ***1.3.4. L’efficacia dei programmi di prevenzione “School-based”***

L’obiettivo principale della scuola è di educare gli studenti ad essere aperti alla conoscenza, responsabili, socialmente ben adattati e cittadini partecipi. Gli interventi “School-based” di prevenzione universale e sviluppo del benessere nei giovani rappresentano un sostegno a questo obiettivo ed un valido complemento delle attività didattiche curricolari. Infatti, generare studenti ben preparati nelle materie scolastiche non può prescindere dall’insegnare ad interagire nelle situazioni sociali in modo competente e rispettoso, a mettere in atto comportamenti positivi e sicuri, a fornire un contributo responsabile nel gruppo dei pari, nella famiglia, nella scuola, nella comunità e, infine, a sviluppare le competenze necessarie alla costruzione della loro posizione lavorativa e sociale (Elias, Zins, Weissberg, Greenberg, Haynes & Kessler, 1997).; Jackson & Davis, 2000; Learning First Alliance, 2001; Osher, Dwyer, & Jackson, 2002).

Per raggiungere tali obiettivi, in primo luogo, gli interventi preventivi nella scuola devono agire contestualmente a livello personale, sociale e dell’ambiente scolastico (Eccles & Appleton, 2002; Weissberg & Greenberg, 1998); in secondo luogo,

devono prevedere un'azione formativa coordinata nelle aree sociale, affettiva e dell'apprendimento, che attraversi tutti i gradi della carriera scolastica degli studenti (Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks, Resnik & Elias, 2003).

Tuttavia, se da un lato la scuola ha accresciuto la consapevolezza della necessità di questo tipo di approccio, dall'altro si è assistito alla offerta di iniziative molto frammentate e slegate dalla "mission" e dalle priorità educative della scuola stessa (Sarason, 1996).

A partire da una analisi degli elementi di inefficacia degli interventi preventivi realizzati nella scuola fino a quel momento, il "Fetzer Institute" (1994) ha introdotto il termine "*Social and Emotional Learning* (SEL), allo scopo di sistematizzare in un'unica cornice concettuale i bisogni dei giovani e la risposta che la scuola può fornire loro (Elias et al., 1997).

I programmi di *SEL*, specificamente per ciascuna fase di sviluppo e per la cultura di appartenenza degli studenti, mirano ad incrementare il coinvolgimento degli studenti nelle attività della scuola (McNeeley, Nonnemaker & Blum, 2002; Osterman, 2000) ed a sviluppare le principali abilità psico-sociali degli studenti, quali riconoscere e gestire le loro emozioni, apprezzare la prospettiva degli altri, stabilire obiettivi positivi, prendere decisioni responsabili ed affrontare in modo efficace le relazioni interpersonali (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2003; Lemerise & Arsenio, 2000). Lo sviluppo di tali competenze è inserito all'interno di un progetto di promozione del benessere e della salute che, in modo integrato e coordinato, mira a ridurre i fattori di rischio e a sostenere i fattori di protezione (Mrazek & Haggerty, 1994; Perry, 1999; Weissberg & Greenberg, 1998).

Sono ormai numerosi gli studi che hanno valutato negli anni questo tipo di interventi nella scuola e che ne riferiscono l'efficacia in molteplici aree connesse all'adattamento di bambini e adolescenti. Greenberg e coll. (2003) hanno analizzato alcune rappresentative meta-analisi e sintesi di ricerca di programmi "school-based", delineando quali privilegiati lo sviluppo positivo dei giovani, il benessere psicologico, l'abuso di droghe, i comportamenti antisociali e il successo scolastico. Inoltre, nell'intento di sistematizzarne le esperienze e gli esiti, hanno individuato tre tipologie di interventi: il primo, che promuove cambiamenti nel contesto scolastico;

il secondo, che si focalizza sullo sviluppo personale degli studenti; il terzo, che integra approcci e componenti diverse.

Esperienze di intervento mirate al cambiamento del contesto scolastico sono state realizzate in differenti aree: a) la pianificazione e lo sviluppo organizzativo della scuola (Cook, Farah-Naaz, Phillips, Stettersten, Shagle, & Degirmencioglu, 1999; Cook, Murphy, & Hunt, 2000; Gottfredson, 1986); b) l'apprendimento cooperativo ed il clima di classe e della scuola (Battistich, Schaps, Watson, & Solomon, 1996; Solomon, Battistich, Watson, Schaps, & Lewis, 2000); c) l'aggiornamento delle metodologie didattiche dei docenti e l'incremento del coinvolgimento scolastico dei genitori (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999; Reynolds, Temple, Robertson, & Mann, 2001); d) la costituzione di gruppi di lavoro integrati di docenti, studenti e famiglie per creare un clima di fiducia e collaborazione tra le diverse figure della scuola (Bryk & Schneider, 2002; Felner, Jackson, Kasak, Mulhall, Brand, & Flowers, 1997).

Programmi efficaci di *SEL* che mirano allo sviluppo personale degli studenti hanno riguardato le competenze socio-emotive (Elias, Gara, Schuyler, Branden-Muller, & Sayette, 1991; Greenberg & Kuschè, 1998), l'ambito della promozione della salute (Connell, Turner, & Mason, 1985; Errecart, Walberg, Ross, Gold, Fiedler, & Kolbe, 1991), l'abuso di sostanze (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995) ed i comportamenti violenti (Grossman, Neckerman, Koepsell, Liu, Asher, Beland, et al., 1997) e le gravidanze indesiderate (Allen, Philliber, Herrling, & Kuperminc, 1997).

Infine, numerosi programmi realizzati in collaborazione tra la scuola, la famiglia e la comunità hanno prodotto risultati positivi nella promozione della salute, dei disturbi di condotta, dell'abuso di sostanze e del successo scolastico (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Pentz et al., 1989; Perry, 1999).

#### ***1.3.4.a Promozione della salute mentale***

Una meta-analisi (Durlak & Wells, 1997) di 177 programmi di prevenzione primaria, realizzati nella scuola e rivolti a problemi comportamentali e sociali di ragazzi con età fino a 18 anni, ha individuato un duplice effetto positivo: da un lato, infatti, si è registrato un miglioramento significativo nelle competenze specifiche dei



partecipanti (es. assertività, comunicazione, fiducia in sè e apprendimento scolastico), dall'altro, si sono ridotti problemi di internalizzazione ed esternalizzazione. In particolare, i programmi centrati sullo sviluppo delle abilità emotive e di problem-solving interpersonale, ma anche quelli mirati al cambiamento del contesto scolastico, riportavano effetti migliori, soprattutto nella fascia d'età tra i 2 e i 7 anni.

Greenberg, Domitrovich, and Bumbarger (2001) hanno preso in esame 130 programmi di prevenzione universale, selettiva e specifica (rivolti a bambini e ragazzi tra 5 e 18 anni) con l'obiettivo di individuare gli interventi che avevano valutato rigorosamente i loro effetti su diversi disagi o fattori di rischio. Soltanto 34 programmi hanno incontrato tutti i criteri stabiliti: un disegno di ricerca quasi-sperimentale con un adeguato gruppo di controllo; una valutazione pre- e post-intervento e, preferibilmente un follow-up; un manuale che specifica il modello concettuale e le procedure di intervento; la specificazione delle caratteristiche sociali e comportamentali del gruppo target.

Tra i programmi ben valutati, 14 erano interventi preventivi "*school-based*" di tipo universale in quattro differenti aree: lo sviluppo delle abilità sociali, emotive e cognitive; la prevenzione dei comportamenti violenti; il cambiamento organizzativo della scuola; programmi multi-componenziali. I risultati emersi hanno rappresentato un decisivo progresso nella ricerca applicata all'intervento preventivo nella scuola. In particolare, hanno evidenziato che: a) I programmi a lungo termine assicurano una maggiore durata degli esiti positivi, rispetto ai programmi a breve termine; b) I programmi che si focalizzano su più aree (es. individuale, scolastica e familiare) risultano più efficaci di quelli focalizzati soltanto sull'individuo; c) I programmi finalizzati al miglioramento del clima scolastico o dell'organizzazione scolastica hanno effetti pervasivi sul benessere degli studenti; infine, d) I programmi che ottengono risultati migliori promuovono il cambiamento dei comportamenti nei ragazzi, nei docenti e nei genitori, rafforzano il rapporto tra scuola e famiglia e sostengono la scuola e la comunità a riconoscere e rinforzare i comportamenti competenti e positivi (Greenberg et Al., 2001).

#### ***1.3.4.b L'abuso di sostanze***

Una recente meta-analisi (Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke, & Stackpole, 2000) ha esaminato i risultati di 207 programmi di prevenzione primaria pubblicati tra il 1978 e il 1998. Una classificazione dei programmi studiati distingue tra approcci *non interattivi* (basati solo sull'informazione, su valori decisioni e atteggiamenti, sulla conoscenza e le emozioni) e approcci *interattivi* (basati sull'influenza sociale, sulle *Life Skills* e sui modelli di cambiamento dell'intero sistema). I risultati indicano che i programmi *non interattivi* hanno un impatto significativamente più debole sull'uso di sostanze rispetto ai programmi interattivi basati sulle life skills, che comprendono training sulle abilità di resistere alle pressioni esterne, sul "goal setting", sull'assertività, la comunicazione ed il coping ottengono risultati migliori.

L'impatto più forte sull'abuso di sostanze, tuttavia, viene esercitato dai programmi che mirano a modificare l'intero sistema e che comprendono, interventi di ristrutturazione dei legami tra gli studenti ed il contesto scolastico, di apprendimento cooperativo in piccoli gruppi e di comunicazione tra scuola e famiglia.

I risultati ottenuti dallo studio di Tobler e coll. (2000) hanno evidenziato che l'efficacia dei programmi interattivi dipende dall'intensità e da chi implementa l'intervento. Infatti, i programmi intensivi (16 ore o più) sono risultati più efficaci di quelli brevi (6 ore); inoltre, i programmi implementati da professionisti esterni o dai pari ottengono risultati migliori di quelli implementati dai docenti, sebbene anche questi ultimi siano efficaci.

#### ***1.3.4.c Comportamenti antisociali, abbandono scolastico e uso di droghe***

Una meta-analisi (Wilson, Gottfredson & Najaka, 2001) di 165 studi su programmi di prevenzione realizzati nella scuola ha esaminato interventi focalizzati sulla persona (es. counseling, mentoring, competenza sociale e capacità auto-regolatorie) e interventi focalizzati sul contesto (es. mirati a stabilire norme e aspettative di comportamento o alla gestione della disciplina nella scuola).

I programmi che miravano allo sviluppo delle competenze sociali e di autoregolazione dei ragazzi attraverso l'approccio cognitivo-comportamentali, si

sono dimostrati efficaci nel ridurre i fenomeni di abbandono e drop-out scolastico, di abuso di sostanze e di problemi di condotta. I training prevedevano attività di modellamento, il goal-setting comportamentale e linee guida per comportamenti competenti nei diversi contesti di vita.

I programmi che focalizzano l'intervento sul contesto si sono dimostrati più efficaci nel ridurre i comportamenti delinquenti e l'abuso di droghe, soprattutto con popolazioni a rischio.

I risultati suggeriscono che gli interventi di prevenzione "school-based" dei comportamenti antisociali, dell'abbandono scolastico e dell'uso di droghe, per raggiungere risultati efficaci non devono limitarsi a singole strategie, ma combinare strategie diverse ed implementarle di concerto con le istituzioni scolastiche destinatarie dell'intervento (Wilson e coll., 2001).

#### ***1.3.4.d Profitto scolastico e apprendimento***

Wang, Haertel e Walberg (1997) dopo avere esaminato 179 capitoli e 91 rapporti di ricerca ed intervistato 61 ricercatori nel tentativo di identificare le maggiori determinanti dell'apprendimento, hanno concluso che l'intervento diretto alle determinanti psico-sociali dell'apprendimento può assicurare risultati migliori anche rispetto ad una riforma scolastica. Tra i fattori di influenza che hanno maggiore impatto sull'apprendimento, gli autori hanno identificato variabili socio-emotive come la gestione della classe, il supporto genitoriale, la relazione studente-docente, il gruppo dei pari, il comportamento, la motivazione, la cultura della scuola ed il clima di classe. Altri tipi di influenza come le politiche nazionali o locali, le caratteristiche organizzative della scuola, i programmi didattici e le caratteristiche socio-demografiche degli studenti o della scuola hanno evidenziato una un'influenza minima sull'apprendimento.

In particolare, supportare gli studenti a livello interpersonale e didattico e garantire un clima e un ambiente scolastico produttivi contesto ha prodotto risultati positivi in molteplici aree: a) un rapporto di collaborazione tra docenti e genitori incoraggia e rinforza l'impegno nell'apprendere, il coinvolgimento e i comportamenti positivi; b) una scuola sicura e organizzata crea benessere; c) la cura delle relazioni tra studenti e docenti produce coinvolgimento ed attaccamento alla

scuola; (d) metodologie attive di insegnamento come il “cooperative learning” facilitano l’attenzione e l’apprendimento; e) standard elevati, sia da parte degli adulti che da parte degli studenti, determinano aspettative elevate e sostengono risultati scolastici di elevata qualità.

Sulla base di questi risultati, Zins, Weissberg, Wang e Walberg (2003) hanno concluso che i legami tra i fattori sociali, emotivi e scolastici sono sufficientemente forti da far evolvere l’approccio “*Social and Emotional Learning (SEL)*” in “*Social, Emotional and Academic Learning (SEAL)*”. In prospettiva futura questo nuovo approccio offrirebbe una base concettuale per un intervento preventivo nella scuola che integri negli interventi la promozione del benessere e della salute, lo sviluppo psicologico e sociale ed il successo scolastico.



## Capitolo 2

### La promozione del benessere e della salute nei giovani

#### 2.1. Introduzione

La scienza della prevenzione ha senza dubbio avuto il merito di sistematizzare le esperienze e le conoscenze in merito all'intervento rivolto ai bambini e agli adolescenti. Dai primi approcci all'intervento preventivo dominati dall'attenzione esclusiva alla riduzione o eliminazione di singoli problemi, la scienza della prevenzione ha sempre più considerato i fattori che proteggono i giovani da disagi più ampi, ai contesti sociali che possono influenzarli e alle diverse fasi dello sviluppo in cui possono manifestarsi (Catalano Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2004).

A partire dagli anni 90' si sviluppa un approccio alla prevenzione denominato "Positive Youth Development" (*PYD*), che contrariamente ai precedenti, privilegia le attitudini, le risorse, gli interessi e le potenzialità di ciascuna persona (Catalano et al. 2004). Gli interventi basati su questo approccio cominciano a dare rilievo agli aspetti positivi dello sviluppo dei giovani, promuovendo le abilità necessarie per approdare ad un buon adattamento e sostenendo i contesti significativi nei quali bambini e adolescenti vivono. Bambini e adolescenti non sono più oggetto di interesse in quanto portatori potenziali di problemi, ma piuttosto come dotati di abilità e risorse che consentono loro di interagire con i diversi contesti nei quali vivono come la famiglia, la scuola, il gruppo di amici e la comunità di appartenenza (Damon, W., 2004).

Partendo da questi presupposti gli interventi di *PYD* mirano ad esaltare le potenzialità manifeste piuttosto che le incapacità presunte dei giovani, compresi di coloro che appaiono maggiormente svantaggiati, ai quali si attribuiscono le risorse necessarie per guadagnare le competenza e le capacità che li rendono protagonisti del loro sviluppo.

Catalano e coll. (2002) hanno notato che l'approccio della *Scienza della prevenzione* e quello del *Positive Youth Development* condividono le stesse critiche

agli approcci precedenti alla prevenzione, sostenendo entrambi la necessità del cambiamento in una varietà di ambiti, personali e sociali, che si influenzano tra loro. L'integrazione tra i due approcci appare quindi il percorso ideale che, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e lo sviluppo dei fattori, conduce ad uno sviluppo complessivo dei giovani.

## **2.2. Il “Positive Youth Development”**

I programmi di prevenzione universale che rispondono alla denominazione di “*Positive Youth Development*” rispondono alla necessità di rovesciare il focus della ricerca e dell'intervento che fino a quel momento era prevalentemente rivolto ai problemi che i giovani incontravano nel corso dello sviluppo. Questa visione dei giovani centrata sui problemi ha largamente dominato le diverse professioni di aiuto ma anche i mass media, facendo prevalere l'idea dell'adolescenza come di un periodo carico di rischi in cui i giovani devono aiutarli a non incorrere in gravi problemi per sé e per gli altri.

L'approccio al “*Positive Youth Development*” ha introdotto e sostenuto una visione dei giovani che privilegia le risorse e le potenzialità di sviluppo autonomo che, oltre a favorire la loro affermazione, li mettono in condizione di superare le eventuali difficoltà. In tal modo, non si disconoscono le sfide e le avversità che ogni percorso di sviluppo può contenere, ma si rifiuta l'idea dello sviluppo come processo mirato a superare rischi e ostacoli. Emerge così una visione dei giovani del tutto abili e desiderosi di esplorare il mondo e di acquisire conoscenze e competenze utili per la propria realizzazione (Peterson, 2000).

Già gli studi longitudinali condotti da Garmezy (1983) e le ricerche cross-culturali di Werner (1982) introducevano la nozione di bambino *invulnerabile* anche alle situazioni di vita più stressanti e dotato della forza necessaria per farvi fronte. Benard (1991), estendendo le ricerche precedenti alla popolazione normale dei bambini, riusciva ad affermare che la “resiliency” è solo uno degli elementi che compongono il vasto potenziale adattivo presente in tutti i bambini. Infatti, è durante l'infanzia che si acquisisce l'abilità di porsi degli obiettivi e persistere nel loro raggiungimento, maturano la motivazione ad apprendere, l'orientamento verso il successo e l'aspettativa di benessere, si conquista un senso di coerenza e degli scopi della

propria vita. Infine, con la nozione di *assetti di sviluppo* (Benson, 1997) si fornisce una base più ampia al modello del “Positive Youth Development”. Benson, oltre agli *assetti esterni* quali la famiglia, la scuola e la comunità, indica negli *assetti interni* quali le abilità sociali, l’impegno e il coinvolgimento nell’apprendere, i valori e l’identità positiva, le caratteristiche che rendono i giovani protagonisti di uno sviluppo positivo.

Recentemente, Catalano e coll. (2004) hanno fornito una definizione operativa di “*Positive Youth Development*” (PYD), attraverso una rigorosa analisi della letteratura e dei programmi per la promozione del benessere dei giovani. Gli autori hanno rilevato un vasto consenso, tra gli studiosi e i responsabili della pianificazione e della valutazione di tali programmi, intorno ad una varietà di obiettivi da perseguire per uno sviluppo positivo dei giovani:

- a) Sviluppare legami con la famiglia, il gruppo dei pari la scuola, la comunità o la cultura di appartenenza;
- b) Rafforzare la “resilience” e la capacità di adattamento;
- c) Promuovere competenze sociali, emotive, cognitive, comportamentali e morali;
- d) Favorire l’autodeterminazione;
- e) Promuovere la spiritualità;
- f) Sviluppare l’autoefficacia;
- g) Costruire una chiara e positiva identità;
- h) Accrescere l’ottimismo e le aspettative verso il futuro;
- i) Fornire riconoscimenti per i comportamenti positivi;
- j) Rafforzare le norme prosociali e fornire opportunità per attività prosociali.

Allo scopo di chiarire la rilevanza dei programmi per lo sviluppo globale dei giovani, presentiamo una descrizione degli obiettivi e dei costrutti che contraddistinguono questo approccio:

### ***2.2.1. Sviluppare legami all’interno della famiglia, del gruppo dei pari, della la scuola, della comunità cultura di appartenenza.***

Il termine “*bonding*” definisce l’attaccamento ed il coinvolgimento emotivo che caratterizzano le relazioni sociali che il bambino stabilisce nella famiglia, nel gruppo



dei pari, nella scuola, nella comunità e nella cultura di appartenenza. A partire dai primi studi sull'attaccamento (Ainsworth et al. 1978; Bowlby 1973, 1979, 1982; Mahler, Pine & Bergman 1975), si è attribuita una fondamentale importanza alle prime relazioni con le figure di accudimento, dalla cui qualità dipende la capacità di aver fiducia in sé e negli altri, di rispondere in modo adattivo ai cambiamenti e diventare adulti in modo sicuro e funzionale.

E' all'interno dei diversi sottosistemi familiari e in particolare nella specifica relazione tra genitori e figli, che possono realizzarsi o trovare ostacoli le potenzialità evolutive dell'individuo (Caprara, Scabini, 2000). Se i legami che si sviluppano in famiglia non facilitano l'assunzione di un ruolo adulto, possono diventare fonti di insicurezza e sfiducia (Hauser, Vyera, Jacobson & Werlieb, 1985), fino a creare un vuoto emotivo che l'adolescente potrebbe colmare in altri modi, quali l'abuso di droghe, i comportamenti antisociali o altri disturbi di comportamento (Braucht, Kirby & Berry 1978; Brook, Brook, Gordon, Whiteman & Cohen, 1990; Farrell & Barnes, 1993; Kandel, Kessler & Margulies 1978; Noller, 1994; Noller & Callan, 1990;).

L'importanza di saldi e positivi legami si estende ben oltre la famiglia. La qualità dei primi legami con la figura di attaccamento influenzerà direttamente il modo in cui l'adolescente si rapporterà con i pari, con la scuola, con la comunità e la cultura, oltre a costituire un elemento essenziale per il benessere in età adulta (Brophy 1988; Brophy & Good 1986; Dolan, Kellam & Brown 1989; Hawkins, Catalano & Miller 1992).

Le relazioni tra pari, con la graduale acquisizione delle abilità cognitive e sociali, costituiscono tra le maggiori determinanti sociali della personalità (Caprara, Cervone, 2000), influenzano l'autostima ed il concetto di sé (Bagwell, Newcomb & Bukowski, 1998), promuovono la socializzazione (Harris, 1995, 1998) e l'adattamento (Cairns & Cairns, 1994).

Strategie che promuovano legami positivi, combinati allo sviluppo di abilità, si sono dimostrati elementi essenziali per un intervento efficace con gli adolescenti a rischio di comportamenti antisociali (Caplan et al. 1992; Dryfoos 1990).

### **2.2.2. Accrescere la “resiliency” e la capacità di adattamento**

La “resilience” rappresenta la capacità dell’individuo di adattarsi ai cambiamenti ed agli eventi stressanti in modo sicuro e flessibile. La derivazione latina del termine aiuta a superare la mancanza di un suo omologo nella lingua italiana: infatti, con “*resiliens*” si indicava la proprietà delle materie elastiche di recuperare la condizione originaria dopo uno stato di tensione (Caprara, Steca, Capanna e Caprara, 2004). Nell’ambito di uno approccio “*person-centered*” allo studio della personalità, Block (1971; 1980) ha introdotto il costrutto di “*ego-resiliency*” per indicare la capacità della persona di modulare l’espressione o l’inibizione dei propri affetti (“*ego-control*”) in accordo con le richieste dell’ambiente circostante, allo scopo di preservare o aumentare l’equilibrio del sistema (Block e Kremen, 1996).

Altri autori (Rutter; 1985; Garmezy; 1991; Bandura, 1997; John e Srivastava, 1999), sia pure da prospettive teoriche diverse, hanno utilizzato il concetto di “*resilience*” in relazione al buon adattamento dell’individuo, convergendo sulla capacità di far fronte a situazioni difficili e di impiegare in maniera flessibile le proprie risorse.

Studi recenti hanno identificato nella “*resilience*” un importante fattore di protezione per i bambini e gli adolescenti esposti a fattori multipli di rischio, che consente di rispondere con successo alle sfide e di apprendere da tali successi come affrontare ulteriori prove (Chalk & Phillips, 1996; Hawkins, Catalano, Morrison, et al. 1992; Masten, Best & Garmezy, 1990; Rutter 1985; Werner 1989, 1995). Uno studio recente nel contesto italiano hanno evidenziato come l’“*ego-resiliency*”, in associazione con altre importanti variabili personali e familiari contribuisca a neutralizzare gli stati depressivi negli adolescenti (Pastorelli, Gerbino, Vecchio, Paciello, Picconi, in press).

### **2.2.3. Promuovere le competenze sociali, emotive, cognitive, comportamentali e morali**

Le competenze implicate nello sviluppo positivo dei giovani attengono a cinque aree di funzionamento: *sociale, emotivo, cognitivo, comportamentale e morale*. La crescente consapevolezza di promuovere e sostenere molteplici ambiti di competenza (Gardner 1993; Zigler & Berman 1983), ha portato Weissberg e Greenberg (1997) a

sostenere che la ricerca dovrebbe considerare e quindi misurare la competenza come un esito di sviluppo. Infatti, se da un lato la competenza può aiutare a prevenire specifici esiti negativi (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995), dall'altro può essere considerata come un importante indicatore di sviluppo positivo. Recentemente, si è cercato di intensificare gli sforzi verso la promozione di molte competenze per lo sviluppo di abilità che integrino gli affetti (competenza emotiva) con il pensiero (competenza cognitiva) e l'azione (competenza comportamentale) e forniscano aiuto ai ragazzi nel conseguire specifici obiettivi (Catalano et. al., 2004).

a) *Competenze sociali*: si riferiscono alla gamma di abilità interpersonali che aiutano i giovani a trovare un'integrazione tra affetti, pensiero e comportamenti nel conseguire specifici obiettivi sociali (Caplan et al. 1992; Weissberg, Caplan & Sivo 1989). Queste abilità comprendono la capacità di decodificare e interpretare in maniera adeguata le situazioni ed il contesto sociale, di generare soluzioni efficaci, di anticipare in modo realistico le conseguenze ed i potenziali ostacoli alle proprie azioni, di tradurre le decisioni sociali in comportamenti efficaci (Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence 1994). Già negli anni '80, una rassegna di 650 studi sui fattori di rischio biopsicosociali e gli interventi preventivi (Kornberg & Caplan, 1980), ha concluso che gli interventi per lo sviluppo delle competenze e la promozione dei comportamenti adattivi rappresentano uno dei più significativi sviluppi della ricerca sulla prevenzione primaria. In generale, i programmi per lo sviluppo delle competenze sociali privilegiano: 1) le abilità e le conoscenze appropriate per una determinata fase dello sviluppo; 2) il valore della prosocialità e della salute; 3) la creazione di ambienti supportivi e opportunità per sperimentare le abilità apprese in attività sociali (Hawkins & Weis 1985).

b) *Competenza emotiva*: è quella abilità che permette di identificare e rispondere ai sentimenti ed alle reazioni emotive proprie e degli altri. Salovey e Mayer (1990) hanno identificato cinque elementi che attengono alla competenza emotiva: riconoscere le proprie emozioni, gestire ed esprimere le emozioni, motivare se stessi, riconoscere le emozioni degli altri e curare le relazioni.

Il "W. T. Grant Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence" (1992) ha identificato diverse "skills" emotive alla base di molti programmi di prevenzione, tra le quali, la capacità di identificare e definire le

emozioni, di gestire le emozioni negative ed esprimere le emozioni positive, di valutarne l'intensità, di differire la gratificazione, di controllare gli impulsi e ridurre lo stress".

*c) Competenze cognitive:* il W. T. Grant Consortium (1992) ha distinto due aspetti della competenza cognitiva. Il primo si riferisce all'abilità di leggere ed interpretare le situazioni, di strutturare processi di soluzione dei problemi e di presa di decisione, di riconoscere la prospettiva dell'altro, di avere atteggiamenti positivi verso la vita e, infine di avere consapevolezza di sé. Il secondo aspetto si riferisce all'utilizzo della logica, del pensiero analitico e del ragionamento astratto e si estrinsecano maggiormente nell'apprendimento scolastico ed nelle attività intellettuali.

*Competenze comportamentali:* La competenza comportamentale si riferisce all'azione efficace. Il W. T. Grant Consortium (1992) ha distinto: a) la comunicazione non verbale (attraverso le espressioni facciali, il tono della voce, il modo di abbigliarsi, il modo di gesticolare ed il contatto visivo); b) la comunicazione verbale (fare richieste chiare, rispondere in modo efficace alle critiche, esprimere in modo chiaro le emozioni); c) l'azione (aiutare gli altri, allontanarsi dalle situazioni negative, prendere parte ad attività positive).

*Competenza morale:* La competenza morale è l'abilità dei giovani di valutare e rispondere alle dimensioni etiche, affettive e di giustizia sociale che le situazioni richiedono. Piaget (1952, 1965) ha descritto la maturità morale come il rispetto delle regole ed il senso di giustizia sociale.

Kohlberg (1963, 1969, 1981) ha definito lo sviluppo morale in termini di un processo che attraverso diversi stadi conduce i bambini ad acquisire gli standard di ciò che la società definisce giusto o sbagliato, focalizzandosi sulle scelte fatte di fronte ai dilemmi morali.

Hoffman (1981) ha collocato le radici della moralità nell'empatia (o attivazione empatica), che ha una base neurologica e può essere sviluppata o soppressa dalle influenze ambientali. Egli ha inoltre sostenuto che l'attivazione empatica si configura come un importante mediatore dell'altruismo, qualità che molti interventi cercano di promuovere tra i giovani.

Infine, secondo Bandura (1991) il ragionamento morale è tradotto in azioni mediante meccanismi di autoregolazione, attraverso i quali l'individuo esercita la

*Moral Agency*, ovvero la capacità di agire moralmente. Bandura individua anche gli otto meccanismi che indeboliscono il controllo morale e giustificano i comportamenti violenti: giustificazione morale, etichettamento eufemistico, confronto vantaggioso, spostamento della responsabilità, diffusione della responsabilità, de-umanizzazione della vittima, non considerazione e distorsione delle conseguenze.

#### **2.2.4. Favorire l'autodeterminazione**

L'autodeterminazione è l'abilità di credere in sé stessi e di intraprendere azioni coerenti con ciò che si pensa o, come è stata definita da alcuni autori (Fetterman, Kaftarian e Wandersman, 1996), l'abilità di disegnare il proprio percorso. Molta letteratura sull'autodeterminazione deriva dal lavoro con i giovani disabili (Brotherson, Cook, Cunconan, & Wehmeyer, 1995; Field 1996; Sands & Doll 1996; Wehmeyer 1996) e dagli studi sull'identità culturale realizzati con minoranze etniche (Snyder & Zoann, 1994; Swisher 1996). Mentre alcuni studiosi hanno messo in evidenza come l'autodeterminazione può favorire lo sviluppo individuale a spese dei valori orientati al gruppo (Ewalt & Mokuau 1995), altri autori hanno legato l'autodeterminazione al bisogno psicologico innato di competenza, autonomia e relazione (Deci & Ryan 1994).

#### **2.2.5. Promuovere la spiritualità**

Una definizione capace di catturare sia le componenti della religiosità, sia le forme non tradizionali di spiritualità, sembra essere quella che descrive la *spiritualità* come "tutto ciò che è connesso alla natura dello spirito; tutto ciò che attiene o influenza l'anima; tutto ciò che riguarda Dio; tutto ciò che appartiene alla chiesa o alla religione" (Berube et al. 1995). Il costrutto di spiritualità è stato associato in alcune ricerche allo sviluppo del ragionamento morale dei giovani, al coinvolgimento morale o al credere in un ordine morale (Hirschi 1969; Stark & Bainbridge 1997). Studi recenti che hanno preso in esame il rapporto tra religiosità e benessere degli adolescenti, hanno trovato che la religiosità correla positivamente con i valori ed i comportamenti prosociali e negativamente con l'ideazione ed i tentativi di suicidio,

l'abuso di sostanze, i rapporti sessuali precoci ed i comportamenti delinquenti (Benson 1992; Benson, Donahue & Erickson 1990; Donahue & Benson 1995).

### **2.2.6. *Sviluppare l'auto-efficacia***

Le convinzioni di autoefficacia corrispondono al grado in cui una persona ritiene di essere all'altezza di determinate situazioni, di risolvere con successo certi problemi, di essere capace di far fronte a varie difficoltà, di poter resistere a talune avversità (Bandura, 1997). È la percezione della propria efficacia personale che, nei diversi contesti ed attività, attesta e alimenta la capacità individuale di orchestrare al meglio il proprio rapporto con la realtà, traendo il massimo vantaggio dalle potenzialità individuali e dalle opportunità ambientali. Tuttavia, il senso di efficacia personale non corrisponde ad una disposizione individuale o ad un atteggiamento generale verso se stessi, come la ricerca di competenza o l'autostima. Essa è la risultante di convinzioni e di aspettative specifiche, di mete e di standard che regolano la condotta in un particolare ambito di attività e che traggono la propria legittimità dalle lezioni dell'esperienza (Caprara & Cervone, 2000).

Alcuni studi hanno documentato che più forte è la convinzione di autoefficacia, più elevati sono gli obiettivi che le persone si assegnano e più stabile è il loro coinvolgimento (Caprara, 1996; Locke & Latham, 1990). I risultati più rilevanti degli studi realizzati nel contesto italiano sono presentati nell'introduzione allo studio 1.

### **2.2.7. *Costruire una identità chiara e positiva***

Una identità chiara e positiva riflette l'organizzazione interna di un senso coerente del sé (Erikson, 1968). Secondo le concettualizzazioni di Erikson, l'identità è una organizzazione interna, auto-determinata e dinamica di energie, abilità, credenze e storia individuale, che emerge dalla superamento delle normali crisi e sfide insite in ciascuno stadio di sviluppo del bambino. Erikson ha descritto inoltre la progressione dei diversi stadi dello sviluppo psicosociale che influenzano il senso di identità del bambino nel corso di tutta la vita, ma che risultano critici nei primi venti anni di vita. La completa acquisizione dell'identità dipende dal superamento positivo dei precedenti stadi di sviluppo.

Differenze di genere caratterizzano gli stadi di sviluppo nella preadolescenza e nell'adolescenza, rivelando una serie di aspetti dell'identità delle ragazze che non trovano un parallelo nei ragazzi (Gilligan 1982). Alcune ricerche si sono focalizzate sullo studio dello sviluppo di una identità positiva di giovani omo- o bi-sessuali (Johnston & Bell 1995). Altre ricerche effettuate con giovani di colore, hanno evidenziato che lo sviluppo di un'identità positiva che favorisca il buon funzionamento psicologico è intimamente legato allo sviluppo di una identità etnica (Mendelberg 1986; Parham & Helms 1985; Phinney 1990, 1991; Phinney, Lochner & Murphy 1990; Plummer 1995), all'identificazione biculturale (Phinney & Devich Navarro 1997) e alla competenza biculturale o trans-cultural (LaFromboise, Coleman & Gerton 1993; LaFromboise & Rowe 1983). Alcuni autori hanno suggerito che è molto importante rendere consapevoli i giovani appartenenti a minoranze etniche delle molteplici richieste ed aspettative sia della cultura maggioritaria che di quella minoritaria (Spencer & Markstrom Adams 1990; Spencer 1990). Questo processo può costituire un fattore psicologico di protezione che, attraverso il senso di identità, aiuta la persona a cogliere i punti di forza della propria cultura ed a neutralizzare esperienze di razzismo ed altri fattori di rischio (Hill, Piper & Moberg 1994). Inoltre, contribuisce a rafforzare i legami prosociali con gli adulti, i quali, a loro volta, possono aiutare i giovani a contrastare la violenza interpersonale che può verificarsi nel gruppo dei pari (Hill, et al., 1994; Wilson 1990).

### **2.2.8. *Accrescere l'ottimismo***

Una definizione utile, proposta dall'antropologo Lionel Tiger (1979), definisce l'ottimismo "un atteggiamento connesso all'aspettativa di eventi futuri, sociali o materiali, ritenuti socialmente desiderabili per un vantaggio o un piacere personale.

Scheier e Carver (1985) hanno sostenuto una concezione disposizionale dell'ottimismo come tendenza generalizzata ad aspettarsi eventi favorevoli nella propria vita. In particolare, coloro che si impegnano in un obiettivo e si aspettano esiti positivi hanno maggiori probabilità di conseguirlo; al contrario, coloro che hanno aspettative di fallimento tenderanno a distogliere il loro impegno da quell'obiettivo.

Studi sul benessere soggettivo hanno evidenziato che l'ottimismo è fortemente associato alla soddisfazione di vita, all'affettività positiva e all'affettività negativa (Lucas, Diener & Suh, 1996) e contribuisce a mantenere elevati livelli di benessere soggettivo in situazioni di stress (Scheier & Carver, 1992).

Altri studi (Scheier, Weintraub & Carver, 1986) hanno rilevato che le persone ottimiste adottano strategie di coping più efficaci: infatti, sono orientate alla soluzione del problema, cercano attivamente il sostegno sociale ed esaltano gli aspetti positivi anche nelle situazioni difficili. Al contrario, i pessimisti tendono ad enfatizzare le situazioni stressanti e ad abbandonare l'obiettivo.

Questo costrutto è legato anche agli studi sul goal-setting, sull'aspirazione ad una più elevata formazione scolastica e all'impiego lavorativo. Come afferma Prothrow-Stith (1991) avere un futuro fornisce ai giovani le ragioni per mettersi alla prova e valorizzare la propria vita. Alcuni studi hanno dimostrato che aspettative positive verso il futuro predicono un migliore adattamento sociale ed emotivo a scuola; inoltre, costituiscono un fattore protettivo nel ridurre gli effetti negativi dello stress elevato sulla propria valutazione di competenza (Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993).

### **2.2.9. Fornire riconoscimenti per i comportamenti positivi**

Il riconoscimento per l'impegno in attività positive è la risposta dell'ambiente a comportamenti socialmente desiderabili da parte dei giovani. In accordo con la teoria social-cognitiva, il comportamento è in larga misura una conseguenza della presenza o assenza di un rinforzo dopo un'azione. Il comportamento può essere rinforzato attraverso una ricompensa (rinforzo positivo) o l'evitamento di una punizione (rinforzo negativo), ma anche attraverso la mancanza di risposte contrarie (punizione positiva) o la perdita di ricompense (punizione negativa) (Akers, Krohn, Lanza-Kaduce, & Radosevich, 1979; Bandura 1997). Il rinforzo influenza la motivazione individuale ad impegnarsi in comportamenti simili nel futuro. Gli effetti sul comportamento saranno maggiori se il rinforzo proviene dal proprio ambiente sociale, quale la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola o la propria comunità (Akers et al. 1979).



### ***2.2.10. Fornire opportunità per attività prosociali e promuovere norme prosociali***

L'opportunità di essere coinvolti in azioni prosociali è costituita da eventi o attività che, nei differenti ambienti sociali, incoraggiano i giovani a prendere parte ad attività di aiuto e solidarietà. Fornire opportunità prosociali nelle ore non scolastiche ha rappresentato l'obiettivo di molti studi (Carnegie Council on Adolescent Development 1992; Pittman 1991). Perché un bambino possa acquisire abilità interpersonali nelle prime fasi dello sviluppo, è necessario che siano disponibili opportunità di interazione con gli altri e di partecipazione in attività comuni (Hawkins et al. 1987; Patterson, Chamberlain & Reid 1982). Durante l'adolescenza, assume particolare importanza per i giovani avere l'opportunità di interagire con coetanei ben adattati e di rivestire ruoli nei quali possano dare un contributo al gruppo, sia esso la famiglia, la scuola, il quartiere, il gruppo dei pari o la comunità più ampia (Dryfoos 1990). I programmi che promuovono norme prosociali mirano ad incoraggiare i giovani ad assumere credenze positive e chiari standard di comportamenti attraverso un'ampia gamma di approcci (Hawkins, Catalano & Miller 1992). Tra i diversi approcci, *quello informativo* fornisce ai giovani dati che rivelano l'esiguità dei loro coetanei che fanno uso di sostanze illegali, in modo da indurli a capire che essi non è necessario di far uso di droghe per sentirsi "normali". Altri approcci, di *tipo partecipativo*, mirano ad incoraggiare i giovani a prendere l'impegno esplicito, in presenza del gruppo dei pari o dei loro insegnanti, a non far uso di droghe o a non saltare la scuola; coinvolgono i ragazzi più grandi nel mostrare buoni standard di comportamento ai ragazzi più piccoli; spingono i giovani ad individuare obiettivi di sviluppo personale e gli standard che li aiuteranno a raggiungere questi obiettivi.

### **2.3. Efficacia dei programmi di “*Positive Youth Development*”**

Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002, 2004), attraverso un esame sistematico della letteratura sui programmi di “*Positive Youth Development*” (*PYD*), hanno realizzato una rassegna dei programmi che perseguivano uno o più obiettivi di *PYD*, che si rivolgevano a bambini e adolescenti senza particolari problemi psicosociali e che comprendevano più ambiti sociali (famiglia, scuola, gruppo dei pari, ecc.). Gli autori, partendo da 161 programmi, hanno selezionato i 77 programmi che adottavano chiari criteri di valutazione, con particolare riferimento al disegno di ricerca ed alle misure di esito, ad una dettagliata descrizione dell’implementazione, dell’intervento, della popolazione target, delle metodologie di ricerca e dei risultati. Tra questi programmi soltanto 25 utilizzavano costrutti di “*Positive Youth Development*” ed incontravano i criteri di inclusione nella rassegna. Nei paragrafi seguenti prenderemo in esame le caratteristiche di efficacia di questi programmi, distinguendoli in programmi rivolti ad un singolo contesto, programmi rivolti a due contesti e programmi rivolti a tre contesti.

#### **2.3.1. Programmi riferiti ad un singolo contesto sociale**

Tra i programmi di *PYD* realizzati in un unico contesto sociale, due sono stati realizzati nell’ambito della comunità (“*Big Brothers/Big Sisters*” e “*Bicultural Competence Skills*”) e sei nell’ambito scolastico (“*Growing Healthy*”, “*Know Your Body*”, “*Children of Divorce*”, “*Life Skills Training*”, “*The PATHS Project*” e “*Project ALERT*”). I due programmi realizzati nella comunità miravano, con approcci differenti, a costruire relazioni, competenze e un’identità positiva nei ragazzi. In particolare, il “*Bicultural Competence Skills*”, adottava un approccio basato sulle abilità e le competenze, mentre il “*Big Brothers/Big Sisters*” era un programma di “*mentoring*”. Entrambi utilizzavano disegni di ricerca sperimentale e assegnazione randomizzata dei bambini ai gruppi di intervento e di controllo. Per quanto riguarda la promozione di buone relazioni, il “*Big Brothers/Big Sisters*” concentrava la propria attenzione sui legami con gli adulti, mentre il “*Bicultural Competence Skills*” sul rafforzamento dei legami che i bambini appartenenti a due culture diverse instauravano, sia con la cultura maggioritaria, che con quella minoritaria. Per quanto riguarda la promozione di competenze, il “*Bicultural*

*Competence Skills*” si basava su training per lo sviluppo di specifiche abilità, mentre il “*Big Brothers/Big Sisters*” si basava sullo sviluppo di un solido legame tra adulto e bambino nella relazione di mentoring. In entrambi i programmi, la valutazione ha evidenziato diversi esiti positivi per i giovani partecipanti, quali maggiore auto-controllo ed assertività, strategie di coping efficaci ed adattive per fronteggiare la pressione dei coetanei (“*Bicultural Competence Skills*”), miglioramento della partecipazione e della prestazione scolastica, migliori relazioni con i genitori e maggiore sostegno emotivo da parte dei coetanei (“*Big Brothers/Big Sisters*”). Nei due programmi, infine, sono stati ridotti o prevenuti comportamenti problematici quali l’abuso di sostanze e solo nel “*Big Brothers/Big Sisters*”, i comportamenti violenti, il marinare la scuola e il dire bugie.

I sei programmi di *PYD* realizzati nel *contesto scolastico* possono essere distinti in due tipologie: programmi di promozione della salute e programmi per lo sviluppo di competenze. Tutti i sei programmi hanno adottato costrutti e strategie di *PYD* allo scopo di incidere sul comportamento dei bambini, ponendo l’enfasi principale sull’acquisizione, da parte dei bambini, delle abilità necessarie per produrre i cambiamenti comportamentali desiderati. Le strategie utilizzate si fondavano sulle opportunità di apprendere nuove informazioni e nuove conoscenze e sperimentare praticamente specifiche “*skills*” (ad es. strategie di coping, presa di decisione, self-management, tolleranza alla frustrazione, controllo degli impulsi, assertività, *life skills*, apprendimento scolastico). Ad eccezione del programma “*Children of Divorce*”, che era un intervento a breve termine per lo sviluppo di fattori di protezione in bambini figli di genitori separati, gli altri cinque programmi (“*Growing Healthy*”, “*Know Your Body*”, “*Life Skills Training*”, “*The PATHS Project*” e “*Project ALERT*”) sono stati realizzati nell’arco di più anni ed hanno previsto disegni di ricerca sperimentali e con l’assegnazione randomizzata dei bambini nei gruppi di intervento e di controllo.

Nei tre programmi che miravano allo sviluppo di competenze il follow-up a lungo termine era parte integrante del modello di valutazione, ma soltanto in due casi ha evidenziato effetti positivi nel tempo (“*PATHS*” e “*Life Skills Training*”).

La valutazione dei programmi di promozione della salute ha messo in luce cambiamenti significativi e nel versante desiderato, sia per i comportamenti positivi

che per quelli problematici, in ciascuno dei programmi considerati. In particolare si sono registrati miglioramenti rilevanti negli atteggiamenti e nelle conoscenze sulla salute (*Growing Healthy*) e sui relativi comportamenti (“*Know Your Body*”, “*Growing Healthy*”); maggiori assertività, socievolezza, capacità di problem-solving e tolleranza alla frustrazione (“*Children of Divorce*”); maggiore accettazione delle norme prosociali in adolescenti con problemi di abuso di sostanze (“*Life Skills Training*” e “*Project ALERT*”); migliori abilità interpersonali e nella presa di decisione (“*Life Skills Training*”); più elevata capacità di gestire le proprie reazioni ed i propri comportamenti, maggiori convinzioni di autoefficacia nel trovare soluzioni adeguate ai problemi e maggiore empatia (“*PATHS*”). Questi interventi si sono altresì dimostrati efficaci nel ridurre o prevenire comportamenti problematici nei ragazzi. In particolare sono stati rilevati effetti positivi nel cambiamento delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti relativi al fumo di sigarette (“*Know Your Body*”, “*Growing Healthy*”, “*Life Skills Training*” e “*Project ALERT*”) ed all’abuso di sostanze (“*Life Skills Training*” e “*Project ALERT*”) e nei comportamenti aggressivi e nella gestione dei conflitti (“*PATHS*”).

### **2.3.2. Programmi riferiti a due contesti sociali**

Tra i programmi che hanno previsto interventi congiunti in due diversi contesti sociali, sette sono stati realizzati nella famiglia e nella scuola (“*Child Development Project*”, “*Fast Track*”, “*Metropolitan Area Child Study*”, “*Reducing the Risk*”, “*Seattle Social Development Project*”, “*Social Competence Promotion Program for Young Adolescents*” e “*Success for All*”), mentre uno è stato realizzato nella scuola e nella comunità (“*Teen Outreach*”).

Tra i sette programmi realizzati nella famiglia e nella scuola, cinque hanno avuto una durata di più anni ed hanno utilizzato un disegno di ricerca quasi-sperimentale; due hanno utilizzato disegni sperimentali (“*Fast Track*” e “*Metropolitan Area Child Study*”).

I programmi di *PYD* nella scuola e nella famiglia tipicamente promuovono le competenze psicosociali dei giovani e facilitano la relazione con i genitori e gli altri membri della famiglia. La scuola di solito costituisce il principale setting per implementare le abilità dei giovani; la combinazione delle due componenti consente

di promuovere le strategie di educazione dei genitori all'interno del contesto scolastico, di implementare programmi nel setting familiare, incrementare l'acquisizione da parte dei bambini di nuove abilità e, infine, assicurare la partecipazione dei genitori ai programmi.

I programmi realizzati nella scuola e nella famiglia cercano di introdurre i costrutti di *PYD* in entrambi i setting. In particolare, mentre per i bambini diventano una opportunità per apprendere abilità o strategie psicosociali importanti per lo sviluppo, per i genitori costituiscono l'occasione privilegiata per costruire competenze di tipo familiare, per incrementare la propria autoefficacia genitoriale, per stabilire buoni legami tra il bambino e la famiglia, per il coinvolgimento nell'intervento e per la promozione di norme prosociali nella famiglia.

I risultati emersi hanno evidenziato per tutti i programmi significativi miglioramenti nei comportamenti adattivi e positivi dei partecipanti, ma anche significative diminuzioni di comportamenti problematici. Per quanto riguarda i comportamenti positivi, i miglioramenti registrati nei ragazzi hanno riguardato la maggiore accettazione sociale e la collaborazione tra pari (*Child Development Project; Fast Track, Social Competence Promotion Program*); la migliore comunicazione con i genitori e la maggiore autoefficacia nelle pratiche di contraccezione (*Reducing the Risk*); il più elevato rendimento scolastico ed il maggiore attaccamento verso la scuola (*Seattle Social Development Project*); la maggiore capacità di trovare soluzioni creative ed efficaci ai problemi (*Social Competence Promotion Program*); lo sviluppo di competenze cognitive per il conseguimento del successo scolastico (*Success for All*); infine, la maggiore accettazione dell'autorità, il miglioramento del clima e della concentrazione in classe, una più appropriata espressione delle emozioni (*Fast Track*).

Questi interventi, inoltre, hanno avuto un impatto significativo sulla riduzione o la prevenzione di problemi di comportamento. I risultati più rilevanti si riferiscono alla prevenzione dell'uso di alcool (*Child Development Project e Seattle Social Development Project*) e del fumo di sigarette (*Child Development Project*), alla diminuzione del grado e della frequenza di comportamenti aggressivi e delinquenti (*Fast Track, Metropolitan Area Child Study, Seattle Social Development Project e Social Competence Promotion Program*), alla riduzione dei

comportamenti sessuali a rischio (*Reducing the Risk and Seattle Social Development Project*).

Infine, il programma “*Teen Outreach*” è stato realizzato nella scuola e nella comunità. Si tratta principalmente di un intervento “school-based” per la promozione di abilità di sviluppo positivo nella scuola attraverso il supporto dei servizi della comunità locale. L’intervento si è rivelato efficace per i giovani partecipanti soprattutto nel rendimento scolastico e nella riduzione di gravidanze precoci.

### **2.3.3. Programmi riferiti a tre contesti sociali**

*Tra i programmi che hanno considerato tre contesti sociali differenti, sette sono stati realizzati nella famiglia, nella scuola e nella comunità (“Across Ages”, “Adolescent Transitions Project”, “Midwestern Prevention Project”, “Project Northland”, “Responding in Peaceful and Positive Ways”, “Valued Youth Partnership” e “Woodrock Youth Development Project”), uno ha riguardato la famiglia, la chiesa e la comunità (“Creating Lasting Connections”), uno la scuola, il posto di lavoro e la comunità (“Quantum Opportunities”).*

Tra i programmi rivolti alla famiglia, alla scuola e alla comunità, cinque hanno utilizzato disegni di ricerca sperimentali (“*Across Ages*”, “*Adolescent Transitions Project*”, “*Project Northland*”, “*Responding in Peaceful and Positive Ways*” e “*Woodrock Youth Development Project*”), mentre gli altri due hanno utilizzato disegni quasi-sperimentali (“*Midwestern Prevention Project*” e “*Valued Youth Partnership*”).

Questi programmi, utilizzando le risorse e le opportunità messe a disposizione dalla comunità locale e dalla scuola, hanno promosso la partecipazione e l’integrazione tra genitori, ragazzi e altri membri della comunità. Tutti i programmi si sono caratterizzati per l’introduzione di fattori di protezione nei tre contesti, promuovendo nei ragazzi e nei genitori le abilità e le competenze già riscontrate nei precedenti programmi e utilizzando la comunità come elemento catalizzatore delle strategie di integrazione.

Anche questo tipo di interventi ha prodotto risultati rilevanti per lo sviluppo positivo dei giovani. In particolare, si sono rivelati efficaci nello sviluppo di atteggiamenti positivi verso le persone adulte e verso i servizi erogati dalla comunità

locale (*“Across Ages”*); hanno potenziato le abilità sociali dei partecipanti (*Adolescent Transitions*) e la loro partecipazione alla vita scolastica (*“Across Ages”*); hanno ottenuto un miglioramento nelle convinzioni di autoefficacia dei giovani nel rifiutare l’uso di sostanze (*“Project Northland”*); hanno consentito ai partecipanti di raggiungere più elevati livelli di scrittura e di competenze cognitive (*“Valued Youth Partnerships”*); infine, hanno migliorato la relazione e la percezione di ragazzi di culture diverse (*“Woodrock”*).

Risultati positivi sono stati raggiunti anche nell’ambito dei comportamenti problematici dei ragazzi. In particolare, quattro programmi hanno ottenuto significativi cambiamenti nell’atteggiamento e nel comportamento rispetto all’uso di sostanze (*“Across Ages”*, *“Midwestern Prevention Project”*, *“Project Northland”* e *“Woodrock”*); un programma ha modificato le interazioni disfunzionali all’interno della famiglia, riducendone i livelli di conflitto (*“Adolescent Transitions”*); due programmi hanno contrastato efficacemente l’abbandono scolastico (*“Responding in Peaceful”* e *“Positive Ways”* e *“Valued Youth Partnerships”*); due programmi hanno contribuito a ridurre sia gli atteggiamenti che i comportamenti di tipo aggressivo e violento (*“Adolescent Transitions”*, *“Responding in Peaceful”* e *“Positive Ways”*); infine, tre programmi, hanno ottenuto risultati positivi rispetto all’uso di sigarette, marijuana ed alcol (*“Midwestern Prevention Project”*, *“Project Northland”* e *“Woodrock”*).

Il programma che ha coinvolto la famiglia, la chiesa e la comunità (*“Creating Lasting Connections”*), ha focalizzato la propria attenzione sulla gran parte dei costrutti di PYD descritti nel paragrafo precedente (competenze sociali, emotive, cognitive, comportamentali e morali dei ragazzi, buone relazioni, “resiliency”, self-efficacy, spiritualità, riconoscimento per i comportamenti prosociali, identità positiva, norme prosociali e coinvolgimento in attività prosociali e auto-determinazione). L’intervento ha reso i giovani partecipanti più capaci di utilizzare i servizi della comunità nel caso di problemi personali o familiari.

Il programma che ha coinvolto la scuola, il posto di lavoro e la comunità (*“The Quantum Opportunities Program”*) ha indirizzato il proprio focus sulle stesse competenze del programma precedente, attribuendo particolare importanza alle aspettative verso il futuro. La valutazione del programma ha evidenziato esiti positivi

in molti dei costrutti di *PYD* misurati. In particolare, gli studenti della scuola superiore hanno ottenuto valutazioni scolastiche migliori rispetto al gruppo di studenti che non hanno partecipato a programma; gli stessi studenti hanno ottenuto risultati migliori anche negli studi universitari.

#### ***2.3.4. Sintesi dei risultati ottenuti nei programmi di “Positive Youth Development”***

Catalano e coll. (2004), nel sottolineare l'efficacia dei venticinque programmi esaminati, hanno individuato tre costrutti di *PYD* utilizzati trasversalmente in tutti i programmi: la competenza, l'autoefficacia e le norme prosociali. Diversi altri costrutti sono stati utilizzati in oltre la metà dei programmi: opportunità di impegnarsi in attività prosociali (88%), riconoscimento per i comportamenti positivi (88%), creazione e rafforzamento di buoni legami (76%); costruzione di un'identità positiva, auto-determinazione, orientamento verso il futuro, resiliency e spiritualità (50%).

Un altro dei criteri indispensabili che un programma di *PYD* deve rispettare riguarda *una valutazione* adeguata della riduzione di comportamenti problematici o dell'incremento di comportamenti positivi. Nei programmi esaminati, infatti, le misure di “*problem behaviors*” erano presenti nel 96% degli interventi, mentre nel 76% dei programmi che utilizzavano misure di comportamenti problematici erano presenti anche misure di esiti positivi. Questo suggerisce che per avere una valutazione completa ed affidabile degli esiti dei programmi di *PYD* è necessario utilizzare entrambi i tipi di misura. E' l'integrazione delle diverse misure di esito che consente di comprendere meglio gli effetti del programma su tutte le aree di sviluppo dei giovani.

La presenza di *curricula ed attività ben strutturate* assicura, ai programmi di *PYD*, la replicabilità in contesti diversi. Tra i programmi esaminati il 96% presentavano un curriculum o un programma di attività ben definito.

Un'altra variabile importante per l'efficacia dei programmi di *PYD* riguarda *la durata* dell'intervento. L'80% dei programmi che hanno dimostrato una loro efficacia avevano una durata di almeno nove mesi; molti di questi, infatti, sono stati realizzati nel contesto scolastico e hanno rispecchiato la durata dell'anno scolastico.



Infine, *la qualità dell'implementazione* è uno dei principali requisiti per la riuscita dei programmi che promuovono lo sviluppo positivo dei giovani. Diversi studi hanno dimostrato che la fedeltà dell'implementazione è strettamente connessa con l'efficacia dell'intervento (Battistich et al. 1996; Botvin et al. 1995; Gottfredson, Gottfredson & Hybl 1993). Diventano sempre più comuni gli interventi che contemplan una valutazione separata e specifica della qualità dell'implementazione, la quale, insieme alla valutazione degli esiti dell'intervento, costituisce parte integrante della valutazione di efficacia dei programmi.

La valutazione dell'implementazione dei programmi di *PYD* esaminati ha rilevato che il 96% dei programmi ha realizzato attività fedeli e coerenti con il programma.

Per quanto riguarda gli esiti dei programmi, attraverso diversi approcci, sono stati prodotti significativi miglioramenti in molti dei comportamenti positivi considerati. Ben diciannove programmi, infatti hanno mostrato cambiamenti significativi e positivi nell'uso di alcol e droghe, nel rendimento e nella partecipazione scolastica, nel comportamento aggressivo, nei comportamenti aggressivi e violenti, nei comportamenti sessuali a rischio e nel fumo.

Sebbene questi risultati siano stati prodotti attraverso l'adozione di un ampia gamma di strategie, hanno ottenuto maggiori successi i programmi che hanno condiviso una durata non inferiore ai nove mesi ed hanno adottato metodologie per lo sviluppo di competenze sociali, emotive, comportamentali, cognitive e morali, per il rafforzamento delle convinzioni di autoefficacia, per la costruzione di messaggi intorno alla famiglia e alla comunità che riguardassero chiari standard di comportamento per i giovani, l'incremento di buoni legami con gli adulti, i pari e i bambini più piccoli. Un altro elemento che ha contribuito al successo dei programmi è stata l'interazione e lo scambio reciproco di risorse tra la famiglia, la comunità e la scuola.

Tra i punti di debolezza di questi programmi si deve segnalare che soltanto poco più della metà dei programmi che hanno contemplato una adeguata valutazione, prevedevano la misura degli esiti soltanto alla fine del programma senza alcun follow-up a distanza di tempo. Rimane così sconosciuto se questi programmi abbiano avuto risultati positivi anche lungo termine.

Inoltre, sebbene sia condivisa la necessità di utilizzare misure di esito standardizzate che consentano la replicabilità dei risultati, le misure standardizzate relative ai comportamenti disadattivi dei giovani rimangono sovra-rappresentante rispetto alle misure di esito positivo che, spesso, tendono ad essere legate al singolo studio o valutatore (Catalano et. al., 2004).

#### **2.4. L'educazione alle *Life Skills* nella promozione della salute e del benessere**

L'espressione Life Skills viene utilizzata per indicare le competenze che permettono agli individui di confrontarsi con le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana. Alcune definizioni sottolineano che le Life Skills sono (W.H.O., 1993a):

- “Capacità di saper condurre relazioni interpersonali e assumere responsabilità legate al proprio ruolo sociale, fare scelte e risolvere conflitti senza ricorrere a comportamenti che danneggino la propria o l'altrui persona” (Elias, 1991).

- “Capacità necessarie all'individuo per operare efficacemente nella società in modo attivo e costruttivo.” (De Bono, 1993).

- “Capacità personali e sociali richieste ai giovani per rapportarsi con fiducia e in modo competente con se stessi, con i coetanei e con la comunità in genere” (TACADE, 1987).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O., 1993a), dopo una ricognizione dei programmi di educazione alle *Life Skills*, ha individuato le abilità psicosociali considerate centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti:

- *Presa di decisione*, la capacità di decidere in modo attivo valutando le possibili alternative e le conseguenze di ciascuna di esse;

- *Problem solving*, la capacità di affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi della vita quotidiana;

- *Pensiero critico*, la capacità di analizzare obiettivamente le informazioni e le situazioni valutando criticamente i diversi fattori di influenza;

- *Pensiero creativo*, la capacità di trovare soluzioni originali rispondendo in maniera adattiva e flessibile alle situazioni della vita quotidiana;

- *Comunicazione efficace*, la capacità di esprimersi in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore sia a livello verbale sia a livello non verbale;

- *Relazioni Interpersonali*, la capacità di avere e di mantenere relazioni positive in ambito familiare ed extrafamiliare per ricevere sostegno e conforto emotivo;
- *Autoconsapevolezza*, la capacità di conoscere se stessi, il proprio carattere, i propri punti di forza e di debolezza;
- *Empatia*, la capacità di sentire e comprendere la vita di un'altra persona, le sue esigenze, i suoi sentimenti;
- *Gestione delle emozioni*: la capacità di riconoscere le proprie e altrui emozioni e di rispondere ad esse in modo adeguato;
- *Gestione dello stress*, la capacità di individuare gli stati di tensione e di rendersi conto degli effetti che tali stati producono, per imparare a regolarli.

A queste abilità successivamente sono state affiancate le *advocacy skills*, che si riferiscono alle abilità di influenza, persuasione sociale e lavoro in rete, molto utili nei programmi di educazione alla salute (W.H.O., 2003).

E' opportuno, inoltre, distinguere le *Life Skills* dalle *Livelihood Skills*, le quali sono state definite come capacità, risorse ed opportunità necessarie per raggiungere obiettivi individuali e di economia domestica (W.H.O., 2003); esse includono abilità tecniche e vocazionali (carpenteria, fare il cucito, utilizzare il computer), abilità nel trovare un'occupazione, competenze nell'amministrazione degli affari e del denaro e nell'imprenditoria. Pur ricoprendo un ruolo importante per lo sviluppo e la salute dell'individuo, i programmi di *Life Skills* non comprendono l'insegnamento delle *Livelihood Skills*.

La *Pan American Health Organization* (2001) e l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (2003) hanno raggruppato le *Life Skills* in tre categorie di abilità di base: *sociali, cognitive e nella gestione delle emozioni*. L'approccio dell'educazione alla *Life Skills*, tuttavia, non considera separatamente queste abilità ma come complementari e trasversali a tutte le aree di adattamento psicologico e sociale dei bambini e degli adolescenti. Ad esempio, un programma il cui obiettivo è la promozione della competenza sociale nei bambini, insegnerà diversi modi di comunicare i sentimenti (un'abilità sociale), di manipolare le situazioni sociali (un'abilità cognitiva) e di gestire le reazioni ai conflitti (un'abilità di gestione emozionale).

L'efficacia dei programmi basati sull'insegnamento delle *Life Skills* rivolti agli adolescenti è stata dimostrata in diversi ambiti della prevenzione e della promozione del benessere. Infatti, diversi studi attestano l'efficacia di programmi di *Life Skills* nel ridurre i comportamenti delinquenti (Elias, 1991), i comportamenti violenti (Tolan & Guerra, 1994) e gli episodi di criminalità tra i giovani (Englander-Golden, & Satir, 1989); nel ritardare l'età d'inizio dell'uso di alcol, tabacco e altre droghe (Botvin, Eng., & Williams, 1984; Botvin, Baker, Botvin, Filazzola, & Millman, 1980; Caplan et al., 1992; Errecart et al., 1991; Griffin & Svendsen, 1992; Hansen, Johnson, Flay, Graham, & Sobel, 1988; Werner 1991); nel ridurre i comportamenti sessuali a rischio (Kirby, 1997; Postrado & Nicholson, 1992; Schinke, Blythe & Gilchrest, 1981; W.H.O., 1994; Zabin, Hirsch, Smith, Streett, & Hardy, 1986); nel prevenire fenomeni di rifiuto dei pari (Mize & Ladd, 1990) e di bullismo (Oleweus, 1990); nel controllo della rabbia (Deffenbacher, Oetting, Huff & Thwaites, 1995; Deffenbacher, Lynch, Oetting & Kemper, 1996; Feindler, Ecton, Kingsley, & Dubey 1986); nel promuovere un buon adattamento e favorire il successo scolastico (Elias, Gara, Schulyer, Brandon-Muller & Sayette, 1991) e ridurre problemi emotivi (McConaughy, Kay & Fitzgerald, 1998); nel sostenere l'autostima (Young, Kelley & Denny, 1997).

#### ***2.4.1. La promozione delle Life Skills nella scuola***

L'educazione alle *Life Skills* è molto di più di una strategia di prevenzione, rappresenta il riconoscimento del diritto/dovere dei giovani ad assumere la responsabilità della propria salute e del proprio percorso formativo e d'intraprendere azioni positive per sé promuovendo relazioni sociali costruttive ed efficaci (W.H.O., 1993a, 1993b, 1994, 1996, 1998).

La scelta prioritaria di promozione le *Life Skills* nella scuola nasce dalla consapevolezza che queste abilità dovrebbero far parte del comune repertorio di competenze psicosociali dei giovani, per affrontare le difficoltà legate al cambiamento ed alle aspettative nei loro confronti (Bombi, Baumgartner, 2002). Infatti, l'educazione alle *Life Skills* mira fondamentalmente ad accrescere e incoraggiare l'autonomia e l'assunzione di responsabilità dei giovani, attraverso il rafforzamento delle capacità individuali. Inoltre, pur differendo negli obiettivi e nei

contenuti da una cultura all'altra, l'educazione alle *Life Skills* mantiene tre principi comuni (W.H.O., 1993):

1) è finalizzata a promuovere il benessere psicologico e la competenza dei giovani nel far fronte alle le varie difficoltà della vita;

2) è basata su una metodologia centrata sul soggetto e orientata all'attività;

3) intende promuovere e rafforzare nei giovani la capacità di assunzione di responsabilità nelle proprie azioni.

La scuola, in quanto agenzia educativa, rappresenta un luogo privilegiato per la trasmissione e l'acquisizione di competenze psicologiche e sociali indispensabili per affrontare con successo le diverse transizioni, dall'infanzia all'adolescenza alla vita adulta. In particolare, l'OMS raccomanda la realizzazione di percorsi formativi basati sulle *Life Skills* nelle scuole di ogni ordine e grado, per la credibilità di cui godono le scuole nella comunità e perché in esse è possibile accedere ad ampie popolazioni di bambini e adolescenti, disporre delle infrastrutture necessarie e di insegnanti esperti, valutare gli effetti dei programmi a breve e lungo termine (W.H.O., 1993).

La scuola, di ogni ordine e grado, è individuata come il luogo più appropriato per la realizzazione dell'insegnamento delle *Life Skills* per le seguenti ragioni (W.H.O., 1993):

- possibilità di accesso ad ampie popolazioni di bambini e adolescenti;
- disponibilità delle infrastrutture necessarie;
- disponibilità di insegnanti esperti;
- prestigio e credibilità nella comunità;
- possibilità per valutazioni a breve e a lungo termine.

Gli elementi chiave di un programma basato sull'educazione alle *Life Skills* corrispondono all'insegnamento delle *Life Skills*, accompagnato dalla presentazione di contenuti informativi (percezioni, stereotipi, statistiche sociali, ecc.) e dall'utilizzo di una metodologia attiva d'insegnamento-apprendimento.

L'inserimento dell'educazione alle *Life Skills* dovrebbe idealmente riguardare tutte le scuole di diverso ordine e grado e lungo tutto l'arco dello sviluppo dello studente a partire dalla scuola materna fino al compimento delle scuole secondarie superiori. Inoltre l'educazione alle *Life Skills* dovrebbe far parte del percorso scolastico, non

come una delle discipline aggiuntive, ma come un processo di formazione, trasversalmente e longitudinalmente integrato al processo didattico (P.A.H.O., 2001).

## **2.5. Teorie di riferimento per i programmi di educazione alle *Life Skills***

Come è stato ampiamente discusso nel capitolo 1, proprio per tali ragioni, la teoria assume un ruolo fondamentale sia nel quadro di un intervento preventivo che nei programmi di promozione del benessere e della salute. Avvalersi di un modello teorico di riferimento consente, infatti, di specificare la catena degli effetti che l'intervento intende promuovere per contrastare il rischio e favorire meccanismi di protezione che ostacolano l'insorgenza del disagio (Valente & Dodge, 1997).

La conoscenza delle teorie dello sviluppo umano sembra irrinunciabile per comprendere la complessità dei cambiamenti biologici, sociali e cognitivi che avvengono nell'intero arco di vita e per promuovere uno sviluppo sano e armonioso.

La fase puberale, ad esempio, rappresenta l'evento più importante che segna il passaggio dall'infanzia all'adolescenza. A tal proposito Piaget (1972) descrive i processi che conferiscono maggiore complessità alla propria conoscenza di sé, alle interazioni sociali e alle abilità cognitive. Infatti, gli adolescenti cominciano ad utilizzare strategie di problem solving più sofisticate, dedicano un tempo maggiore ai loro coetanei anche del sesso opposto e trascorrono un minor tempo a casa o insieme ai propri familiari. Infine, il pieno sviluppo del ragionamento morale consente agli adolescenti di maturare le proprie opinioni, di trovare un equilibrio tra i bisogni propri e degli altri e di valutare in modo critico i messaggi provenienti dal proprio ambiente sociale.

Il contributo di Vygotskij (1960) appare fondamentale per comprendere l'importanza dell'esperienza nel gruppo, quale elemento facilitatore dell'apprendimento del singolo.

All'interno del gruppo, infatti, l'individuo può definire e, quindi, usufruire di una "zona di sviluppo potenziale", che indica in quale misura si è pronti al cambiamento, nel presente con l'aiuto degli adulti e in futuro da soli (Berti & Bombi, 2001, p. 88). In questo modo il bambino matura la capacità di riconoscere al gruppo o ad un'altra persona più esperta la possibilità di fargli sperimentare la distanza con il suo sapere

attuale o l'esistenza di un altro sapere; ciò gli consente non solo una acquisizione diretta, ma anche un ben più complesso lavoro di "co-costruzione" della conoscenza.

Le implicazioni che le teorie dello sviluppo hanno per l'intervento educativo sono molteplici (W.H.O., 2003):

a) Nel contesto scolastico, la fase di passaggio tra l'infanzia e l'adolescenza costituisce il momento più propizio per offrire l'opportunità di apprendere abilità e abitudini di vita positive. E' in questa fase dello sviluppo che i bambini maturano la capacità di pensiero astratto, di comprendere le conseguenze delle loro azioni, di trovare nuovi modi per relazionarsi con i coetanei, di sperimentare maggiore indipendenza e autonomia dalla famiglia.

b) Il contesto scolastico fornisce all'adolescente diverse possibilità di sperimentare nuove abilità e sviluppare comportamenti positivi con i coetanei e con gli adulti al di fuori della famiglia.

c) Lo sviluppo di atteggiamenti, valori e competenze favorisce un positivo senso di sé e favorisce i processi di apprendimento nella scuola.

d) Le notevoli differenze presenti nella fascia d'età tra i 6 e 18 anni, suggeriscono la necessità di adeguare le attività educative alla fase di sviluppo e ai bisogni dei bambini e degli adolescenti.

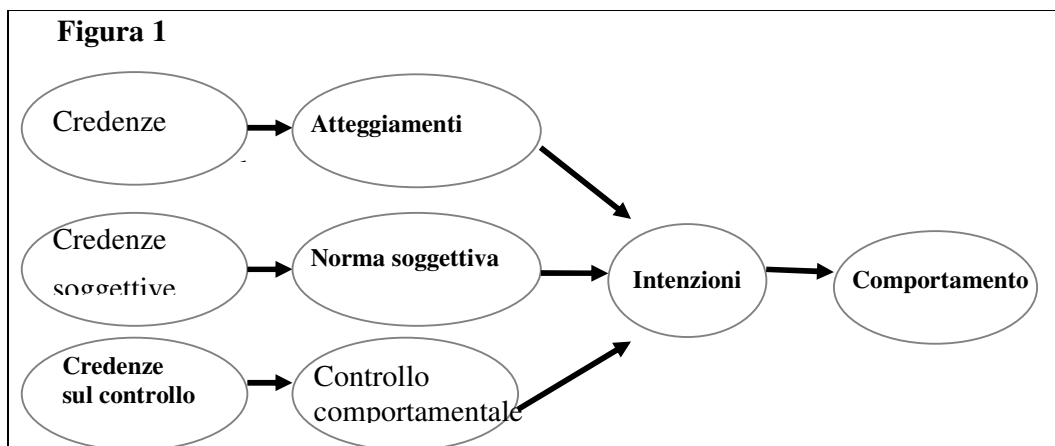
Di seguito presenteremo due tra i più rilevanti approcci teorici utilizzati nella realizzazione di programmi di educazione alle *Life Skills* con bambini e adolescenti: la teoria del comportamento pianificato (Ajzen 1985; 1988; 1991; Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1977, 1980) e la teoria social-cognitiva (Bandura, 1986, 1997).

### ***2.5.1. La teoria del comportamento pianificato***

La teoria del comportamento pianificato (Ajzen 1985; 1988; 1991), estensione della teoria dell'azione ragionata (Ajzen & Fishbein, 1977, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) rappresenta un modello particolarmente efficace ed accurato per l'analisi delle determinanti dell'intenzione e dell'azione.

Secondo la *teoria dell'azione ragionata* ciò che maggiormente determina e predice un comportamento è l'*intenzione* della persona a metterlo in atto, cioè "il suo progetto consapevole di portarlo a termine" (Eagly & Chaiken, 1993). L'intenzione è

a sua volta determinata dal grado di preferenza nei confronti del comportamento o del destinatario del comportamento (*atteggiamento*) e dalla propensione a compiacere gli altri significativi (*norma soggettiva*). Questa teoria, in grado di spiegare soltanto i comportamenti completamente volontari e non dipendenti da eventi estranei al proprio controllo, è stata integrata, nella teoria del comportamento pianificato da un terzo elemento: il *controllo comportamentale percepito*, ossia la percezione della possibilità di mettere in atto un comportamento contemplando i vincoli interni (capacità) ed esterni (risorse e ostacoli). Questo concetto è stato assimilato, in numerose ricerche (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988; De Vries, Kok & Dijkstra, 1990; Kok, De Vries, Mudde, & Strecher, 1991) al concetto di efficacia personale proposto da Bandura (1986, 1997).



I modelli proposti, inoltre, ancorano i determinanti dell'intenzione ad eventi concreti, specifici ed osservabili, che descrivono quali sono le conseguenze attese del comportamento da mettere in atto. Questi eventi, definibili come le credenze valutative che la persona sviluppa nei confronti di una determinata azione, scaturiscono dal giudizio che si attribuisce a quella azione (valore) e dalla probabilità soggettiva che essa si verifichi (aspettativa). In particolare, le credenze comportamentali sono gli elementi specifici che connotano l'atteggiamento verso una determinata azione in termini vantaggi e svantaggi attesi; le credenze normative sono invece le principali determinanti della norma soggettiva, perché indicano i precisi referenti sociali che approverebbero o disapproverebbero quell'azione; infine le



credenze sul controllo determinano il senso di controllo in quanto definiscono gli elementi che possono ostacolare o favorire il comportamento.

Ma prevedere se un comportamento verrà messo in atto, sulla base di quanto la persona interessata lo dichiara desiderabile, doveroso o facile, è possibile, nella misura in cui vengano ben specificati l'azione da effettuare, l'oggetto cui è diretta, il contesto in cui si iscrive, il tempo in cui si verifica. Definire bene questi elementi e assicurarsi che abbiano il medesimo grado di specificità, rende compatibili le intenzioni dichiarate con le valutazioni che le sostengono ed il comportamento cui si riferiscono, conferendo all'indagine un elevato valore predittivo.

Alcuni ricercatori (Bentler, Speckart, 1979,1981) hanno posto molta attenzione al ruolo dell'esperienza passata nel determinare un comportamento; consumare alcol o praticare esercizio fisico ogni giorno, se nel tempo sono diventate abitudini di vita consolidate, sfuggono dal controllo delle preferenze, dei condizionamenti ambientali e perfino delle proprie convinzioni di efficacia.

I modelli proposti, operando una valutazione simultanea dei nessi che intercorrono tra credenze, intenzioni e azione, mettono in luce quali sono le variabili che hanno un peso maggiore nel determinare specifici comportamenti (Caprara, Barbaranelli, 2000). Così consentono anche un utilizzo flessibile delle variabili, in relazione al tipo di comportamento che si intende analizzare.

Per queste ragioni, sia la teoria dell'azione ragionata che quella del comportamento pianificato, sono state utilizzate, in molti ambiti della ricerca sociale. In particolare, nell'ambito della tutela della salute, si sono rivelate particolarmente efficienti nello spiegare comportamenti preventivi quali l'intenzione di usare contraccettivi, di abortire, e di mettere in atto comportamenti sessuali a rischio (Terry, Gallois & McCamish, 1993), di fumare (Marín, Pérez-Stable, Marín, Sabogal, & Otero-Sabogal, 1990), consumare alcol (Schlegel, D'Avernas, Zanna, & DeCourville, 1992) e dimagrire (Lloyd, Andon, Rollings, Martel, Landis, Demers, Egli, Kieselhorst, & Kulin, 1993).

A questo proposito, numerose ricerche condotte nell'ambito della tutela e della promozione della salute hanno permesso di evidenziare le determinanti principali di specifici comportamenti che danneggiano o promuovono la salute. E' stato riscontrato che la percezione di un basso controllo comportamentale, può tradursi

nella convinzione di non riuscire a sottrarsi alle condotte nocive per la salute, come il fumo e il consumo di alcol, oppure nella convinzione non essere in grado di adottare opportune misure preventive, come il mantenimento di una dieta equilibrata (Godin & Kok, 1996).

Nel caso dell'intenzione a mettere in atto comportamenti quali utilizzare anticoncezionali orali o fumare marijuana, è l'atteggiamento ad assumere un ruolo decisivo, mentre per l'intenzione di abortire è la norma soggettiva ad avere il peso maggiore (Ajzen, 1988).

La teoria del comportamento pianificato ha due importanti implicazioni per la partecipazione dei ragazzi ad attività di educazione alle Life Skills nella scuola (W.H.O., 2003):

a) La percezione di poter ottenere un vantaggio attraverso un comportamento o una attività determinerà un atteggiamento positivo nei confronti di queste attività; al contrario, non percepire risultati positivi per se stessi non orienterà i ragazzi verso quelle attività;

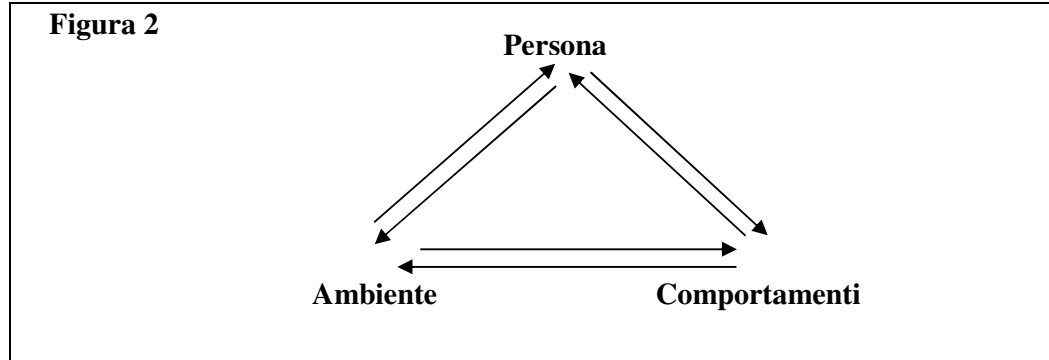
b) La probabilità che specifici comportamenti vengano messi in atto aumenta nella misura in cui altri significativi, come gli insegnanti, i genitori o i compagni, ritengono positivi quei comportamenti e i ragazzi sono motivati a soddisfare le loro aspettative.

### ***2.5.2. La teoria social-cognitiva***

La teoria social-cognitiva, in generale ed il concetto di autoefficacia, in particolare, costituiscono tra i maggiori riferimenti teorici dei programmi di *Life Skills*. Le ricadute di questa teoria sulle azioni di prevenzione in ambito educativo sono molteplici e decisamente rilevanti al fine di importanti cambiamenti nei percorsi di crescita dei bambini e degli adolescenti (Bandura, 1986, 1997).

Il comportamento umano è stato spesso spiegato in termini di determinismo unilaterale: in questi termini, viene descritto come un comportamento modellato e controllato o dagli influssi ambientali o da predisposizioni interne.

La teoria social-cognitiva offre una spiegazione delle strutture e dei processi psichici attraverso un modello di causalità governato dal “*determinismo reciproco triadico*” tra persona, ambiente e comportamento (Figura 2).



In tale paradigma fattori personali (costituzionali, cognitivi ed emotivi), influenze ambientali ed comportamenti operano come determinanti interattive ed istaurano tra loro relazioni di influenza reciproca.

*La persona* è interessata all'ambiente, con il quale si relaziona attraverso la propria condotta. I comportamenti messi in atto contribuiscono a modellare la sfera cognitiva ed emotiva di ognuno. A loro volta, i giudizi, le valutazioni, gli stati affettivi, incidono sulla scelta delle alternative e delle proprie possibilità.

*L'ambiente sociale* influenza i processi affettivi e cognitivi, favorendo la pertinenza di alcuni comportamenti piuttosto che di altri; i contesti psicosociali risultano così co-determinati dalle variabili personali e co-agenti su di esse.

*Il comportamento umano* è concepito in senso proattivo e non deterministico: è possibile monitorare le proprie azioni, ponderare la loro significatività, sia anticipandone le conseguenze sia contestualizzandone la portata mediante l'automonitoraggio, l'autoriflessione, e l'autocorrezione (Bandura, 1997).

Il rapporto di causalità reciproca che ne deriva, tuttavia, non presuppone che l'azione di ciascuna componente sia esercitata simultaneamente e con la medesima forza; l'influenza di un fattore su un altro, infatti, può essere più forte in un dato momento della vita dell'individuo ed elicitare una risposta reciproca che non sia immediata o che non abbia pari intensità. L'esame di ciascun legame reciproco tra i diversi sottosistemi di influenza può chiarire meglio la valenza epistemologica dell'approccio social-cognitivo.

Il segmento di causalità reciproca P-C (Persona-Comportamento) esprime l'interazione tra pensiero, affetti e azione. Aspettative, credenze, percezione di sé,

obiettivi e intenzioni danno forma e direzione al comportamento. Quel che la gente pensa, crede e sente influisce su come si comporta (Bandura, 1986; Bower, 1981; Neisser, 1976). I naturali ed evidenti effetti delle azioni, a loro volta, ridefiniscono parzialmente gli schemi di pensiero e le reazioni emotive. Fanno parte dei fattori personali anche le caratteristiche biologiche dell'organismo: struttura fisica e sistemi sensoriali e neuronali incidono sul comportamento e determinano oggettivamente le opportunità di ciascuna persona. I sistemi sensoriali e le strutture cerebrali, a loro volta, possono essere modificati dalle esperienze comportamentali (Greenough, Black & Wallace, 1987).

Il segmento A-P (Ambiente-Persona) riguarda la relazione interattiva tra influssi ambientali e caratteristiche personali. L'influenza che l'ambiente esercita sull'individuo si declina attraverso l'istruzione, la persuasione sociale e la proposta di modelli che trasmettono informazione e attivano reazioni emotive, riflessioni e azioni (Bandura, 1986). Le persone, poi, suscitano reazioni diverse nell'ambiente sociale con le proprie caratteristiche fisiche - età, statura, razza, sesso, bell'aspetto – anche indipendentemente da ciò che dicono o fanno (Lerner, 1982). Allo stesso modo, suscitano reazioni sociali diverse secondo il ruolo sociale e lo status che viene loro riconosciuto. Per esempio, i ragazzi che si sono fatti una fama di duri susciteranno, tra i loro pari, reazioni diverse da quelle provocate da chi ha fama di non sapersi imporre.

Il segmento C-A del sistema triadico rappresenta, infine, l'influsso reciproco tra i comportamenti e l'ambiente. Nelle transazioni quotidiane, il comportamento produce cambiamenti sull'ambiente circostante, fisico o sociale. L'ambiente, a sua volta, esercita la propria influenza in maniera non univoca su tutti gli individui, ma in relazione alle caratteristiche e all'entità del comportamento.

Per i reciproci influssi tra comportamento ed eventi ambientali, la persona è, quindi, sia il prodotto sia l'artefice del proprio ambiente. Le persone tendono a selezionare le situazioni tra un ampio ventaglio di possibilità, basandosi sulle preferenze e competenze apprese (Bandura & Walters, 1959; Bullock & Merrill, 1980; Emmons & Diener, 1986). Quelle aggressive possono suscitare ostilità, mentre chi agisce in modo più amichevole genera un ambiente più cordiale. Così, è il comportamento a determinare quali, tra i molti influssi ambientali possibili,

entreranno in gioco e quale forma assumeranno. A loro volta, i fattori ambientali determineranno in parte quali forme di comportamento verranno dispiagate e attivate.

La teoria social-cognitiva, superando una concezione tensio-riduttiva dell'agire umano, mette in luce le capacità proattive dell'individuo nel corso delle molteplici interazioni con l'ambiente. Si riconoscono maggiori potenzialità e capacità di indirizzare autonomamente il proprio destino, di agire in modo trasformativo sul mondo e di far accadere gli eventi, di anticipare gli stessi e di decidere il corso delle proprie azioni (Bandura, 1997).

Il paradigma social-cognitivo propone una concezione "agentica" dello sviluppo psicosociale. Le persone non sono il "risultato" di eventi ma soggetti attivi, capaci di autoregolarsi, auto-organizzarsi e riflettere su se stessi e agire consapevolmente nel proprio ambiente sociale (Bandura, 1986; 1997).

#### ***2.5.2a Il senso di autoefficacia***

Tra i determinanti personali che consentono di incidere sugli eventi ed esprimere le proprie potenzialità, il "senso di autoefficacia" rappresenta il più forte e pervasivo in molteplici ambiti di vita dell'individuo (Bandura, 1997). Esso si riferisce alla convinzioni di poter organizzare ed orchestrare efficacemente una serie di azioni necessarie a fronteggiare specifiche situazioni, prove e sfide. Il senso di autoefficacia, determinando gli obiettivi e gli standard personali delle persone, influenza il modo in cui le persone si sentono, pensano, agiscono, favorendo la motivazione e il successo (Bandura, 1992).

Bandura (1997) distingue cinque meccanismi che rendono l'individuo capace di programmare il corso delle proprie azioni e finalizzarlo a raggiungere determinati scopi: *simbolizzazione, anticipazione, apprendimento vicario, autoriflessiva e autoregolatoria*.

*La simbolizzazione* si riferisce alla capacità di trasformare l'esperienza in simboli di tipo verbale ed immaginativo. Essa consente di trasformare le esperienze vissute in modelli interni che offrono la possibilità di trovare soluzioni adeguate alle diverse situazioni e di pianificare le azioni future.

*L'anticipazione* si riferisce all'abilità di elaborare cognitivamente ed anticipare le conseguenze delle proprie azioni. Essa agisce sulla motivazione di ognuno ad agire e consente di ponderare le risorse e gli sforzi necessari.

*L'esperienza vicaria* costituisce una possibilità fondamentale per lo sviluppo umano, poiché consente di apprendere attraverso l'osservazione di comportamenti messi in atto da altri e le loro conseguenze. Tale abilità favorisce l'esperienza di "modeling", attraverso cui si selezionano e si scelgono i comportamenti più efficaci.

*L'autoriflessione* è una strategia di valutazione dei propri pensieri, di elaborazione della qualità delle proprie decisioni e azioni. Essa si avvale della riflessione sull'esperienza, dell'osservazione, dell'anticipazione dei risultati, consentendo alla persona di acquisire fiducia in sé (Bandura, 1977; 1994).

*L'autoregolazione* ricopre un ruolo chiave per i processi che regolano la scelta degli obiettivi e delle relative strategie: attraverso l'automonitoraggio, l'autovalutazione e l'autoreazione la persona è capace di supervisionare le proprie scelte, le soluzioni e gli obiettivi.

Nel processo di autoregolazione entrano in gioco diversi fattori:

- Gli standard interni, che sono stabiliti da norme e in funzione delle valutazioni di altri sul proprio comportamento;
- Le prestazioni altrui che implicano il paragone con gli standard degli altri;
- L'esperienza passata che fornisce un parametro di confronto con quella presente.

L'autovalutazione, infine, determina lo scenario motivazionale sul quale si fonda l'azione umana, relativamente ai propri standard di riferimento e al confronto sociale, al successo e all'approvazione degli altri, così la persona viene spronata ad intraprendere nuove e alternative strategie.

Nel modello di riferimento qui esposto, le convinzioni di autoefficacia orientano i propri comportamenti, ovvero gli obiettivi e le aspettative sui risultati, influenzando i fattori socio-strutturali che li facilitano o li ostacolano. Lo sviluppo delle convinzioni di autoefficacia origina da quattro tipi di esperienza: l'esperienza di padronanza, *l'esperienza vicaria, la persuasione, gli stati emotivi e fisiologici.*

*L'esperienza di padronanza* (o esperienza diretta) consente di fortificare il senso di efficacia personale in quanto gli obiettivi raggiunti permettono di sperimentare le

proprie risorse e le proprie capacità. L'esperienza di successi impegnativi e non facili temprerà la persona che potrà essere più o meno perseverante. Le persone che riescono in un intento per il quale hanno profuso impegno, tempo e mezzi, riusciranno successivamente a porsi nuovi traguardi, rafforzati dalle precedenti esperienze di successo. Al contrario se sperimentano solo facili successi, tenderanno ad aspettarsi risultati rapidi e in seguito potrebbero scoraggiarsi dinanzi ad ostacoli più alti. Il senso di efficacia è, dunque, un patrimonio di strumenti cognitivi, comportamentali e di autoregolazione, utili a pianificare strategicamente l'azione futura.

*L'esperienza vicaria*, ovvero il modellamento sociale, è un processo di osservazione e confronto con altre persone che hanno perseguito i medesimi obiettivi. Da qui l'identificazione consente di innalzare i propri sforzi e di avere più fiducia nelle proprie possibilità di successo: le persone cercano modelli cui far riferimento, capaci e saldi nella loro esperienza (Bandura, 1986; Schunk, 1987). Inoltre, maggiore è il grado di somiglianza percepito con il "modello" e maggiore sarà l'influenza che esso eserciterà. In tal senso anche l'osservazione di persone che falliscono, nonostante l'impegno, indebolisce le convinzioni e le motivazioni dell'osservatore (Brown & Inouye, 1978).

*La persuasione verbale* contribuisce a corroborare l'autoefficacia se è supportata dall'azione. Le agenzie di persuasione sociale devono operare in modo trasparente e consapevoli della loro rilevanza. Esse favoriscono contesti e supporti a situazioni efficaci, senza imporre uno standard unico per tutti, ma agevolando una rete e un clima che porti all'autodeterminazione dei propri standard. Ciò ha un senso sempre se la persona riconosce ed ha fiducia dei "persuasori", se attribuisce loro credibilità e pertinenza.

Infine, essere in contatto con le proprie sensazioni e consapevoli dei propri *stati fisiologici* consente di ridurre la vulnerabilità allo stress. La tensione muscolare, l'ansia, l'eccitazione alterano la qualità delle prestazioni, che può risultare deficitaria: la percezione della propria autoefficacia in condizioni di stanchezza fisica o emotiva può risultare compromessa, inducendo atteggiamenti di rinuncia e abbandono. Ascoltare il proprio corpo ed avere un buon contatto con se stessi consente di monitorare le proprie reazioni ad imprevisti e di riconoscere le situazioni di disagio. E' quindi possibile modificare il proprio senso di autoefficacia esplorando

le convinzioni e le percezioni relative ai propri stati emotivi e fisici; allo stesso tempo riconoscere gli indicatori fisici ed emotivi legati ad un elevato senso di autoefficacia produce un circuito virtuoso che si ripercuote positivamente sulla salute e sulla qualità della vita di tutti i giorni.

E' importante comprendere che l'informazione ottenuta attraverso l'esperienza diretta, la persuasione, il modellamento e la percezione degli stati emotivi non è *tout court* la percezione dell'autoefficacia, ma necessita della mediazione di processi di elaborazione cognitiva, affettiva, motivazionale e di selezione.

Una delle funzioni principali cui i processi cognitivi assolvono è quella di anticipare e prevedere i risultati delle azioni, valutando la pertinenza delle strategie operative e quindi modificando gli scopi. Questa sinergia di capacità predittiva e di problem-solving richiede complesse elaborazioni delle informazioni ambientali e personali. Quanto maggiore è l'autoefficacia percepita, tanto più alti sono gli obiettivi che la persona si propone e tanto maggiore è la sua capacità di prevedere gli eventi e di predisporre i mezzi per controllarli, rinforzando la capacità di rimanere orientati al compito anche in caso di pressioni o di insuccessi. Le convinzioni di autoefficacia hanno un ruolo determinante anche nella regolazione dei processi motivazionali. Esse agiscono sulle fonti cognitive della motivazione stessa determinando processi di confronto tra la situazione reale e quella ideale, individuando la direzione del comportamento e determinando gli obiettivi da perseguire, quanto impegno dedicare, quanto perseverare nonostante difficoltà e fallimenti (Locke & Latham, 1990).

Le convinzioni di autoefficacia influenzano i processi affettivi e, conseguentemente la qualità della vita, incidendo significativamente su stress, depressione e ansia. Infatti, esse trasformano cognitivamente le situazioni minacciose in situazioni inoffensive, controllano e moderano l'ansia e la depressione, promuovono modalità di comportamento efficace per rendere "sicuro" un ambiente "minaccioso".

Nei processi selettivi (delle scelte di vita), una forte fiducia in se stessi favorisce il successo ed il benessere, perché determina comportamenti razionali ed efficaci, spinge ad affrontare il compito come una sfida da vincere e non come un pericolo da evitare e induce ad elaborare l'insuccesso in modo costruttivo.



I contesti sociali e culturali entro cui si sviluppa l'autoefficacia, trasversalmente alle situazioni prima esaminate, sono: la famiglia, la scuola e il gruppo dei pari.

*La famiglia*, pur avendo subito notevoli mutamenti nel corso degli ultimi anni, rimane centrale nella storia di vita di ogni essere umano e assume un ruolo cardine nello sviluppo del senso di efficacia personale. La famiglia è il luogo sociale e affettivo entro cui si sviluppano tutte le competenze umane e la loro qualità e la loro struttura ricevono un imprimatur duraturo. Per questi motivi essa è investita della responsabilità di favorire un clima positivo, che incoraggi e appoggi l'iniziativa personale, di sostenere un solido senso di efficacia personale in relazione reciproca con la comunità più ampia. La convinzione dei genitori di poter influire sul corso della vita dei propri figli contribuisce a rafforzare le capacità educative ed espressive; in tal senso coloro che possiedono una salda convinzione di efficacia genitoriale sono più attivi nel promuovere e stimolare le giuste competenze nei figli (Teti & Gelfand, 1991) ed assicurare la stabilità affettiva ed emotiva.

*La scuola* è il contesto deputato a favorire, prima, l'incontro con gli altri e dopo, l'esercizio e la sperimentazione delle proprie capacità. Il sistema scolastico è strutturato in moduli cooperativi e competitivi, nel senso che le percezioni di autoefficacia possono svilupparsi attraverso vissuti e personali e collettivi. Il mandato educativo è quello di creare contesti poietici, ovvero in grado di consentire al sistema autoregolatorio di ognuno di raggiungere i propri standard, garantendone un sano sviluppo. Esistono tre canali principali attraverso i quali le convinzioni di efficacia modulano i percorsi scolastici:

a) le convinzioni degli studenti di saper regolare il proprio apprendimento e di affrontare con successo la carriera scolastica. Quanto più alto sarà l'impegno profuso e gli ostacoli superati, anche in termini di valutazione da parte dei docenti, tanto più crescerà la consapevolezza nelle proprie risorse e nelle proprie capacità autoregolarie; questo rappresenterà un buon feedback sia per lo sviluppo cognitivo che per la crescita motivazionale. L'impatto dell'autoefficacia cognitiva sui percorsi evolutivi può avere diverse conseguenze: i bambini con un buon senso di efficacia scolastica riescono meglio anche nella relazione con i propri compagni, rispetto a bambini con una bassa fiducia in se stessi e negli altri.

b) Le convinzioni degli insegnanti circa la propria competenza nel motivare e promuovere l'apprendimento nei loro allievi. Gli insegnanti auto-efficaci, professionalmente e socialmente, sono in grado di creare e favorire situazioni che agevolano l'acquisizione di competenze scolastiche e non solo, favoriscono la motivazione e la spinta all'autonomia (Woolfolk & Hoy, 1990). I docenti che invece non sperimentano situazioni efficaci, con un basso standard di soddisfazione professionale sono portati ad abbassare gli standard di qualità dei propri allievi, favorendo una didattica verticale e un clima non collaborativi.

c) Il senso di efficacia collettiva del corpo insegnante circa l'idoneità della propria scuola a favorire progressi culturali significativi. Le scuole in cui si sperimentano nuove modalità didattiche, promuovono la gestione responsabile e collaborativi e favoriscono un clima di efficacia. Tutto questo viene corroborato dai micro-cosmi delle diverse classi, dall'efficacia collettiva del corpo docente e dall'autoefficacia dei dirigenti scolastici.

*I pari* sono i modelli di riferimento più prossimi; dal confronto con gli altri, a scuola e nella comunità, si comincia a strutturare la facoltà autoesplorativa. L'apprendimento per imitazione, *il modeling*, l'identificazione contribuiscono alla creazione di un rete funzionale più ampia; il confronto e l'influenza dei pari garantiscono un feedback vitale per l'efficacia personale. Se le relazioni con i pari sono distorte o inesistenti possono crearsi situazione di disagio e di mancanza di efficacia sociale, e ciò va ad inibire un sano sviluppo personale, incorrendo in fenomeni antisociali quali il ritiro o la devianza. Questa è la strada che sta percorrendo la moderna psicologia dello sviluppo, che studia le differenze individuali non su tratti di personalità avulsi dalla vita sociale, ma nei processi cognitivi che regolano l'interazione nelle diverse condizioni ambientali. I bambini con un buon senso di efficacia personale nei contesti prosociali prediligono obiettivi e strategie di gestione positiva, che vanno a rafforzare questo pattern, tra i suoi compagni e i suoi familiari. I bambini che sperimentano un alto senso di efficacia per situazioni violente e aggressive saranno indotti a decodificare le situazioni sociali in termini negativi e a ricorrere a condotte antisociali tra i pari, le cui reazioni rafforzeranno e riprodurranno il comportamento trasgressivo.

Le implicazioni che questo modello teorico ha sull'educazione alle *Life Skills* riguardano tre aspetti importanti (W.H.O., 2003):

1) Promuovere abilità di vita nella scuola permette di replicare i processi di modellamento, osservazione e interazione sociale attraverso cui naturalmente i ragazzi apprendono;

2) Attraverso il rinforzo i ragazzi apprendono quali sono i comportamenti positivi e quelli da correggere;

3) I docenti e gli altri adulti significativi rivestono il ruolo di modelli, stabiliscono gli standard e influenzano positivamente le scelte dei ragazzi..

### ***2.5.2b L'Autoefficacia come fattore di promozione della salute***

L'autoefficacia si è dimostrata un fattore importante dei comportamenti di promozione della salute e in grado di predire il cambiamento terapeutico in una varietà di settino (Bandura, 1997). In questo ambito, infatti, le convinzioni di auto-efficacia assumono una duplice rilevanza, in quanto capaci di attivare sistemi biologici che regolano la gestione degli stressors e di esercitare una funzione regolativa sugli aspetti comportamentali.

Per quanto riguarda gli effetti biologici dell'autoefficacia nel fronteggiare lo stress, la teoria social-cognitiva considera le situazioni stressanti in termini di inefficacia rispetto alle richieste dell'ambiente e dei propri standard. Se le persone pensano di poter gestire le potenziali difficoltà non saranno turbate da esse; al contrario, se credono di non essere all'altezza peggioreranno il loro livello di prestazione: infatti è stata dimostrata sperimentalmente la relazione causale tra convinzioni di efficacia e controllo sulle reazioni biologiche di stress (Bandura, 1992; Schwarzer, 2001).

Diversi studi (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988; Maier, Laudenslager & Ryan, 1985) hanno rilevato che, l'esposizione a stressors, senza la convinzione di poterli gestire e controllare, attiva i sistemi neurovegetativo, catecolaminergico e degli oppioidi endogeni. Se la percezione di efficacia viene rafforzata, attraverso esperienze di *guided mastery*, si attiva un approccio diverso all'evento stressogeno, ovvero l'assenza di ormoni dello stress e di reazioni neurovegetative corrispondenti. Le convinzioni di incontrollabilità e di ineluttabilità rispetto a fattori stressanti, associata

alle precedenti implicazioni biochimiche, comportano un assetto immunitario compromesso e più vulnerabile.

La modulazione psicosociale del funzionamento della salute riguarda sia le cause che i meccanismi implicati nella gestione delle risposte fisiologiche; la teoria social-cognitiva riconosce una funzione importante agli effetti fisiologicamente rafforzanti nel padroneggiare gli stressors, senza dimenticare gli effetti debilitanti. Intervenire nel processo di acquisizione di competenze adeguate alla gestione dello stress è la strada percorsa, per sviluppare le competenze necessarie ad un sano sviluppo psicosociale (Bandura, 1997).

L'altro aspetto peculiare rispetto alla promozione della salute riguarda la capacità dell'autoefficacia di esercitare una funzione di regolazione dei comportamenti. Le abitudini e i comportamenti caratteristici del proprio stile di vita possono rappresentare indicatori di rischio o di protezione per la salute, e quindi per la qualità della vita. Le convinzioni di efficacia comportano una regolazione costante sullo proprio stato di salute, favorendo eventuali opportunità di cambiamento e di miglioramento. Adottare uno stile di vita salutare, dall'alimentazione all'esercizio fisico, dal fumo all'alcool, può rappresentare una sfida di cambiamento che non tutte le persone raccolgono dal momento che non si tratta di un mero esercizio di volontà, come certe semplificazioni commerciali suggerirebbero. Modificare il proprio stile di vita comporta l'acquisizione, lo sviluppo e il mantenimento nel tempo di abilità autoregolarie, rispetto sia alle intenzioni di cambiamento, ovvero essere motivati, sia alle modificazioni e stabilizzazioni comportamentali, ovvero modificare le cattive abitudini, raggiungendo uno stile di vita salutare. In tal senso la funzione autoregolaria è l'aspetto cruciale di un percorso così impervio; le nuove abilità di vita vengono acquisite e mantenute in virtù della autoefficacia percepita: quanto più le persone si sentono capaci di resistere a situazioni di regressione nel caso di una dieta o a smettere di fumare, tanto più riusciranno a perseverare nel loro intento. Lo sviluppo di una salda autoregolazione comporta il rafforzamento delle convinzioni di efficacia, oltre che delle abilità necessarie al cambiamento. Un basso senso di efficacia aumenta la vulnerabilità alla regressione e alla sfiducia (Bandura, 1992).

Modificare delle abitudini che si sono strutturate durante l'intero arco di vita non è assolutamente facile, anzi richiede sforzi intensi e costosi, per questo le politiche

sociali guardano alla prevenzione dei comportamenti a rischio, considerando l'infanzia e l'adolescenza momenti privilegiati per trasmettere modelli alimentari, di promozione della cultura dello sport, di abilità per evitare la violenza, l'abuso di sostanze, i comportamenti sessuali a rischio (Hamburg, 1992; Millstein, Petersen e Nightingale, 1993). Il modello biopsicosociale fornisce strumenti utili per la promozione della salute basati su esperienze di *guided mastery*, che si articola in quattro fasi (Bandura, 1997):

1. *informativa*, ovvero di raccolta di informazioni e rettifica degli stereotipi in merito;
2. *acquisizione di abilità autoregolatorie*, che contribuiscono al successo del cambiamento, controllando le abitudini dannose;
3. *rafforzamento dell'autoefficacia percepita*, ovvero attraverso role-playing e simulazioni della vita quotidiana, vi è una sorta di allenamento alle abilità apprese;
4. *creazione di una rete di supporto al cambiamento*, dal momento che il sostegno sociale è un importante motore, diviene funzionale reperire e creare dei ponti sicuri per intraprendere questo percorso.

I programmi di promozione della salute che si basano su modelli di cambiamento di questa natura risultano essere più efficaci, poichè trasversali alla componente sociale, motivazionale e soprattutto applicativa del cambiamento.

**SECONDA PARTE:**  
**I contributi empirici**

## **Introduzione**

Il primo studio presenta la validazione di tre strumenti per la misura dell'autoefficacia e della competenza nelle *Life Skills* nei contesti educativi. Le scale di autoefficacia proposte sono espressamente dirette a valutare le convinzioni dei giovani di saper risolvere i problemi in modo critico e originale, di saper comunicare efficacemente con gli altri, di saper gestire le emozioni negative, come la rabbia, lo scoraggiamento, lo stress e il malumore, e, infine, di essere in grado di esprimere le emozioni positive come la gioia, l'entusiasmo e la soddisfazione nelle situazioni che lo richiedono. Si tratta, in particolare, di scale che mirano a valutare le strutture cognitivo-motivazionali che, nella misura in cui rispecchiano la capacità individuali, allo stesso tempo attestano e sorreggono la competenza nelle diverse aree.

Le scale di autoefficacia nelle *Life Skills* sono state validate in precedenza su un'ampia popolazione di studenti provenienti da Istituti di Istruzione Superiore di venti province italiane e pubblicate in versione più estesa (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001; Caprara & Gerbino, 2001). Queste scale intendono fornire ai contesti educativi l'opportunità di rilevare le risorse sulle quali poter contare e le carenze sulle quali poter intervenire per promuovere la crescita complessiva dei ragazzi. La possibilità di associare, alla valutazione dell'andamento scolastico, una misura dell'autoefficacia degli studenti nell'area cognitiva, interpersonale ed emotiva, consente infatti agli educatori di avere indicazioni precise sulle aree su cui far leva per favorire un percorso di sviluppo e di cambiamento.

Tuttavia, se da un lato la misura delle convinzioni di efficacia costituisce un forte predittore dell'effettiva capacità di mettere in atto uno specifico comportamento, dall'altro, è necessaria una misura che di quella stessa capacità ne fornisca una valutazione più prossima. Le scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* da parte di altri significativi come i compagni di classe e i genitori, rispondono a questa esigenza, mirando ad essere un valido complemento per la valutazione in ambito scolastico.

Gli strumenti presentati rispondono alle necessità di disporre di misure capaci di valutare e monitorare capacità (*Life Skills*) che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato come essenziali per sostenere lo sviluppo psicologico sociale e il benessere dei giovani. Essi sono il prodotto della collaborazione tra il Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali (Università di Roma "La Sapienza"), il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e diversi Istituti scolastici italiani, in vari programmi tesi a promuovere la partecipazione giovanile e l'educazione tra pari a tutela della salute.

Il secondo studio affronta il tema del benessere soggettivo degli adolescenti, che, nell'ambito della *Positive Psychology* (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon & King, 2001) rappresenta un importante indicatore di buon adattamento psicologico e sociale. In particolare, lo studio ha preso in esame il *Pensiero Positivo* quale componente cognitiva del *Subjective Well-Being* e l'Autostima, la Soddisfazione di vita e l'Orientamento positivo verso il futuro quali suoi elementi costitutivi. Per quanto riguarda le *Life Skills* sono stati considerati: il Pensiero Critico, il Pensiero Creativo e il Problem Solving quali componenti dell'*Autoefficacia nella Soluzione dei Problemi*; l'Empatia e la Comunicazione efficace quali componenti dell'*Autoefficacia nella Comunicazione Interpersonale*; infine, l'Autoefficacia nella Gestione delle Emozioni Negative e nella Espressione delle Emozioni Positive come elementi costitutivi della più generale convinzione di *Efficacia Emotiva*.

Attraverso la tecnica delle equazioni strutturali è stato esaminato un modello di relazioni di influenza tra le convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* ed il *Pensiero Positivo* degli adolescenti, allo scopo di indagare il potere predittivo delle diverse convinzioni di efficacia rispetto al benessere dei giovani.

Il terzo studio presenta un programma per la promozione delle *Life Skills* realizzato nel contesto scolastico. Sono descritti la metodologia della Peer Education, adottata nell'intervento, i diversi tipi di training effettuati e l'articolazione delle attività del programma. Infine, sono esaminati i risultati dell'intervento in relazione al grado di competenza acquisita dagli studenti nelle *Life Skills*.



## **Studio 1**

### **La misura dell'autoefficacia e della competenza nelle *Life Skills*.**

#### **1. Introduzione**

Come già ampiamente descritto nel capitolo precedente, l'autoefficacia percepita corrisponde alla convinzione che l'individuo ha di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale (Bandura, 1997). Il costrutto, riferendosi ai processi che presiedono alla formazione dell'identità personale ed al funzionamento di una agenzia interna di autoregolazione, assume una rilevanza cruciale nel rendere conto dei meccanismi attraverso i quali l'individuo interagisce con la realtà, prende coscienza di sé e costruisce attivamente il proprio sviluppo (Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli, Regalia & Bandura, 1999).

Si tratta, perciò, di percezioni e di convinzioni che rispecchiano le proprietà della mente di operare come un sistema autoreferenziale, nonché della persona di riflettere su se stessa, di imparare dall'esperienza e di dominare con successo specifiche attività (Caprara, 2001).

Un elemento che contraddistingue le convinzioni di efficacia è la loro specificità: esse variano in relazione a diverse aree del funzionamento umano (ad esempio, la regolazione delle emozioni) ed in relazione ai diversi ambiti in cui si declina l'esperienza individuale (ad esempio, la scuola). Si può esser capaci di gioire per aver conseguito un buon risultato scolastico, ma non essere in grado di condividere la propria soddisfazione con gli altri. Può risultare problematico gestire lo stress per una pesante critica da parte degli insegnanti, ma non da parte di un amico.

Dal momento che le stesse persone possono avere un alto senso di efficacia per alcune attività ma non per altre, è appropriato considerare sistemi di convinzioni che sostengono la motivazione e l'autoregolazione rispetto a specifiche sfere di

competenza. Per tali ragioni, le convinzioni di autoefficacia che le persone dichiarano relativamente a specifici ambiti della propria vita, rappresentano indicatori affidabili di quanto essi siano effettivamente all'altezza delle prove che tali ambiti presentano loro.

Un'ampia letteratura documenta che, è improbabile che le persone si cimentino in attività o affrontino situazioni che non si sentono capaci di dominare; infatti, le loro convinzioni di efficacia personale, agendo direttamente sui processi cognitivi, motivazionali e volizionali, non soltanto predicono, ma influenzano la motivazione, l'impegno ed il successo (Bandura, 1997).

Numerosi studi attestano il ruolo decisivo delle convinzioni di autoefficacia in diversi ambiti quali quello educativo o familiare e indicano che tali convinzioni si costruiscono e si stabilizzano entro l'adolescenza (Flammer, 1995).

Queste considerazioni hanno suggerito l'opportunità di predisporre strumenti specifici per le diverse aree di funzionamento e in conformità con gli scopi che ci vuole prefissare. Per fare ciò è necessario individuare un repertorio di attività cui possono corrispondere distinti sensi di competenza, ciascuno con una diversa incidenza sul senso di efficacia relativo all'ambito considerato.

Bandura (1997) originariamente ha proposto sette scale per la misura dell'autoefficacia percepita, per la ricerca in ambito evolutivo e l'intervento in ambito educativo, rispettivamente per: a) il successo scolastico, b) la regolazione dell'apprendimento scolastico, c) lo svolgimento delle attività ricreative, d) la capacità di resistere alla pressione dei pari (autoefficacia regolativa), e) la capacità di soddisfare le aspettative degli altri, f) la capacità di instaurare e mantenere relazioni sociali, g) la capacità di sostenere il proprio punto di vista nel rapporto con gli altri. Tali scale sono tradotte e validate nel contesto italiano (Pastorelli, Caprara, Bandura, 1998; Pastorelli & Picconi, 2001) e messe a confronto con scale analoghe in altri contesti culturali (Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa & Bandura, 2001). Altre scale sono state costruite per misurare le convinzioni di autoefficacia filiale (Caprara, Regalia & Scabini, 2001; Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli & Bandura, 2004), nella regolazione delle emozioni (Caprara & Gerbino, 2001; Caprara, et al., 1999), nella gestione delle relazioni interpersonali (Caprara, Gerbino, & Delle Fratte, 2001), nelle scelte di carriera (Barbaranelli & Steca, 2001), nelle *Life*

*Skills* (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001) ed in altri ambiti (si veda Caprara, 2001).

Numerosi studi nel contesto italiano hanno attestato il ruolo pervasivo che ciascuna delle diverse convinzioni di efficacia personale esercita, nell'infanzia e nell'adolescenza, su importanti aree di funzionamento e adattamento psicologico e sociale. La loro influenza è risultata decisiva, in misura e con associazioni diverse, nel favorire il successo scolastico e la popolarità tra i compagni (Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 1996; Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, & Cervone, 2004), nel contrastare il fallimento scolastico (Caprara & Gerbino, 2002; Pastorelli, Steca, Gerbino, Vecchio, Picconi, Paciello, 2002), nell'operare scelte di carriera appropriate (Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 2001a), nel contrastare i comportamenti trasgressivi (Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 2001b; Caprara, Regalia, & Bandura, 2002; Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli, Regalia, & Bandura, 1998; Gerbino, Pastorelli, Vecchio, Paciello, Picconi, 2002; Pastorelli, Gerbino, Vecchio, Paciello & Tramontano, in press; Pastorelli, Steca, Gerbino & Vecchio, 2001), nell'arginare la timidezza (Caprara, Steca, Cervone & Artistico, 2003) e gli stati depressivi (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999; Pastorelli, Gerbino, Vecchio, Picconi, & Paciello, in press), nel sostenere il buon funzionamento familiare (Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli, & Bandura, in press), nel favorire un buon adattamento psicosociale (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino, & Pastorelli, 2003; Caprara, Barbaranelli, Caprara, Gerbino, Pastorelli, & Bandura, 1998; Caprara et al., 1999) e, infine, nel promuovere il benessere soggettivo negli adolescenti (Caprara, Delle Fratte, & Steca P., 2002; Caprara, Picconi, Vecchio, in press; Caprara, & Steca, 2004; Steca & Capanna, in press).

Le scale per la misura dell'autoefficacia nelle *Life Skills* (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001; Caprara & Gerbino, 2001) sono state costruite e utilizzate per la valutazione di programmi nazionali in ambito scolastico (Vecchio, Paciello, Picconi & Boda, 2002; Steca, Capanna & Vecchio, 2002).

Obiettivo dello studio è lo sviluppo di tre strumenti che consentano una valutazione quanto più possibile completa dell'autoefficacia e della competenza nelle *Life Skills* degli studenti della scuola secondaria superiore. A tal proposito sarà presentato il processo di validazione di tre differenti strumenti volti a: a) la misura

dell'*autoefficacia degli studenti nelle Life Skills* nel contesto scolastico; b) la misura della *competenza dei figli nelle Life Skills* secondo la valutazione dei genitori; c) la misura della competenza nelle *Life Skills* attraverso la valutazione dei compagni di classe ("*Peer Ratings*"). A tale scopo stati analizzati tre diversi campioni: uno per la validazione delle scale di autoefficacia (autovalutazione) e di competenza secondo valutazione dei genitori, uno per la validazione delle scale di competenza secondo la valutazione dai pari.

## **2. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura dell'autoefficacia nelle *Life Skills***

### *2.1. Campione*

Lo studio ha preso in esame un campione di 3198 studenti, di cui 1261 maschi (39,4%) e 1937 femmine (60,6%), con un'età compresa tra 14 e 18 anni (età media = 15,93; DS=,96). Al momento della rilevazione il 14,5% degli studenti frequentava il I anno (N=465), il 42,9% (N=1371) frequentava il II anno, il 42,6% (N=1362) frequentava il III anno della scuola secondaria superiore. Per quanto riguarda la tipologia di scuola, il 47,3% (N=1512) frequentava i Licei (Classico, Scientifico, Linguistico, Artistico), il 33,4% (N=1068) gli Istituti Tecnici (Commerciale, Geometri, Industriale, ecc.), il 16,6% (N=508) gli Istituti Professionali (Agrario, Turismo, Meccanici, ecc.), il 2,8% (N=88) gli istituti d'Arte. Le scuole appartengono a 19 province dislocate in tutto il territorio nazionale (Agrigento, Benevento, Brescia, Brindisi, Cagliari, Catania, Enna, Firenze, Genova, Livorno, Macerata, Modena, Pesaro, Napoli, Roma, Torino, Trieste, Varese e Viterbo).

### *2.2. Procedura*

La somministrazione dei questionari si è svolta in classe ed ha avuto la durata di circa un'ora scolastica. Al fine di instaurare un buon rapporto e un clima di fiducia con gli studenti, si è posta molta attenzione alla introduzione della ricerca. I questionari sono stati presentati come strumenti per conoscere i comportamenti, le idee e le emozioni dei ragazzi. Successivamente, sono state spiegate le modalità di compilazione ed è stato raccomandato di leggere attentamente le indicazioni presenti nei questionari, sottolineando che:

- È importante leggere attentamente ciascuna domanda o affermazione cercando di rispondere a tutte, senza saltarne alcuna;
- Compilare un questionario non è un compito scolastico e quindi non esistono risposte giuste o sbagliate, migliori o peggiori;
- La risposta migliore è quella più spontanea, sincera e che meglio rispecchia l'esperienza del soggetto o quello che egli effettivamente pensa, fa, sente;
- Nel caso in cui sia difficile scegliere una risposta, si può scegliere quella più vicina alla propria esperienza o opinione;
- È necessario non comunicare con gli altri durante la compilazione, in quanto ciò potrebbe influenzare le risposte date;
- Il somministratore era disponibile a fornire tutti i chiarimenti necessari.
- Infine, è stata assicurata la massima riservatezza dei dati raccolti ed il loro utilizzo soltanto a scopo di ricerca.

### 2.3. Strumenti

#### - Scale per la misura dell'autoefficacia percepita nelle Life Skills.

Gli studenti hanno compilato un questionario composto da quattro scale per la misura dell'Autoefficacia Percepita nelle Life Skills (Caprara & Gerbino, 2001; Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001). Il questionario comprende 46 affermazioni (item) rispetto alle quali gli studenti valutavano il loro grado di efficacia utilizzando una scala Likert a 7 posizioni: 1 = per nulla capace; 2 = scarsamente capace; 3 = poco capace; 4 = mediamente capace; 5 = capace; 6 = molto capace; 7 = del tutto capace. Gli item delle diverse scale sono stati inseriti nel questionario secondo un ordine casuale, al fine di evitare fenomeni di response set<sup>1</sup>.

*Autoefficacia Percepita nella Soluzione dei Problemi* (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001): corrisponde alle convinzioni che gli studenti hanno di saper affrontare e risolvere problemi in modo creativo, critico e innovativo. E' stata misurata attraverso 14 item che indagano tre aspetti di questa dimensione: il problem solving, il pensiero critico ed il pensiero creativo. Le convinzioni di autoefficacia relative al *problem solving* sono state rilevate attraverso item quali "Sono capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi". Le convinzioni di autoefficacia

---

<sup>1</sup>Con il termine response set si indica la tendenza di un soggetto a dare risposte simili prescindendo dal contenuto delle domande.

relative al *pensiero critico* sono state rilevate attraverso item come: “*Sono capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento*”; infine le convinzioni di efficacia relative al *pensiero creativo* sono state rilevate attraverso item come “*Sono capace di trovare modi diversi per fare le stesse cose per evitare la ripetizione e la noia*”.

*Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale* (Pastorelli, Vecchio, Boda, 2001): corrisponde alle convinzioni che gli studenti hanno di sapersi relazionare con i loro compagni in modo empatico, di comunicare con loro in modo efficace, di affrontare le situazioni di gruppo in modo partecipativo e costruttivo, di affermare le proprie opinioni e diritti. E’ stata misurata attraverso 19 item che riflettono tre aspetti del costrutto ovvero l’Empatia, l’Autoefficacia Sociale e la Comunicazione Efficace. Le convinzioni di autoefficacia relative all’*empatia* sono state rilevate attraverso item come “*Sono capace di cercare di vedere le cose attraverso gli occhi degli altri*”; le convinzioni di *autoefficacia sociale* sono state rilevate attraverso item come “*Sono capace di dire quello che penso anche quando gli altri non sono d’accordo con me*”; infine le convinzioni di autoefficacia relative alla *comunicazione* sono state rilevate attraverso item come “*Sono capace di tener conto dei pareri diversi dal mio punto di vista*”.

*Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative* (Caprara & Gerbino, 2001): corrisponde alle convinzioni degli studenti di saper regolare adeguatamente le emozioni negative come l’ansia, lo stress relativo ad una prova, la tensione. E’ stata rilevata attraverso 8 item quali “*Sono capace di evitare di scoraggiarmi di fronte alle avversità*” e “*Sono capace di mantenermi calmo in situazioni di stress*”.

*Autoefficacia Percepita nell’Espressione delle Emozioni Positive* (Caprara & Gerbino, 2001): corrisponde alle convinzioni degli studenti di saper esprimere e condividere le proprie emozioni positive, come l’entusiasmo, la soddisfazione e la gioia. E’ stata misurata attraverso 5 item quali “*Sono capace di esprimere la mia felicità quando mi succede qualcosa di bello*” e “*Sono capace di manifestare la mia soddisfazione quando raggiungi gli obiettivi che mi sono proposto*”.

- *Scale per la misura dell’autoefficacia percepita scolastica e regolatoria*

*Autoefficacia Percepita Scolastica e Regolatoria* (Pastorelli, Picconi, 2001): Il questionario è costituito da 2 dimensioni che misurano le convinzioni di autoefficacia riguardanti l'ambito scolastico e la regolazione del proprio comportamento (Bandura, Barbaranelli, Caprara e Pastorelli, 1996; Pastorelli, Caprara e Bandura, 1998; Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli, Regalia e Bandura, 1999).

1) *Autoefficacia Percepita Scolastica*: La scala è composta da 6 affermazioni che misurano la capacità di programmare le proprie attività scolastiche, di trovare supporto al proprio apprendimento, di trovare modalità di studio che lo favoriscano.

2) *Autoefficacia Percepita Regolatoria*: La scala è composta da 12 affermazioni che misurano la capacità dell'adolescente di resistere alle pressioni esercitate dai pari per coinvolgerlo in attività a rischio (fumare, bere, violare il codice della strada, ecc.). Ogni item viene valutato su una scala a quattro posizioni senza punteggio intermedio; le alternative di risposta sono: 1= Per nulla; 2= Poco; 4= Abbastanza; 5= Del Tutto.

- *Autostima* (Rosenberg, 1965): rappresenta un giudizio di valore globale espresso su se stessi e sulle proprie capacità, che si accompagna ad un senso generale di auto accettazione e ad un atteggiamento positivo verso se stessi. Il questionario utilizzato è costituito da 5 affermazioni derivate dalla scala di autostima di Rosenberg (1965). Ogni affermazione viene valutata con una scala Likert a quattro posizioni: 4= Fortemente in d'accordo; 3= D'accordo; 2 In disaccordo; 1 Fortemente in disaccordo.

- *Indicatori di partecipazione scolastica*: gli studenti hanno compilato un questionario composto da tre scale relative alla partecipazione scolastica (Caprara, Barbaranelli, Borgogni, Rubinacci, 1999). Il questionario comprende 7 item rispetto ai quali gli studenti valutavano il loro grado di impegno, coinvolgimento e soddisfazione per l'istituzione scolastica, utilizzando una scala Likert a 7 posizioni: 1 = Molto in disaccordo; 2 = In disaccordo; 3 = Leggermente in disaccordo; 4 = Né in accordo né in disaccordo; 5 = Leggermente d'accordo; 6 = D'accordo; 7 = Molto d'accordo.

Impegno nell'istituzione scolastica: corrisponde all'attaccamento e al senso di appartenenza degli studenti nei confronti della scuola. E' stata rilevata attraverso 2 item quali " *Provo un forte sentimento di appartenenza a questa scuola*".

Coinvolgimento nell'istituzione scolastica: corrisponde al grado di coinvolgimento e di interesse degli studenti nei riguardi delle attività di classe. E' stata rilevata attraverso 2 item quali " *Rinuncio volentieri ad una parte del mio tempo libero per portare a termine gli impegni assunti dalla classe*".

Soddisfazione in ambito scolastico: corrisponde al grado di soddisfazione nei riguardi della vita e delle attività realizzate a scuola. E' stata rilevata attraverso 3 item quali " *Sono contento dei rapporti che esistono tra gli studenti della mia classe*".

#### 2.4. Analisi statistiche

- Al fine di esaminare la validità interna sono state effettuate una serie di analisi fattoriali (AFP: Analisi dei Fattori Principali) separatamente sugli item di ciascuna delle quattro scale. Una successiva serie di analisi fattoriali (AFP con rotazione obliqua) è stata effettuata su tutti gli item selezionati secondo due criteri: item che presentavano le saturazioni maggiori su ciascun fattore emerso e che erano rappresentativi di ciascuna delle sottodimensioni.

- Al fine di esaminare la validità discriminante delle quattro dimensioni è stata effettuata una Analisi Fattoriale Confermativa, attraverso cui è stato possibile accertare la riconducibilità degli item a quattro dimensioni latenti.

- Al fine di valutare la coerenza interna e l'attendibilità delle singole scale sono stati calcolati i coefficienti alpha di Cronbach e le correlazioni item-scala totale.

- Infine sono state esaminate le relazioni tra le quattro scale e di queste con con l'autoefficacia scolastica e regolatoria e con l'autostima e con alcuni indicatori di partecipazione scolastica (Impegno, Coinvolgimento e Soddisfazione Scolastica), attraverso l'analisi delle correlazioni e delle regressioni standard.



## 2.5. Risultati

### 2.5.1. Analisi preliminari

Come è possibile osservare nelle tabella 1-4, l'Analisi dei Fattori Principali effettuata sugli item di ciascuna scala ha confermato, tramite l'esame dello scree test, conferma la struttura monofattoriale delle quattro scale utilizzate per la misura dell'Autoefficacia Percepita nelle *Life Skills*. In particolare i risultati evidenziano che:

1) per quanto riguarda l'*Autoefficacia Percepita nella Soluzione dei Problemi* il primo fattore estratto spiega il 36,2% della varianza totale degli item e tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,46.

2) Per quanto riguarda l'*Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale* il primo fattore spiega il 31% della varianza totale degli item e tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,37.

3) Per quanto riguarda l'*Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative* il primo fattore estratto spiega complessivamente il 46,4% della varianza e tutti gli item presentano saturazioni superiori a 0,54.

4) Infine per quanto riguarda l'Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive il primo fattore estratto spiega complessivamente il 56,2% della varianza e tutti gli item presentano saturazioni superiori a 0,58.

Per quanto riguarda l'attendibilità delle quattro scale (tabelle 1-4), il valore dell'alpha di Cronbach risulta elevato (tra .80 e .86) e conforme ai criteri standard di accettabilità (vedi Bagozzi, 1994; Pedhazur & Pedhazur, 1991). La correlazione media item-scala totale corretta risulta superiore a .50 per tutte e quattro le scale.

### 2.5.2. Analisi fattoriale congiunta e attendibilità delle scale

La tabella 5 riporta i risultati relativi all'analisi della struttura fattoriale delle scale per la misura dell'Autoefficacia Percepita nelle *Life Skills*. L'Analisi dei Fattori Principali, effettuata su tutti gli item selezionati attraverso le precedenti analisi fattoriali, ha permesso l'identificazione, tramite lo scree-test, della soluzione definitiva a quattro fattori. A seguito di rotazione obliqua sui quattro fattori estratti, sono stati evidenziati gli item maggiormente saturi su ciascun fattore. I quattro fattori

estratti spiegano complessivamente il 53% della varianza totale degli item. In particolare:

1) Il primo fattore spiega il 28,2% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile all'*Autoefficacia Percepita nella Soluzione dei Problemi*. Saturano su questo fattore item relativi alla soluzione dei problemi ("*Sono capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi*"), al pensiero critico ("*Sono capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento* ") e al pensiero creativo ("*Sono capace di inventare nuove procedure anziché limitarmi a seguire quelle stabilite da altri*"). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,52.

2) Il secondo fattore spiega il 12,6% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile *l'Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative*. Saturano su questo fattore item quali "*Sono capace di mantenermi calmo in situazioni di stress* " e "*Sono capace di evitare di scoraggiarmi di fronte ad una pesante critica*". Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,60.

3) Il terzo fattore spiega il 6,9% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile *all'Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive*. Saturano su questo fattore item quali "*Sono capace di gioire per i miei successi* " e "*Sono capace di esprimere la mia felicità quando mi succede qualcosa di bello*". Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,69.

4) Il quarto fattore spiega il 5,3% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile *dell'Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale*. Saturano su questo fattore item relativi all'empatia ("*Sono capace di riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata*"), e alla comunicazione ("*Sono capace di riconoscere gli aspetti positivi degli interventi precedenti quando prendo la parola in classe*"). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,43.

Per quanto riguarda l'attendibilità (tabella 5) il valore dell'alpha di Cronbach risulta elevato (tra .75 e .81) per tutte le dimensioni emerse e conforme ai criteri standard di accettabilità (vedi Bagozzi, 1994; Pedhazur & Pedhazur, 1991). La

correlazione media item-scala totale corretta risulta superiore a .47 per tutte e quattro le scale.

### 2.5.3. Analisi Fattoriale Confermativa

Gli item relativi alle quattro scale per la misura delle convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* sono stati quindi sottoposti ad analisi fattoriale confermativa (implementata attraverso il programma statistico EQS, Bentler, 1996), allo scopo di verificare la loro riconducibilità a quattro dimensioni latenti ed esaminarne la validità discriminante. A tal fine sono stati esaminati modelli diversi:

1) Il primo modello ha ipotizzato la presenza di un *fattore unico*. In questo modello sono state stimate le saturazioni principali e le varianze di errore, mentre la correlazione tra i fattori latenti, costituiti dalle quattro dimensioni di autoefficacia nelle *Life Skills* è stata fissata a 1 (ovvero è stata ipotizzata l'esistenza di un unico fattore di primo ordine).

2) Il secondo modello ha ipotizzato la presenza di quattro *fattori ortogonali*. In questo modello sono state stimate le saturazioni principali e le varianze di errore, mentre la correlazione tra i fattori latenti è stata fissata a 0 (ovvero è stata ipotizzata l'esistenza di quattro fattori ortogonali di primo ordine).

3) Il terzo modello ha ipotizzato la presenza di quattro *fattori obliqui*. Questo modello è uguale al modello precedente, con la sola differenza che la correlazione tra i quattro fattori latenti non è stata fissata a 0 ma stimata (ovvero è stata ipotizzata l'esistenza di quattro fattori obliqui di primo ordine).

4) Il quarto modello ha ipotizzato la presenza di un *fattore di secondo ordine*. In questo modello, oltre ad ipotizzare la presenza di quattro fattori distinti ed obliqui di primo ordine, è stata ipotizzata l'esistenza di un quinto fattore latente di secondo ordine, sul quale saturano i quattro fattori di primo ordine.

Il livello d'adeguatezza (fit) dei modelli è stato valutato tramite i seguenti indici:

- a) l'indice chi-quadrato ( $\chi^2$ );
- b) il Root Means Square Error of Approximation (RMSEA);
- c) il Non-normed Fit Index (NNFI);
- d) il Comparative Fit Index (CFI).

Come suggerito da vari autori (Byrne, 1994; Corbetta, 1992) il  $\chi^2$  può essere considerato più come una misura di adattamento, che come un test statistico. Conseguentemente, il suo valore è un indice della corrispondenza tra la matrice di covarianza riprodotta in base al modello e la matrice di covarianza campionaria. Tuttavia, la sua dipendenza dall'ampiezza del campione rende alquanto probabile ottenere valori elevati in campioni con numerosità elevata e valori bassi in campioni con numerosità bassa. Per questa ragione sono stati considerati altri indici. L'indice RMSEA è un criterio che prende in considerazione l'errore di approssimazione nella popolazione, cioè la mancanza di adattamento del modello alla matrice di covarianza della popolazione. Valori tra 0 e .05 indicano un "fit" eccellente, mentre valori tra .05 e .08 indicano un "fit" accettabile, valori superiori a .08, infine, indicano che il modello non è consistente con i dati empirici (Brown & Cudeck, 1993). Gli indici NNFI e CFI valutano la riduzione nella mancanza di adattamento ("misfit") di un modello "bersaglio" rispetto ad un modello in cui non viene specificata alcuna struttura (cioè, tutte le correlazioni tra le variabili sono uguali a 0). Di solito, valori maggiori o uguali a .90 indicano un buon adattamento del modello ai dati.

La tabella 6 presenta un quadro complessivo degli indici di adattamento relativi ai modelli testati. Innanzitutto è importante notare come nessuno dei modelli esaminati ottenga un chi quadrato non significativo. Probabilmente l'elevata numerosità del campione influenza il valore di tale indice.

Soltanto il terzo modello, che stima la correlazione tra i quattro fattori latenti (autoefficacia nella soluzione dei problemi, nella comunicazione interpersonale, nella gestione delle emozioni negative e nella espressione delle emozioni positive) presenta indici di adeguatezza accettabili e consistenti con i dati osservati. Nel modello (Figura 3.1), risultano significative e piuttosto elevate, sia le saturazioni degli item su ciascuno dei quattro fattori (tra .55 e .77), sia la percentuale di varianza spiegata (tra .30 e .60).

#### 2.5.4. Intercorrelazioni tra predittori e variabili-criterio

La tabella 7 mostra le relazioni tra quattro dimensioni di autoefficacia nelle *Life Skills*. Nella matrice di correlazioni presentata è possibile osservare un elevato numero di correlazioni positive e significative, sia per i ragazzi, sia per le ragazze.

Mentre per i ragazzi le correlazioni sono comprese tra  $r=.33$  e  $r=.61$ ,  $p<.001$ , per le ragazze le correlazioni sono comprese tra  $r=.25$  e  $r=.54$ ,  $p<.001$ ; soltanto per queste ultime, la correlazione tra autoefficacia nella gestione delle emozioni negative e l'espressione delle emozioni positive, pur significativa, risulta inferiore a  $.10$ .

L'esame delle correlazioni mette in risalto che le quattro scale di autoefficacia nelle *Life Skills* misurano costrutti tra loro distinti ma in alcuni casi fortemente interrelati tra loro.

Le tabelle 8 e 9 mostrano le relazioni tra quattro dimensioni di autoefficacia nelle *Life Skills* e l'autoefficacia scolastica, l'autoefficacia regolatoria e l'autostima e gli indicatori di partecipazione scolastica. Anche in questo caso è possibile osservare un elevato numero di correlazioni positive e significative, sia per i ragazzi che per le ragazze.

L'autoefficacia nella soluzione dei problemi si associa positivamente e significativamente, all'autoefficacia scolastica (per i ragazzi:  $r=.39$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.41$ ,  $p<.001$ ), all'autoefficacia regolatoria (per i ragazzi:  $r=.25$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.22$ ,  $p<.001$ ), all'autostima (per i ragazzi:  $r=.30$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.26$ ,  $p<.001$ ), all'impegno nell'istituzione scolastica (per i ragazzi:  $r=.15$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.19$ ,  $p<.001$ ), al coinvolgimento nelle attività scolastiche (per i ragazzi:  $r=.22$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.27$ ,  $p<.001$ ) ed alla soddisfazione per la vita scolastica (per i ragazzi:  $r=.18$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.15$ ,  $p<.001$ ).

Analogamente, l'autoefficacia nella comunicazione interpersonale si associa positivamente e significativamente, all'autoefficacia scolastica (per i ragazzi:  $r=.39$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.33$ ,  $p<.001$ ), all'autoefficacia regolatoria (per i ragazzi:  $r=.28$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.25$ ,  $p<.001$ ), all'autostima (per i ragazzi:  $r=.20$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.09$ ,  $p<.001$ ), all'impegno nell'istituzione scolastica (per i ragazzi:  $r=.18$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.20$ ,  $p<.001$ ), al coinvolgimento nelle attività scolastiche (per i ragazzi:  $r=.32$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.27$ ,  $p<.001$ ) ed alla soddisfazione per la vita scolastica (per i ragazzi:  $r=.26$ ,  $p<.001$ ; per le ragazze:  $r=.20$ ,  $p<.001$ ). Soltanto per l'autostima ( $p<.01$ ) si rileva un relazione più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Anche l'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative si associa positivamente e significativamente, all'autoefficacia scolastica (per i ragazzi:  $r=.32$ ,

$p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .22$ ,  $p < .001$ ), all'autoefficacia regolatoria (per i ragazzi:  $r = .22$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .17$ ,  $p < .001$ ), all'autostima (per i ragazzi:  $r = .35$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .28$ ,  $p < .001$ ), all'impegno nell'istituzione scolastica (per i ragazzi:  $r = .20$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .10$ ,  $p < .001$ ), al coinvolgimento nelle attività scolastiche (per i ragazzi:  $r = .20$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .15$ ,  $p < .001$ ) ed alla soddisfazione per la vita scolastica (per i ragazzi:  $r = .25$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .16$ ,  $p < .001$ ). Inoltre, la relazione con l'autoefficacia scolastica ( $p < .01$ ), l'autostima ( $p < .05$ ), l'impegno ( $p < .01$ ) e la soddisfazione scolastica ( $p < .01$ ) risulta più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Infine, l'autoefficacia nella espressione delle emozioni positive si associa positivamente e significativamente, all'autoefficacia scolastica (per i ragazzi:  $r = .35$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .34$ ,  $p < .001$ ), all'autoefficacia regolatoria (per i ragazzi:  $r = .20$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .16$ ,  $p < .001$ ), all'autostima (per i ragazzi:  $r = .15$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .19$ ,  $p < .001$ ), all'impegno nell'istituzione scolastica (per i ragazzi:  $r = .13$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .19$ ,  $p < .001$ ), al coinvolgimento nelle attività scolastiche (per i ragazzi:  $r = .18$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .14$ ,  $p < .001$ ) ed alla soddisfazione per la vita scolastica (per i ragazzi:  $r = .35$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .39$ ,  $p < .001$ ). Soltanto per la soddisfazione scolastica ( $p < .01$ ) si rileva un relazione più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Complessivamente l'esame delle correlazioni rende conto del fatto che, per gli adolescenti, essere convinti di possedere e di saper esercitare le proprie abilità di vita ha un importante corrispettivo in termini di adattamento personale e sociale. In particolare, ci si percepisce più capaci di gestire il proprio apprendimento e il proprio successo scolastico, più capaci di saper dire di no alle pressioni esterne di tipo disadattivo, assicura un elevato e positivo concetto di sé e infine, favorisce coinvolgimento attivo nella propria attività scolastica.

#### 2.5.5. Contributo concorrente delle convinzioni di autoefficacia nelle Life skills sulle variabili criterio

Nell'intento di indagare il contributo concorrente delle convinzioni di autoefficacia nelle *Life Skills*, rispetto all'autoefficacia scolastica e regolatoria,

all'autostima e agli indicatori di partecipazione scolastica, è stata condotta, distintamente per i ragazzi e le ragazze, un'analisi di Regressione Multipla con il metodo standard.

Le tabelle 10-15 presentano un quadro riassuntivo dei risultati ottenuti per ciascuna variabile.

a) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto *all'Autoefficacia Scolastica*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 1210)}=83.06$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1897)}=136.25$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta apprezzabile (maschi:  $R^2=.21$ ; femmine:  $R^2=.22$ ).

Nel caso dei ragazzi, l'autoefficacia nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.022$ ,  $p<.001$ ) e nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.018$ ,  $p<.001$ ) contribuiscono significativamente ed in misura maggiore alla spiegazione della variabilità dell'autoefficacia scolastica. Anche l'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.014$ ,  $p<.001$ ) e nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.014$ ,  $p<.001$ ) forniscono un contributo significativo.

Relativamente alle ragazze, invece, soprattutto l'autoefficacia nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.030$ ,  $p<.001$ ) e l'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.033$ ,  $p<.001$ ) forniscono il contributo maggiore; contributi significativi sono altresì forniti dall'autoefficacia nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.010$ ,  $p<.001$ ) e nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.005$ ,  $p<.001$ ).

b) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto *all'Autoefficacia Regolatoria*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 1207)}=31.18$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1889)}=46.61$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta moderata (maschi:  $R^2=.09$ ; femmine:  $R^2=.08$ ).

L'autoefficacia nella comunicazione interpersonale contribuisce significativamente ed in misura maggiore alla spiegazione della variabilità dell'autoefficacia regolatoria, sia nel caso dei ragazzi ( $sr^2=.015$ ,  $p<.001$ ) che nel caso delle ragazze ( $sr^2=.015$ ,  $p<.001$ ). Tuttavia, anche l'autoefficacia nella soluzione dei problemi (Ragazzi:  $sr^2=.003$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.003$ ,  $p<.001$ ), nella gestione delle emozioni negative (Ragazzi:  $sr^2=.001$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.005$ ,  $p<.001$ ) e

nella espressione delle emozioni positive (Ragazzi:  $sr^2=.005$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.004$ ,  $p<.001$ ) forniscono un contributo significativo.

c) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto all'*Autostima*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 1205)}=74.02$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1888)}=147.39$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.20$ ; femmine:  $R^2=.24$ ).

L'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative (Ragazzi:  $sr^2=.048$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.106$ ,  $p<.001$ ) e nella espressione delle emozioni positive (Ragazzi:  $sr^2=.060$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.066$ ,  $p<.001$ ), sia per i ragazzi che per le ragazze, contribuiscono significativamente ed in misura maggiore a spiegare la variabilità dell'autostima. Tuttavia, anche l'autoefficacia nella soluzione dei problemi (Ragazzi:  $sr^2=.001$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.007$ ,  $p<.001$ ) e nella comunicazione interpersonale (Ragazzi:  $sr^2=.008$ ,  $p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.019$ ,  $p<.001$ ) forniscono un contributo significativo.

d) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto all'*Impegno nell'attività scolastica*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 1214)}=15.13$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1888)}=32.37$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta moderata (maschi:  $R^2=.04$ ; femmine:  $R^2=.06$ ).

Nel caso dei ragazzi, l'autoefficacia nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.005$ ,  $p<.01$ ) e nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.009$ ,  $p<.001$ ) contribuiscono significativamente alla spiegazione della variabilità nell'impegno nelle attività scolastica. Non risultano significativi gli altri contributi.

Relativamente alle ragazze, invece, sono l'autoefficacia nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.009$ ,  $p<.001$ ) e l'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.012$ ,  $p<.001$ ) a fornire un contributo significativo. Appena significativo risulta il contributo dell'autoefficacia nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.002$ ,  $p<.05$ ), mentre non è significativo il contributo dell'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative.

e) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto al *Coinvolgimento nell'attività scolastica*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia



per i maschi ( $F_{(4, 1204)}=37.39, p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1879)}=51.58, p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta moderata (maschi:  $R^2=.11$ ; femmine:  $R^2=.10$ ).

L'autoefficacia nella comunicazione interpersonale, sia per i ragazzi che per le ragazze (Ragazzi:  $sr^2=.050, p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.010, p<.001$ ) e l'autoefficacia nella soluzione dei problemi solo per le ragazze ( $sr^2=.016, p<.001$ ), contribuiscono significativamente alla spiegazione della variabilità del Coinvolgimento scolastico. Non risultano significativi gli altri contributi.

f) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto alla *Soddisfazione scolastica*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 1199)}=29.54, p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1861)}=24.42, p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta moderata (maschi:  $R^2=.09$ ; femmine:  $R^2=.05$ ).

L'autoefficacia nella comunicazione interpersonale (Ragazzi:  $sr^2=.013, p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.011, p<.001$ ) e nella espressione delle emozioni positive (Ragazzi:  $sr^2=.020, p<.001$ ; Ragazze:  $sr^2=.027, p<.001$ ), sia per i ragazzi che per le ragazze, contribuiscono significativamente a spiegare la variabilità della soddisfazione scolastica. L'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative fornisce un contributo significativo soltanto per i ragazzi ( $sr^2=.003, p<.001$ ), mentre non risultano significativi gli altri contributi.

### **3. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* valutata dai genitori**

#### *3.1. Campione*

Lo studio ha preso in esame un campione di 1823 genitori, di cui 642 uomini e 1181 donne (età: 31-66 anni; età media: 45,19, d.s. 5,57), provenienti dalle stesse province italiane del campione degli studenti. Il campione dei genitori rispecchia, relativamente alla tipologia di scuola ed alla classe frequentata dal proprio figlio, la popolazione degli studenti.

#### *3.2. Procedura*

Tutti i genitori che hanno compilato il questionario erano al corrente di finalità e obiettivi della ricerca e della partecipazione della classe del proprio figlio al programma nazionale “Peer Education: Una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000”. Il questionario è stato consegnato in busta chiusa a ciascuno studente che ha provveduto alla consegna ai propri genitori. Ogni genitore poteva compilarlo, individualmente, nel momento che riteneva più opportuno.

Dopo aver lasciato un certo periodo di tempo per la compilazione (1 settimana), i dirigenti scolastici si sono occupati della raccolta e dell’invio dei questionari compilati al Centro Interuniversitario per l’elaborazione.

#### *3.3. Strumenti*

##### *- Scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* dei propri figli*

Il questionario dei genitori è stato adattato dal questionario per la misura dell’autoefficacia percepita nelle *Life Skills* (Caprara & Gerbino, 2001; Pastorelli, Vecchio, Boda, 2001) e mira a valutare la competenza del proprio figlio: a) *nella Soluzione dei Problemi*; b) *nella Comunicazione Interpersonale e Sociale*; c) *nella Gestione delle Emozioni Negative*; d) *nell’Espressione delle Emozioni Positive*. Il questionario comprende lo stesso numero di item di quello compilato dai propri figli (46); gli item sono formulati in terza persona e preceduti dalla frase “*mio figlio è capace di*”. Per ciascun item i genitori valutano il grado di competenza del proprio figlio, utilizzando una scala Likert a 7 posizioni: 1 = per nulla capace; 2 =

scarsamente capace; 3 = poco capace; 4 = mediamente capace; 5 = capace; 6 = molto capace; 7 = del tutto capace. Analogamente al questionario dei figli, gli item delle diverse scale sono stati inseriti secondo un ordine casuale, al fine di evitare fenomeni di response set.

Per una descrizione delle scale di competenza nelle *Life Skills* si vedano le corrispondenti misure di autoefficacia presentate nel paragrafo precedente.

#### - Scale per la misura della competenza scolastica e regolatoria dei propri figli

Le scale di Competenza Scolastica e Regolatoria dei propri figli sono state adattate dalle corrispondenti scale di autoefficacia (Pastorelli & Picconi, 2001). Per una descrizione delle scale di competenza Scolastica e Regolatoria si vedano le corrispondenti misure di autoefficacia presentate nel precedente paragrafo.

### *3.4. Analisi statistiche*

La validazione delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* da parte dei genitori ha ripercorso le stesse fasi della procedura utilizzata per le scale di autoefficacia. Per una descrizione si veda il paragrafo “*Analisi statistiche*” nel paragrafo precedente.

### *3.5. Risultati*

#### *3.5.1 Analisi preliminari*

Come è possibile osservare nelle tabelle 16-19, l'Analisi dei Fattori Principali effettuata sugli item di ciascuna scala ha confermato, tramite l'esame dello scree test, la struttura monofattoriale delle quattro scale utilizzate per la misura della competenza nelle *Life Skills*. In particolare dalle analisi effettuate è risultato che:

1) Per quanto riguarda la competenza nella *Soluzione dei Problemi* il primo fattore estratto spiega il 36,2% della varianza totale degli item e tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a ,46.

2) Per quanto riguarda la competenza nella *Comunicazione Interpersonale e Sociale* il primo fattore spiega il 39,2% della varianza totale degli item e tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,46.

3) Per quanto riguarda la competenza nella *Gestione delle Emozioni Negative* il primo fattore estratto spiega complessivamente il 51,1% della varianza e tutti gli item presentano saturazioni superiori a 0,66.

4) Infine per quanto riguarda la competenza nell'Espressione delle Emozioni Positive il primo fattore estratto spiega complessivamente il 60,4% della varianza e tutti gli item presentano saturazioni superiori a 0,68.

Per quanto riguarda l'attendibilità delle quattro scale (tabelle 16-19), il valore dell'alpha di Cronbach risulta elevato (tra .83 e .90) e conforme ai criteri standard di accettabilità (vedi Bagozzi, 1994; Pedhazur & Pedhazur, 1991). La correlazione media item-scala totale corretta risulta superiore a .53 per tutte e quattro le scale.

### 3.5.2. Analisi dei Fattori Principali e attendibilità delle scale

La tabella 20 riporta i risultati relativi all'analisi della struttura fattoriale delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills*. L'Analisi dei Fattori Principali, effettuata su tutti gli item selezionati attraverso le precedenti analisi fattoriali, ha permesso l'identificazione, tramite lo scree-test, della soluzione definitiva a quattro fattori. A seguito di rotazione obliqua sui quattro fattori estratti, sono stati evidenziati gli item maggiormente saturi su ciascun fattore. I quattro fattori estratti spiegano complessivamente il 58,2% della varianza totale degli item. In particolare:

1) Il primo fattore spiega il 36,5% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Comunicazione Interpersonale e Sociale*. Saturano su questo fattore item relativi all'empatia ("*Mio/a figlio/a è capace di riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata*") e alla comunicazione ("*Mio/a figlio/a è capace di riconoscere gli aspetti positivi degli interventi precedenti quando prende la parola in classe*"). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,47.

2) Il secondo fattore spiega il 11,3% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Gestione delle Emozioni Negative*. Saturano su questo fattore item quali "*Mio/a figlio/a è capace di mantenersi calmo/a in situazioni di stress*" e "*Mio/a figlio/a è capace di evitare di scoraggiarsi di fronte ad una pesante critica*". Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,66.

3) Il terzo fattore spiega il 5,7% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nell'*Espressione delle Emozioni Positive*. Saturano su questo fattore item quali “*Mio/a figlio/a è capace di gioire per i suoi successi*” e “*Mio/a figlio/a è capace di esprimere la sua felicità quando gli/le succede qualcosa di bello*”. Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,71.

4) Il quarto fattore spiega il 4,9% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Soluzione dei Problemi*. Saturano su questo fattore item relativi alla soluzione dei problemi (“*Mio/a figlio/a è capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi*”), al pensiero critico (“*Mio/a figlio/a è capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento*”) e al pensiero creativo (“*Mio/a figlio/a è capace di inventare nuove procedure anziché limitarmi a seguire quelle stabilite da altri*”). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,37.

Per quanto riguarda l’attendibilità delle quattro scale (tabella 20) il valore dell’alpha di Cronbach risulta elevato (tra .82 e .84) per tutte le dimensioni emerse e conforme ai criteri standard di accettabilità (vedi Bagozzi, 1994; Pedhazur e Pedhazur, 1991). La correlazione media item-scala totale corretta risulta superiore a .57 per tutte e quattro le scale.

### 3.5.3. Analisi Fattoriale Confermativa

Gli item relativi alle quattro scale per la misura delle competenza nelle *Life Skills* sono stati sottoposti ad analisi fattoriale confermativa (implementata attraverso il programma statistico EQS, Bentler, 1996), allo scopo di verificare la loro riconducibilità a quattro dimensioni latenti ed esaminarne la validità discriminante. Analogamente a ciò che è stato fatto per le dimensioni dell’autoefficacia, sono stati esaminati quattro diversi modelli che ipotizzavano la presenza di un *fattore unico*, di quattro *fattori ortogonali*, di quattro *fattori obliqui* e di un *fattore di secondo ordine*.

Per valutare l’adeguatezza (fit) dei modelli rispetto ai dati empirici sono stati utilizzati gli indici descritti nel paragrafo relativo all’*Analisi Confermativa*” delle scale di Autoefficacia nelle *Life skills* (Chi-quadrato, RMSEA, NNFI, CFI).

La tabella 21 presenta un quadro complessivo degli indici di adattamento relativi ai modelli testati. Anche in questo caso si può notare come nessuno dei modelli

esaminati ottenga un chi quadrato non significativo, probabilmente per l'elevata numerosità del campione.

Solo il terzo modello, che stima la correlazione tra i quattro fattori latenti (competenza nella soluzione dei problemi, nella comunicazione interpersonale, nella gestione delle emozioni negative e nella espressione delle emozioni positive) presenta indici di adeguatezza accettabili e consistenti con i dati osservati [ $\chi^2$  (201, 1823); 1660.28  $p$ =.000; NNFI=.90; CFI=.91; SRMR=.049; RMSEA= .064 (.061 .066)]. Nel modello (Figura 3.2), risultano significative e piuttosto elevate, sia le saturazioni degli item su ciascuno dei quattro fattori (tra .59 e .79), sia la percentuale di varianza spiegata (tra .35 e .62).

#### 3.5.4. Intercorrelazioni tra predittori e variabili-criterio

La tabella 22 mostra le relazioni tra quattro dimensioni di Competenza nelle *Life Skills* valutata dai genitori. Nella matrice di correlazioni presentata è possibile osservare un elevato numero di correlazioni positive e significative, sia per la competenza dei ragazzi che per quella delle ragazze. Mentre per i ragazzi le correlazioni sono comprese tra  $r$ =.25 e  $r$ =.72 ( $p$ <.001), per le ragazze le correlazioni sono comprese tra  $r$ =.14 ( $p$ <.001) e  $r$ =.67 ( $p$ <.001); soltanto per queste ultime, la correlazione tra autoefficacia nella gestione delle emozioni negative e l'espressione delle emozioni positive, pur significativa, risulta inferiore a .20.

L'esame delle correlazioni mette in risalto che le quattro scale di autoefficacia nelle *Life Skills* misurano costrutti tra loro distinti ma, in alcuni casi, fortemente interrelati tra loro.

La tabella 23 mostra le relazioni tra le quattro dimensioni di Competenza nelle *Life Skills*, la Competenza Scolastica e la Competenza Regolatoria dei figli. Anche in questo caso è presente un elevato numero di correlazioni positive e significative per entrambi i sessi.

La competenza dei figli nella soluzione dei problemi si associa, positivamente e significativamente, alla loro competenza scolastica (per i ragazzi:  $r$ =.48,  $p$ <.001; per le ragazze:  $r$ =.38,  $p$ <.001) ed alla loro competenza regolatoria (per i ragazzi:  $r$ =.54,  $p$ <.001; per le ragazze:  $r$ =.39,  $p$ <.001). La relazione con la Competenza Scolastica

( $p < .05$ ) e Regolatoria dei propri figli ( $p < .001$ ) risulta più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Analogamente, la competenza dei figli nella comunicazione interpersonale si associa, positivamente e significativamente, alla loro competenza scolastica (per i ragazzi:  $r = .58$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .50$ ,  $p < .001$ ) e alla loro competenza regolatoria (per i ragazzi:  $r = .51$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .47$ ,  $p < .001$ ). La relazione con la Competenza Scolastica ( $p < .05$ ) risulta più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Anche la competenza dei figli nella gestione delle emozioni negative si associa, positivamente e significativamente, alla loro competenza scolastica (per i ragazzi:  $r = .48$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .38$ ,  $p < .001$ ) ed alla loro competenza regolatoria (per i ragazzi:  $r = .49$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .30$ ,  $p < .001$ ). La relazione con la Competenza Scolastica ( $p < .05$ ) e Regolatoria dei propri figli ( $p < .001$ ) risulta più forte per i ragazzi che non per le ragazze.

Infine, la competenza dei figli nella espressione delle emozioni positive si associa, positivamente e significativamente, alla loro competenza scolastica (per i ragazzi:  $r = .34$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .39$ ,  $p < .001$ ) ed alla loro competenza regolatoria (per i ragazzi:  $r = .30$ ,  $p < .001$ ; per le ragazze:  $r = .26$ ,  $p < .001$ ).

Complessivamente l'esame delle correlazioni rende conto del fatto che, il riconoscimento da parte dei genitori delle competenze psico-sociali dei figli, ha un importante corrispettivo in termini di adattamento personale e sociale. In particolare, la capacità di risolvere in modo costruttivo ed efficace i problemi, di relazionarsi con gli altri in maniera positiva e di gestire ed esprimere le emozioni in maniera appropriata si associano alla gestione competente del proprio apprendimento e del proprio successo scolastico ed alla capacità di arginare le pressioni esterne di tipo disadattivo.

### 3.5.5. Contributo concorrente delle competenze nelle Life skills sulle variabili criterio

Nell'intento di indagare il contributo concorrente delle diverse variabili di competenza nelle *Life Skills*, rispetto alle valutazioni che i genitori danno della

competenza scolastica e regolatoria dei propri figli, è stata condotta, distintamente per i ragazzi e le ragazze, un'analisi di Regressione Multipla con il metodo standard.

Le tabelle 24-25 presentano un quadro riassuntivo dei risultati ottenuti per ciascuna variabile.

a) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto alla *Competenza Scolastica*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 641)}=118.55$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1185)}=141.07$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.42$ ; femmine:  $R^2=.32$ ).

Nel caso dei ragazzi, la competenza nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.070$ ,  $p<.001$ ) contribuisce significativamente ed in misura maggiore a spiegare la variabilità della competenza scolastica. Anche la competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.009$ ,  $p<.001$ ) nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.003$ ,  $p<.001$ ) e nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.007$ ,  $p<.001$ ) forniscono un contributo significativo.

Relativamente alle ragazze, invece, è gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.047$ ,  $p<.001$ ) a fornire il contributo maggiore. Contributi significativi sono altresì forniti dalla competenza nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.017$ ,  $p<.001$ ) e dalla competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.017$ ,  $p<.001$ ). Non risulta significativo il contributo della competenza nella espressione delle emozioni positive.

b) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto alla *Competenza Regolatoria*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 664)}=58.30$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 1881)}=67.90$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.26$ ; femmine:  $R^2=.19$ ).

Nel caso dei ragazzi, la competenza nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.024$ ,  $p<.001$ ) e la competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.023$ ,  $p<.001$ ) contribuiscono significativamente ed in misura maggiore a spiegare la variabilità della competenza regolatoria. Anche la competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.007$ ,  $p<.001$ ) fornisce un contributo significativo; non risulta significativo, invece, il contributo della competenza nella gestione delle emozioni negative.



Per quanto riguarda le ragazze, la competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.025$ ,  $p<.001$ ) e nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.020$ ,  $p<.001$ ) forniscono il contributo maggiore. Anche la competenza nella espressione delle emozioni positive fornisce un contributo significativo ( $sr^2=.010$ ,  $p<.001$ ); non risulta significativo, invece, il contributo della competenza nella competenza nella soluzione dei problemi.

#### **4. Esame delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari.**

##### *4.1. Campione*

Lo studio ha preso in esame 309 studenti (156 maschi, 146 femmine), di età compresa tra 16 e 19 anni (età media 17,18; d.s. 0,86), che, al momento della rilevazione frequentavano il terzo e quarto anno in due scuole secondarie superiori (Liceo Linguistico e Istituto Professionale) della Puglia.

##### *4.2. Strumenti*

- Scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* dei compagni.

Per la misura della competenza nelle *Life Skills* dei propri compagni, è stato utilizzata la forma del “*Peer Rating*”, derivata dal questionario per la misura dell’autoefficacia nelle *Life Skills* (Caprara & Gerbino, 2001; Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001) che comprende la Competenza dei Compagni: a) nella Soluzione dei Problemi, b) nella Comunicazione Interpersonale e Sociale, c) nella Gestione delle Emozioni Negative, d) nell’Espressione delle Emozioni Positive.

*Il “Peer Rating” contiene la lista di tutti i compagni della classe; ogni studente valuta ciascuno compagno attraverso 12 item formulati in terza persona e preceduti dalla frase “è capace di”. Il grado di competenza dei compagni è valutato attraverso una scala Likert a 7 posizioni: 1 = per nulla capace; 2 = scarsamente capace; 3 = poco capace; 4 = mediamente capace; 5 = capace; 6 = molto capace; 7 = del tutto capace. Analogamente al questionario di autoefficacia, gli item delle diverse scale sono stati inseriti secondo un ordine casuale, al fine di evitare fenomeni di response set.*

Per una descrizione delle scale di competenza dei compagni nelle *Life Skills* si vedano le corrispondenti misure di autoefficacia.

- Comportamento Prosociale (Caprara & Pastorelli, 1993): corrisponde alla propensione dei ragazzi a manifestare comportamenti di aiuto, di collaborazione e di condivisione di cose, conoscenze ed esperienze. E’ stato valutato attraverso 3 item che erano preceduti dalla frase: “Quanto volte ciascuno dei tuoi compagni...” (esempio di item: “...Divide con gli amici le cose che gli/le piacciono”). Gli studenti

rispondevano utilizzando una scala Likert a 5 posizioni: 1=mai; 2=raramente; 3=qualche volta; 4=spesso; 5=molto spesso.

- Indicatore di Popolarità (Caprara & Pastorelli, 1993): descrive il grado in cui un ragazzo viene preferito per condividere attività ricreative e di studio. E' valutato attraverso 2 item che rilevano la frequenza dei comportamenti misurati (Esempio di item: "Quante volte studieresti con lui/lei"). Gli studenti rispondevano utilizzando una scala Likert a 5 posizioni: 1=mai; 2=raramente; 3=qualche volta; 4=spesso; 5=molto spesso.

- Vittimizzazione (Bacchini & Pastorelli, Rapporto di ricerca): descrive la frequenza con cui un ragazzo subisce prepotenze. E' valutato attraverso 2 item che rilevano la frequenza dei comportamenti misurati (Esempio di item: "Quante volte ... ha subito prepotenze"). Gli studenti rispondevano utilizzando una scala Likert a 5 posizioni: 1=mai; 2=raramente; 3=qualche volta; 4=spesso; 5=molto spesso.

#### 4.3. *Analisi statistiche*

La validazione delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* valutata dai compagni ha seguito le stesse fasi della procedura utilizzata per le scale di autoefficacia e di competenza valutata dai genitori. A differenza delle scale precedenti, considerata l'esiguità degli item, non state effettuate analisi fattoriali preliminari. Per una descrizione si veda il paragrafo "Analisi statistiche" della sezione studenti.

A differenza degli altri strumenti, la validità rispetto ad un criterio esterno è stata verificata attraverso l'esame della validità concorrente con gli indicatori di popolarità/rifiuto dei pari e di comportamento prosociale.

#### 4.4. *Risultati*

##### 4.4.1. *Analisi dei fattori Principali e Attendibilità delle scale*

La tabella 26 riporta i risultati relativi all'analisi della struttura fattoriale delle scale per la misura della competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari. L'Analisi dei Fattori Principali, effettuata su tutti gli item, ha permesso l'identificazione, tramite lo scree-test, della soluzione definitiva a quattro fattori. A seguito di rotazione obliqua

sui quattro fattori estratti, sono stati evidenziati gli item maggiormente saturi su ciascun fattore. I quattro fattori estratti spiegano complessivamente il 84,9% della varianza totale degli item. In particolare:

1) Il primo fattore spiega il 62,4% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Comunicazione Interpersonale e Sociale*. Saturano su questo fattore item relativi all'empatia (“...è capace di riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata“) e alla comunicazione (“... è capace di interessarsi alle opinioni degli altri anche se in disaccordo con loro“). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,79.

2) Il secondo fattore spiega il 11,1% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nell'*Espressione delle Emozioni Positive*. Saturano su questo fattore item quali “... è capace di esprimere la sua felicità quando gli/le succede qualcosa di bello” e “... è capace di gioire per i suoi successi “. Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,71.

3) Il terzo fattore spiega il 6,7% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Gestione delle Emozioni Negative*. Saturano su questo fattore gli item “... è capace di dominare la tensione nelle situazioni di emergenza “ e “... è capace di evitare di scoraggiarsi di fronte ad una pesante critica“. Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,54.

4) Il quarto fattore spiega il 4,7% della varianza totale degli item ed è risultato riconducibile alla competenza nella *Soluzione dei Problemi*. Saturano su questo fattore item relativi alla soluzione dei problemi (“... è capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi“), al pensiero critico (“... è capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento“) e al pensiero creativo (“... è capace di inventare nuove procedure anziché limitarmi a seguire quelle stabilite da altri“). Tutti gli item presentano elevate saturazioni sul fattore, superiori a 0,47.

Per quanto riguarda l'attendibilità delle quattro scale (tabella 26), il valore dell'alpha di Cronbach risulta elevato (tra .74 e .90) e conforme ai criteri standard di accettabilità (vedi Bagozzi, 1994; Pedhazur & Pedhazur, 1991). La correlazione media item-scala totale corretta risulta superiore a .57 per tutte e quattro le scale.

#### 4.4.2. Analisi Fattoriale Confermativa

Gli item relativi alle quattro scale per la misura delle competenze nelle *Life Skills* valutata dai pari sono stati sottoposti ad analisi fattoriale confermativa (implementata attraverso il programma statistico EQS, Bentler, 1996), allo scopo di verificare la loro riconducibilità a quattro distinte dimensioni latenti ed esaminarne la validità discriminante. Analogamente a ciò che è stato fatto per le dimensioni dell'autoefficacia e della competenza valutata dai genitori, sono stati esaminati quattro diversi modelli che testano ipotesi diverse: il primo ipotizza la presenza di un *fattore unico*; il secondo, la presenza di quattro *fattori ortogonali*; il terzo, la presenza di quattro *fattori obliqui*; il quarto la presenza di un *fattore di secondo ordine*.

Per valutare l'adeguatezza (fit) dei modelli rispetto ai dati empirici sono stati utilizzati gli indici descritti nel paragrafo relativo all'Analisi Confermativa delle scale di autoefficacia nelle Life skills (Chi-quadrato, RMSEA, NNFI, CFI).

La tabella 27 presenta un quadro complessivo degli indici di adattamento relativi ai modelli testati. Anche in questo caso si può notare come nessuno dei modelli esaminati ottenga un chi quadrato non significativo, probabilmente per l'elevata numerosità del campione.

Solo il terzo modello, che stima la correlazione tra i quattro fattori latenti (competenza nella soluzione dei problemi, nella comunicazione interpersonale, nella gestione delle emozioni negative e nella espressione delle emozioni positive) presenta indici di adeguatezza accettabili e consistenti con i dati osservati [ $\chi^2(38, 636); 460,107; p=.000; NNFI=.90; CFI=.93; SRMR=.053; RMSEA= .13 (.12 .14)$ ]. Nel modello (Figura 3.3.), risultano significative e piuttosto elevate, sia le saturazioni degli item su ciascuno dei quattro fattori (tra .72 e .91), sia la percentuale di varianza spiegata (tra .52 e .83).

#### 4.4.3. Intercorrelazioni tra predittori e variabili-criterio

La tabella 28 mostra le relazioni tra le quattro variabili di competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari. Nella matrice di correlazioni presentata è possibile osservare

un elevato numero di correlazioni positive e significative, sia per quanto riguarda la competenza dei ragazzi, sia per quella delle ragazze.

Mentre per i ragazzi il coefficiente  $r$  di pearson è superiore .70 ( $p < .001$ ), per le ragazze è compreso tra .30 ( $p < .001$ ) e .73 ( $p < .001$ ).

Come per le scale di autoefficacia e di competenza valutata dai genitori, si evidenzia che le quattro scale di autoefficacia nelle *Life Skills* misurano costrutti tra loro distinti ma in alcuni casi fortemente interrelati tra loro.

La tabella 29 mostra le relazioni tra le quattro variabili di competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari, la popolarità, la vittimizzazione e il comportamento prosociale. Nella matrice di correlazioni presentata è possibile osservare che tutte le correlazioni risultano elevate e significative, sia per i ragazzi che per le ragazze.

In particolare, le correlazioni tra le dimensioni di competenza nelle *Life Skills*, la popolarità e il comportamento prosociale riportano valori della  $r$  di pearson superiori o uguali a .50 ( $p < .001$ ); al contrario, le correlazioni tra le dimensioni di competenza nelle *Life Skills* e la vittimizzazione riportano valori della  $r$  di pearson superiori o uguali a -.55 ( $p < .001$ ).

Complessivamente l'esame delle correlazioni rende conto del fatto che, essere riconosciuti portatori di abilità positive da parte dei compagni, ha un importante corrispettivo in termini di adattamento personale e sociale. In particolare, essere riconosciuti dai compagni capaci di risolvere i problemi, di entrare facilmente in relazione con gli altri e di saper gestire le proprie emozioni, si associa con la capacità di mettere in atto azioni prosociali, di essere popolari e di non subire atti di prepotenza in classe.

#### 4.4.4. Contributo concorrente delle competenze nelle Life skills sulle variabili criterio

Nell'intento di indagare il contributo concorrente delle diverse variabili di competenza nelle *Life Skills*, rispetto alle valutazioni che i pari danno della popolarità, della vittimizzazione e del comportamento prosociale dei propri compagni, è stata condotta, distintamente per i ragazzi e le ragazze, un'analisi di Regressione Multipla con il metodo standard.

Le tabelle 30-32 presentano un quadro riassuntivo dei risultati ottenuti per ciascuna variabile.

a) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto *Popolarità*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 156)}=89.74, p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 146)}=232.60, p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.54$ ; femmine:  $R^2=.76$ ).

Nel caso dei ragazzi, la competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.034, p<.001$ ), nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.025, p<.001$ ) e nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.013, p<.01$ ) contribuiscono significativamente a spiegare la variabilità della popolarità. Non risulta significativo, invece, il contributo della competenza nella gestione delle emozioni negative.

Relativamente alle ragazze, invece, è competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.215, p<.001$ ) a fornire il contributo maggiore. Contributi significativi sono altresì forniti dalla competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.068, p<.001$ ), nella competenza nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.012, p<.001$ ) e nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.007, p<.05$ ).

b) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto alla *Vittimizzazione*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 156)}=51.27, p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 146)}=123.49, p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.40$ ; femmine:  $R^2=.62$ ).

Nel caso dei ragazzi, la competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.020, p<.01$ ) contribuisce significativamente ed in misura maggiore a spiegare la variabilità della vittimizzazione. Contributi significativi sono altresì forniti dalla competenza nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.010, p<.05$ ) e nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.008, p<.05$ ). Non risulta significativo, invece, il contributo della competenza nella soluzione dei problemi.

Per quanto riguarda le ragazze, è la competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.110, p<.001$ ) a fornire il contributo maggiore. Anche la competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.036, p<.001$ ) e nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.023, p<.001$ ) forniscono un contributo

significativo. Non risulta significativo, invece, il contributo della competenza nella competenza nella soluzione dei problemi.

c) Per quanto riguarda il contributo concorrente rispetto *Comportamento Prosociale*, il coefficiente di correlazione multipla risulta significativo sia per i maschi ( $F_{(4, 156)}=73.28$ ,  $p<.001$ ) che per le femmine ( $F_{(4, 146)}=303.54$ ,  $p<.001$ ); in entrambi i casi la percentuale di varianza spiegata risulta piuttosto elevata (maschi:  $R^2=.49$ ; femmine:  $R^2=.80$ ).

Nel caso dei ragazzi, la competenza nella comunicazione interpersonale ( $sr^2=.090$ ,  $p<.01$ ) contribuisce significativamente ed in misura maggiore a spiegare la variabilità del comportamento prosociale. Contributi significativi sono altresì forniti dalla competenza nella soluzione dei problemi ( $sr^2=.044$ ,  $p<.05$ ) e nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.008$ ,  $p<.05$ ). Non risulta significativo, invece, il contributo della espressione delle emozioni positive.

Per quanto riguarda le ragazze, la competenza nella espressione delle emozioni positive ( $sr^2=.237$ ,  $p<.001$ ) fornisce il contributo maggiore. Anche la competenza nella gestione delle emozioni negative ( $sr^2=.036$ ,  $p<.001$ ) contribuisce significativamente a spiegare il comportamento prosociale, mentre non risultano significativi i contributi della competenza nella comunicazione interpersonale e nella soluzione dei problemi.



## 5. Discussioni e conclusioni

Complessivamente, le scale di Autoefficacia Percepita e di Competenza nelle *Life Skills* esaminate nello studio, mostrano buone proprietà psicometriche e presentano una buona validità. In particolare: a) il calcolo dei coefficienti alpha di Cronbach e di correlazione corretti item-scala totale attesta la sostanziale attendibilità di tutte le scale; b) l'esame dalla struttura fattoriale, attraverso l'analisi fattoriale esplorativa e confermativa, ne rivela la buona validità interna; c) infine, l'esame delle relazioni con indicatori di adattamento e di disagio ne conferma la validità di costruito.

In particolare, i risultati dell'analisi fattoriale confermativa mostrano che sia le scale di autoefficacia che quelle di competenza (valutata dai genitori e dai pari), misurano costrutti che, benché interrelati tra loro, risultano distinti.

L'esame delle relazioni con gli indicatori di adattamento e disadattamento confermano il ruolo protettivo delle convinzioni di autoefficacia e della competenza nelle abilità di vita. In particolare, gli studenti con un'elevata convinzione di autoefficacia nelle *Life Skills*, hanno un buon concetto di sé, credono di riuscire a regolare il proprio apprendimento in modo efficace e di saper resistere alle pressioni esterne a commettere atti trasgressivi e pericolosi, manifestano un maggiore coinvolgimento nelle attività scolastiche. Questa relazione è ampiamente confermata dai genitori, i quali nella misura in cui riconoscono ai propri figli una adeguata competenza nelle *Life Skills* riconoscono anche un buon grado di competenza scolastica e regolatoria. Un contributo prezioso proviene dai pari, i quali attribuiscono ai compagni con un buon bagaglio di abilità di vita anche una maggiore popolarità in classe e una maggiore propensione ad aiutare, condividere e prendersi cure degli altri; allo stesso tempo, attribuiscono una minore propensione a mettere in atto atti di prepotenza.

L'esame del contributo concorrente delle convinzioni di autoefficacia nelle *Life Skills* rispetto a variabili di adattamento personale e scolastico fornisce ulteriori e più specifiche indicazioni sul ruolo di ciascuna convinzione. In particolare, sentirsi capaci di entrare in relazione con gli altri contribuisce prevalentemente alla convinzione di saper resistere alle pressioni esterne verso comportamenti trasgressivi, oltre a sentirsi coinvolti e partecipi nella vita scolastica. D'altra parte, sentire di saper regolare le proprie emozioni sembra contribuire alla costruzione di

un buon concetto di sé. Infine, la convinzione di padroneggiare tutte e quattro le abilità di vita sembra essere determinante per sentirsi in grado di gestire il proprio apprendimento. Sebbene non siano emerse differenze di genere sistematiche, è possibile evidenziare alcuni andamenti diversi tra ragazzi e ragazze soprattutto rispetto all'impegno e al coinvolgimento nelle attività scolastiche.

Nell'impegno e nel coinvolgimento nelle attività scolastiche, rispetto alle ragazze, nei ragazzi non riveste alcun ruolo l'autoefficacia nella soluzione dei problemi. È da segnalare un'altra differenza nel coinvolgimento della attività scolastiche: l'autoefficacia nella gestione delle emozioni negative appare poco rilevante nei ragazzi rispetto alla ragazze.

Il contributo dei genitori rispetto alla capacità dei figli di gestire efficacemente il proprio apprendimento enfatizza, da un lato, il ruolo della soluzione dei problemi per i ragazzi e, dall'altro, il ruolo della gestione delle emozioni negative per le ragazze.

Rispetto alla competenza a resistere alle pressioni esterne a commettere atti trasgressivi, inoltre, i genitori confermano l'importanza di saper comunicare con gli altri.

Il contributo dei coetanei esalta il ruolo pervasivo della competenza nella comunicazione interpersonale soprattutto nel promuovere comportamenti prosociali; inoltre, la capacità di regolare le proprie emozioni assume grande rilevanza nel favorire la popolarità dei ragazzi e nel contrastare atti di prepotenza.

Pur contemplando diverse capacità relative a differenti prestazioni e situazioni, le convinzioni di efficacia nelle Life Skills corrispondono a costrutti ciascuno in grado di spiegare significativamente il modo in cui gli adolescenti si pongono in rapporto con le richieste che provengono dai loro contesti vita, attestando il grado in cui essi sono capaci di rispondere adeguatamente alle attese. In accordo con le argomentazioni che riconoscono nelle convinzioni di efficacia le espressioni più centrali e pervasive del sistema del sé è perciò quanto mai plausibile riconoscere l'influenza determinante delle convinzioni di autoefficacia come elementi protettivi dell'adattamento personale e sociale.



## **Studio 2**

### **Le convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* come determinanti del pensiero positivo**

#### **1. Introduzione**

Nei capitoli precedenti è stato messo in risalto come, nell'ambito dell'intervento sia maturata la convinzione che una prevenzione efficace è possibile se, accanto alla correzione di condizioni disagiate, si promuove lo sviluppo delle risorse e delle competenze dei giovani.

Nell'ambito della ricerca il nuovo approccio della "*Positive Social Science*", (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon & King, 2001), propone concettualizzazioni teoriche e temi di ricerca relativi all'esperienza positiva dell'individuo. In particolare, viene privilegiato lo studio delle esperienze soggettive positive quali la felicità, la gratificazione ed il benessere, ma anche delle disposizioni positive dell'individuo, come la forza del carattere, i valori e gli interessi e, lo studio dei contesti organizzativi e sociali quali la comunità, la scuola, il mondo lavorativo, che promuovono tali esperienze positive.

Secondo questa prospettiva teorica, il benessere soggettivo corrisponde all'esperienza individuale di ognuno della qualità della vita e degli stati emotivi relativi alle proprie condizioni di vita, così come percepiti, valutati e riferiti dalla persona. Il *benessere soggettivo (SWB)*, in particolare, sembra essere tra i concetti chiave nella ricerca in questo ambito. Si devono a Diener i maggiori sforzi per la sua concettualizzazione e per l'esame empirico delle sue componenti (Diener, 1984, 1994, 2000; Diener, Lucas, & Oishi, 2002; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). In

particolare sembra esserci un generale accordo sulla presenza di due componenti distinte del benessere soggettivo: una componente cognitiva e una componente affettiva. La componente cognitiva corrisponde alla valutazione che l'individuo compie, coerentemente con gli standard personali, del senso di soddisfazione per la propria vita; la componente affettiva è il risultato dell'”*hedonic balance*”, caratterizzato dalla predominanza dell'esperienza affettiva piacevole (o positiva) su quella spiacevole o negativa (Diener, 1984, 1994, 2000; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

I giudizi relativi alla soddisfazione per la propria di vita possono essere generali, se attengono ad una valutazione complessiva della propria vita o specifici, se si riferiscono a particolari ambiti della propria vita (ad esempio, la famiglia, l'ambiente di lavoro, il tempo libero, le amicizie, ecc.); entrambi i livelli di giudizio possono comunque riflettere uno stile individuale positivo di percepire, interpretare e ricordare i diversi aspetti o eventi che contraddistinguono la propria vita (Lyubomirsky, 2001; Lyubomirsky & Tucker, 1998). Diversi studi hanno mostrato la presenza di forti relazioni tra la *soddisfazione di vita*, l'*autostima*, l'*ottimismo* e tra loro e diversi aspetti del benessere individuale (Campbell, 1981; Diener & Diener, 1995; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Schimmack & Diener, 2003).

Mentre la *soddisfazione di vita* può essere intesa come la valutazione che ciascuno compie rispetto ai diversi ambiti della propria vita, l'*autostima* corrisponde ad un giudizio globale sul valore e sull'accettazione di sé come persona (Harter, 1993) e l'*ottimismo* a un giudizio generale circa il proprio futuro che riflette l'aspettativa di eventi positivi piuttosto che negativi (Scheier & Carver, 1992).

Di recente, Caprara e coll. hanno suggerito l'ipotesi che questi costrutti condividano i medesimi processi valutativi nel percepire, riflettere e giudicare su diversi aspetti di sé, della propria vita e del futuro (Caprara, Delle Fratte, & Steca, 2002; Caprara, Picconi & Vecchio, in press; Caprara & Steca, in press; Steca, 2004; Steca & Capanna, in press). Gli autori sono approdati all'evidenza empirica che esiste un'unica dimensione latente denominata “*Pensiero Positivo*” che sussume soddisfazione di vita, ottimismo, e autostima e che può essere considerata la componente cognitiva del benessere soggettivo.

*Autostima* e *ottimismo* sono state trovate connesse con il *benessere soggettivo* e diversi altri esiti positivi nel corso della vita. In particolare, le persone che dispongono di un alto livello di autostima sono risultate a più basso rischio di incorrere in una sintomatologia ansiosa e depressiva e con migliori condizioni di salute (Baumeister, 1993; Greenberg, Solomon, Pyszczynski, Rosenblatt, Burling, Lyon, Simon, & Pinel, 1992). Esse adottano strategie più efficaci nel perseguire i propri obiettivi, sono meno propense ad arrendersi di fronte agli ostacoli o alle avversità (Kernis, 1995) e percepiscono un controllo maggiore sugli eventi della propria vita (Tedeschi & Norman, 1985).

Specialmente durante l'adolescenza, elevati livelli di autostima hanno dimostrato favorire più elevati livelli di affettività positiva (gioia, piacere) e più bassi livelli di affettività negativa (rabbia, tristezza) (Avison & McAlpine, 1992; Brage & Meredith, 1994; Brown & Mankowski, 1993), strategie di gestione dello stress più adattive (DeLongis, Folkamn, & Lazarus, 1988), una maggiore tolleranza della frustrazione (Brockner, Derr, & Laing; 1987; Campbell, & Fairey, 1985), la popolarità tra i coetanei (Battistich, Solomon, & Delucchi, 1993) e il successo scolastico (Bowles, 1999; Davies, & Brember, 1999).

Una generale aspettativa positiva per il futuro, che sostanzia la disposizione di *ottimismo*, è risultata associata con la buona riuscita in diversi ambiti di vita, con un migliore stato di salute fisica ed una maggiore longevità (Carver & Scheier, 2002; Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000; O'Brien Conger, 1991; Peterson et al., 1998; Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992, 2001) e con strategie di coping attive ed efficaci, specialmente in casi di disabilità fisica o di malattie gravi patologiche (Ben-Zur, Rappaport, Ammar, & Uretzky, 2000; Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998; Carver et al., 1993; Reed, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1999; Taylor & Armor, 1996). Tra gli adolescenti, l'ottimismo è risultato connesso con l'adattamento positivo a nuovi contesti scolastici (Herman-Stahl & Peterson, 1996), con l'intenzione di evitare comportamenti sessuali a rischio (Carvajal, Garner, & Evans, 1998) e di uso di sostanze psicoattive (Carvajal, Clair, Nash, & Evans, 1998).

Altri studi hanno evidenziato che il *pensiero positivo* è caratterizzato da una elevata stabilità nel tempo, maggiore che nei singoli costrutti di autostima, ottimismo e soddisfazione di vita (Caprara & Steca, in press; Steca, 2004). Sebbene in una fase

della vita costellata da transizioni e cambiamenti come l'adolescenza, il pensiero positivo sembra essere un costrutto stabile e meno sensibile ai cambiamenti occasionali dovuti all'umore o al metodo.

Per le ragioni esposte, negli ultimi dieci anni sono state prese in esame in modo esteso sia le componenti cognitive che quelle affettive del benessere soggettivo, con particolare riferimento a quei fattori che le influenzano e le determinano nelle molteplici situazioni che caratterizzano la vita di un individuo. Nell'adolescenza, in particolare, identificare i fattori che contribuiscono ad una condizione di benessere soggettivo, rappresenta un presupposto importante per affrontare con successo le transizioni di questo periodo della vita e pone le premesse per un buon adattamento durante l'età adulta.

Il ruolo chiave che l'autoefficacia percepita esercita nell'autoregolazione del comportamento, sia direttamente, sia agendo sulle determinanti cognitive, motivazionali, decisionali ed emotive del comportamento stesso, è stato ampiamente discusso nei precedenti capitoli. Recenti sviluppi della teoria social-cognitiva hanno proposto un modello teorico che assegna alle convinzioni di autoefficacia nella gestione della propria vita emotiva un ruolo di determinante rispetto alla capacità percepita relativa all'ampio dominio delle relazioni interpersonali e sociali (Caprara, et al., 2002). La sfera emotiva e quella relazionale, insieme all'area prettamente cognitivo connessa all'esercizio del pensiero critico, del pensiero ed alla soluzione dei problemi, rivestono una rilevanza cruciale nell'esperienza e nel percorso evolutivo dell'adolescente. Ciò viene testimoniato dall'enfasi sempre maggiore rivolta all'educazione emotiva ed allo sviluppo delle competenze sociali dagli organismi e dalle istituzioni che in vario modo operano per la promozione del benessere dei giovani e per la prevenzione del suo disagio (Greenberg, et al., 2003).

## **2. Obiettivo**

L'obiettivo del presente studio è quello di estendere questa linea di ricerca, esplorando il ruolo delle convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* sul *pensiero positivo*, quale componente cognitiva del benessere soggettivo degli adolescenti.

Una vasta letteratura documenta come le capacità di problem solving consentano di trovare le risposte più efficaci nelle diverse situazioni di vita degli adolescenti

(D’Zurilla e Goldfried, 1971), le capacità di comunicazione influenzano positivamente le relazioni con gli altri e favoriscono l’accettazione reciproca (Bozek, 1992), la capacità di regolazione delle proprie emozioni sia cruciale per sviluppare la fiducia in se stessi e buone relazioni con gli altri (Goleman, 1995; Roger e Najaran 1989).

Il modello delle relazioni tra le variabili riflette lo stesso razionale che ha guidato studi precedenti (Caprara, Delle Fratte & Steca, 2002; Steca & Capanna, in press; Caprara & Steca, in press; Caprara, Picconi & Vecchio, in press) e si differenzia per l’introduzione di due nuove variabili relative alle convinzioni di efficacia degli adolescenti nella soluzione dei problemi e nella comunicazione interpersonale. In particolare, il modello proposto parte da due ipotesi principali:

1) La convinzione di esser capaci di esprimere e condividere con gli altri le proprie emozioni positive, così come di regolare e gestire le emozioni negative sono cruciali nel saper trovare le soluzioni più adatte alle situazioni e nello stabilire e mantenere relazioni positive con gli altri;

2) La convinzione di esser capaci di saper affondare le situazioni in modo efficace e di saper intrattenere buone relazioni interpersonali sono indispensabili per il buon funzionamento individuale e per il buon adattamento.

### **3. Metodo**

#### *3.1. Il campione*

Lo studio ha preso in esame un campione di 1042 studenti, di cui 358 maschi (34,4%) e 684 femmine (65,6%), con un’età compresa tra 15 e 19 anni (età media = 16,88; DS=,95). I soggetti hanno partecipato al programma nazionale “Peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000”, promosso dal Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca”, a partire dall’anno scolastico 2000-2001. Il programma, della durata di tre anni, ha coinvolto studenti della scuola secondaria superiore provenienti da 17 province italiane (Agrigento, Benevento, Brescia, Brindisi, Cagliari, Catania, Enna, Firenze, Genova, Livorno, Macerata, Modena, Pesaro, Roma, Torino, Trieste e Viterbo). Tutti gli studenti frequentano il II (13,3%), il III (40,4%) e il IV anno (46,3%) della scuola secondaria superiore; il 52,2% frequenta i Licei (Classico, Scientifico, Linguistico,



Artistico), il 33,5% gli Istituti Tecnici (Commerciale, Geometri, Industriale, ecc.), il 12,5% gli Istituti Professionali (Agrario, Turismo, Meccanici, ecc.).

Il campione in esame rispecchia, per sesso, età e tipologia di scuola, la popolazione degli studenti che hanno partecipato al programma nazionale. I partecipanti sono stati valutati nel 2002 (T1) e a distanza di un anno (2003 - T2).

### *3.2. Procedura*

La somministrazione dei questionari si è svolta in classe ed ha avuto la durata di circa un'ora scolastica. Al fine di instaurare un buon rapporto e un clima di fiducia con gli studenti, si è posta molta attenzione alla introduzione della ricerca. I questionari sono stati presentati come strumenti per conoscere i comportamenti, le idee e le emozioni dei ragazzi. Successivamente, sono state spiegate le modalità di compilazione ed è stato raccomandato di leggere attentamente le indicazioni presenti nei questionari, sottolineando che:

- È importante leggere attentamente ciascuna domanda o affermazione cercando di rispondere a tutte, senza saltarne alcuna;
- Compilare un questionario non è un compito scolastico e quindi non esistono risposte giuste o sbagliate, migliori o peggiori;
- La risposta migliore è quella più spontanea, sincera e che meglio rispecchia l'esperienza del soggetto o quello che egli effettivamente pensa, fa, sente;
- Nel caso in cui sia difficile scegliere una risposta, si può scegliere quella più vicina alla propria esperienza o opinione;
- È necessario non comunicare con gli altri durante la compilazione, in quanto ciò potrebbe influenzare le risposte date;
- Il somministratore era disponibile a fornire tutti i chiarimenti necessari.

Infine, è stata assicurata la massima riservatezza dei dati raccolti ed il loro utilizzo soltanto a scopo di ricerca.

### 3.3. Strumenti

I partecipanti hanno compilato un questionario composto da diverse scale per la misura delle variabili esaminate: scale relative all'Autoefficacia Percepita nelle *Life Skills* e scale relative al Pensiero Positivo.

#### - Scale per la misura dell'auto-efficacia nelle Life Skills

Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative (Caprara & Gerbino, 2001): misura le convinzioni di essere in grado di discriminare e gestire emozioni quali scoraggiamento, frustrazione, malumore, sconforto o rabbia. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 6 item (esempio di item "quanto sei capace di non scoraggiarti in seguito ad una pesante critica"). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi su una scala che prevede 7 posizioni: 1=Per nulla capace; 2= Poco capace; 3= Capace; 4= Mediamente capace; 5= Capace; 6= Molto capace; 7= Del tutto capace. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .78.

Autoefficacia Percepita nella Espressione delle Emozioni Positive (Caprara & Gerbino, 2001): misura le convinzioni di essere in grado di discriminare ed esprimere emozioni quali felicità, entusiasmo o contentezza. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 4 item (esempio di item: "Quanto sei capace di manifestare la tua soddisfazione quando raggiungi gli obiettivi che ti sei proposto"). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi, su una scala Likert che prevede 7 posizioni: 1=Per nulla capace; 2= Poco capace; 3= Capace; 4= Mediamente capace; 5= Capace; 6= Molto capace; 7= Del tutto capace. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .81.

Autoefficacia Percepita nella Soluzione dei Problemi (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001): misura le convinzioni di essere in grado di affrontare e risolvere problemi in modo creativo, critico e innovativo. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 6 item che valutano tre aspetti di questa dimensione: il problem solving, (esempio di item: "Quanto sei capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi"), il pensiero critico (esempio di item:

“Quanto sei capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento”) ed il pensiero creativo (esempio di item: “Quanto sei capace di trovare modi diversi per fare le stesse cose per evitare la ripetizione e la noia). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi su una scala Likert che prevede 7 posizioni: 1=Per nulla capace; 2= Poco capace; 3= Capace; 4= Mediamente capace; 5= Capace; 6= Molto capace; 7= Del tutto capace. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .76.

Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale (Pastorelli, Vecchio & Boda, 2001): misura le convinzioni di essere in grado di relazionarsi con gli altri in modo empatico e di comunicare in modo efficace. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 6 item che valutano due aspetti di questa dimensione: l’empatia (esempio di item: “Quanto sei capace di riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata”) e la comunicazione efficace (esempio di item: “Quanto sei capace di interessarti alle opinioni degli altri anche in situazioni di disaccordo”). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi, su una scala Likert che prevede 7 posizioni: 1=Per nulla capace; 2= Poco capace; 3= Capace; 4= Mediamente capace; 5= Capace; 6= Molto capace; 7= Del tutto capace. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .74.

*- Scale per la misura del pensiero positivo*

Autostima (Rosenberg, 1965): misura il senso generale di autoaccettazione, la percezione del proprio valore e la fiducia in se stessi. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 5 item (esempi di item “Penso di valere almeno quanto gli altri”). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi su una scala Likert che prevede 4 posizioni: 4=Fortemente D’Accordo, 3=D’Accordo, 2=In Disaccordo, 1=Fortemente in Disaccordo. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .84.

Ottimismo (Life Orientation Test: Scheier & Carver; 1992): misura le aspettative circa il futuro e il senso generale di ottimismo. La versione della scala utilizzata nello studio è costituita da 5 item, di cui 2 di controllo (esempio di item

“Nei momenti difficili mi aspetto che tutto vada per il meglio”). Per ciascun item i soggetti hanno valutato se stessi su una scala **Likert che prevede 5 posizioni**: 1=Fortemente in disaccordo, 2=Parzialmente in disaccordo, 3= né d’accordo né in disaccordo, 4= Parzialmente d’accordo, 5=Fortemente d’accordo. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .74. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .70.

Soddisfazione di vita (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985): misura il grado di soddisfazione rispetto alla propria vita. La scala è costituita da 5 item (esempio di item “Sono soddisfatto della mia vita”), attraverso cui i soggetti hanno valutato se stessi su una scala Likert che prevede 7 posizioni: 1=Del tutto in disaccordo, 2=Moderatamente in disaccordo, 3= Leggermente in disaccordo, 4= né d’accordo, né in disaccordo, 5= Leggermente d’accordo, 6=Moderatamente d’accordo, 7= Del tutto d’accordo. Il coefficiente alpha di Cronbach è risultato pari a .87.

### 3.4. *Analisi dei Dati*

Inizialmente sono state effettuate Analisi della Varianza univariate (ANOVA) al fine di indagare differenze ascrivibili al genere dei soggetti rispetto alle convinzioni di autoefficacia nelle *Life Skills* e agli indicatori di pensiero positivo. Le differenze relative all’età sono state successivamente approfondite tramite l’applicazione del test post-hoc di Tukey.

Successivamente, sono state esplorate le relazioni tra le variabili considerate tramite il calcolo dei coefficienti di correlazione *r di Pearson*, effettuato separatamente sul gruppo dei maschi e su quello delle femmine.

Infine, attraverso la tecnica dei modelli di equazioni strutturali, è stato testato un modello che ipotizza nessi di influenza tra le convinzioni di autoefficacia nelle *Life Skills* e il pensiero positivo.

## 4. Risultati

### 4.1. Differenze di genere ed età

In tabella 1 sono presentate, separatamente per maschi e femmine, le medie e le deviazioni standard relative alle variabili considerate al tempo 1 e al tempo 2. Le analisi della varianza a 1 via, condotte per esplorare di differenze ascrivibili al genere dei soggetti, hanno evidenziato differenze significative sia nelle convinzioni di efficacia relative a ciascuna delle *Life Skills* considerate, sia negli indicatori di pensiero positivo.

Per quanto riguarda l'autoefficacia nelle *Life Skills*, i maschi, più che le loro coetanee, presentano più salde convinzioni di essere in grado di risolvere i problemi [F(1;1035)= 15,26, p<.001] e di gestire le emozioni negative [F(1;1035)= 65,25, p<.001]. Al contrario, le femmine, più che i loro coetanei, presentano maggiore convinzione di saper comunicare con gli altri [F(1;1035)= 57,49, p<.001] e di saper esprimere le proprie emozioni positive [F(1;1035)= 10,24, p<.01]. Per quanto riguarda gli indicatori di pensiero positivo, i maschi, sia al tempo 1 che al tempo 2, presentano un maggiore senso di autostima [T1: F(1;1040)= 32,97, p<.001; T2: F(1;1040)= 15,99, p<.001], un più elevato grado di soddisfazione per la loro vita [T1: F(1;1040)= 13,19, p<.01; T2: F(1;1040)= 6,76, p<.01] e aspettative più positive verso il futuro [T1: F(1;1040)= 13,47, p<.01; T2: F(1;1040)= 5,96, p<.05].

### 4.2. Relazioni tra le variabili esaminate

La tabella 2 presenta un quadro riassuntivo delle relazioni tra le variabili misurate, separatamente per maschi e femmine. Nel gruppo dei maschi si rilevano correlazioni positive e significative tra tutte le variabili esaminate. Particolarmente elevate risultano le correlazioni tra le convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* e tra i tre indicatori del pensiero positivo al tempo 1, al tempo 2 e a distanza di un anno. Elevate risultano anche le correlazioni tra le quattro dimensioni di auto-efficacia nelle *Life Skills* e la Soddisfazione di vita e tra l'auto-efficacia nella Soluzione dei problemi e l'autostima, tutte misurate al medesimo tempo. Si rileva infine una forte

relazione tra l'auto-efficacia nell'Espressione delle Emozioni Positive e l'Ottimismo a distanza di un anno.

Anche nel gruppo dei maschi si rilevano correlazioni positive e significative tra tutte le variabili esaminate. Particolarmente elevate risultano le correlazioni tra le convinzioni di efficacia nelle *Life Skills*, fatta eccezione per la relazione tra le convinzioni di efficacia nella Gestione delle Emozioni Negative e nella Espressione delle Emozioni Positive che, seppur significativa, risulta modesta. Elevate sono le correlazioni tra i tre indicatori del pensiero positivo al tempo 1, al tempo 2 e a distanza di un anno.

#### *4.3. Nessi d'influenza tra convinzioni di autoefficacia e pensiero positivo*

Il modello posto in premessa è stato testato empiricamente utilizzando la tecnica dei modelli di equazioni strutturali, implementata tramite il programma EQS (Bentler, 2001). Per verificare la presenza di differenze di genere nei nessi di influenza ipotizzati è stato adottato un approccio multi-gruppo, che stima simultaneamente gli stessi nessi sul gruppo dei maschi e su quello delle femmine. Tale approccio consente di valutare l'equivalenza tra gruppi differenti, introducendo dei vincoli che impongono l'uguaglianza tra i parametri stimati nei diversi gruppi (Byrne, 1994). Nel programma EQS la plausibilità dei vincoli viene esaminata tramite il test dei Moltiplicatori di Lagrange (LM) (Bentler, 2001).

Il livello d'adeguatezza (fit) dei due modelli è stato valutato tramite i seguenti indici: a) l'indice Chi-quadrato ( $\chi^2$ ); b) il Non-normed Fit Index (NNFI); c) il Comparative Fit Index (CFI); d) il Root Means Square Error of Approximation (RMSEA).

Come suggerito da diversi autori (Byrne, 1994; Corbetta, 1992) il  $\chi^2$  può essere considerato più come una misura di adattamento, che come un test statistico. Conseguentemente, il suo valore è un indice della corrispondenza tra la matrice di covarianza riprodotta in base al modello e la matrice di covarianza campionaria. Tuttavia, la sua dipendenza dall'ampiezza del campione rende alquanto probabile ottenere valori elevati in campioni con numerosità elevata e valori bassi in campioni con numerosità bassa. Per questa ragione sono stati sviluppati indici alternativi di

bontà dell'adattamento. Gli indici incrementali o comparativi (come il Nonnormed Fit Index - NNFI, e il Comparative Fit Index - CFI) valutano l'adeguatezza del modello confrontando quale è il miglioramento che esso fornisce nello spiegare i dati osservati, rispetto ad un modello nullo in cui si ipotizza che non ci sia alcuna relazione tra le variabili. Di solito, valori maggiori o uguali a .90 indicano un buon adattamento del modello ai dati. L'indice RMSEA prende in considerazione l'errore di approssimazione nella popolazione, cioè la mancanza di adattamento del modello alla matrice di covarianza della popolazione e può essere utilizzato come indice di cattivo adattamento del modello nella popolazione (Barbaranelli, 2003). Valori tra 0 e .05 indicano un "fit" eccellente, mentre valori tra .05 e .08 indicano un "fit" accettabile, valori superiori a .08, infine, indicano che il modello non è consistente con i dati empirici (Brown & Cudeck, 1993).

Di seguito sarà discusso il modello di equazioni strutturali distintamente per le sue parti costitutive: il modello di misura e il modello strutturale. Il modello di misura contiene una serie di equazioni in cui vengono specificate le relazioni tra le variabili latenti e le variabili osservate. Il modello strutturale comprende, invece, le equazioni che specificano le relazioni tra i costrutti considerati.

La Figura 1 riporta i nessi di influenza significativi con  $p < .05$  riscontrati. I valori riportati fuori parentesi si riferiscono al modello testato sui maschi, mentre i valori riportati in parentesi si riferiscono al gruppo delle femmine.

#### Modello di misura

Sia per il gruppo dei maschi che per quello delle femmine viene confermata la riconducibilità delle variabili osservate a specifiche variabili latenti. Infatti, il pensiero critico, il pensiero creativo e il problem solving sono riconducibili ad un'unica dimensione latente denominata Autoefficacia nella Soluzione dei Problemi; l'empatia e la comunicazione efficace sono riconducibili alla dimensione latente denominata Auto-efficacia nella Comunicazione Interpersonale; infine, l'autostima, la soddisfazione di vita e l'ottimismo sono riconducibili alla dimensione latente denominata pensiero positivo.

Tutte le dimensioni presentano saturazioni piuttosto elevate (tra .54 e .74) ed equivalenti per ragazzi e ragazze. La varianza spiegata da ciascuna variabile osservata varia dal 30% dell'autostima al 55% dell'auto-efficacia empatica, per i

ragazzi e dal 31% dell'auto-efficacia nella comunicazione al 56% dell'auto-efficacia nel pensiero critico per le ragazze.

### Modello strutturale

I dati empirici avvalorano un flusso di relazioni di influenza che è sostanzialmente in accordo con gli assunti stabiliti in premessa. Le convinzioni di auto-efficacia nella gestione delle emozioni negative, nella espressione delle emozioni positive, nella soluzione dei problemi e nella comunicazione interpersonale esercitano, in diversa misura per il gruppo dei maschi e per quello delle femmine, una influenza (diretta e indiretta) sul pensiero positivo.

Entrando nel dettaglio del modello presentato in figura 1, le convinzioni di auto-efficacia nella gestione delle emozioni negative e nella espressione delle emozioni positive influenzano significativamente, sia nei maschi che nelle femmine, l'auto-efficacia nella soluzione dei problemi, al medesimo tempo e il pensiero positivo, a distanza di un anno. Soltanto per le femmine, è presente un nesso di influenza tra le convinzioni di auto-efficacia nella espressione delle emozioni positive e l'auto-efficacia nella comunicazione interpersonale; quest'ultima non riceve influenze dall'auto-efficacia nella gestione delle emozioni negative.

L'auto-efficacia nella soluzione dei problemi esercita una influenza sul pensiero positivo, sia diretta, sia mediata dall'auto-efficacia nella comunicazione interpersonale (soltanto nelle femmine).

Infine, le convinzioni di efficacia nella gestione delle emozioni negative e nell'espressione delle emozioni positive risultano significativamente correlate, sia nel gruppo dei maschi che nel gruppo delle femmine.

Il modello presenta indici che sostanziano una forte adeguatezza rispetto ai dati empirici:  $\chi^2$  (54, M= 358, F=684) 160,641,  $p=.000$ , NNFI=.93, CFI=.96, SRMR=.035, RMSEA= .04 (.036 .051). Il modello risulta particolarmente efficiente nel rendere ragione della variabilità dei costrutti considerati. In particolare esso spiega il 58%, per i maschi e il 47% per il gruppo delle femmine, della varianza dell'auto-efficacia nella soluzione dei problemi; il 63%, per il gruppo dei maschi e il 73%, per il gruppo delle femmine, della varianza dell'auto-efficacia nella comunicazione interpersonale; il 27%, per il gruppo dei maschi e il 34% per il gruppo delle femmine del pensiero positivo.



Per validare ulteriormente il modello, è stato esaminato un modello alternativo nel quale è stato ipotizzato un flusso di relazioni di influenza che legano, soltanto in modo indiretto, le convinzioni di auto-efficacia nella gestione delle emozioni negative e nella espressione delle emozioni positive al pensiero positivo (Emozioni Negative e Positive > Soluzione dei problemi > Comunicazione Interpersonale > Pensiero Positivo). Gli indici relativi a questo modello sono risultati decisamente peggiori rispetto a quelli del modello nella figura 1 [ $\chi^2$  (31, M= 358, F=684) = 198.210,  $p < .05$ ; NNFI = .90; CFI = .94; SRMR=.035, RMSEA = .072 (.062 .082)] e il  $\chi^2$  è risultato significativamente più elevato ( $p < .000$ ).

## **5. Discussioni e Conclusioni**

I risultati dello studio hanno avvalorato, sia per i ragazzi che per le ragazze, il modello di relazioni di influenza ipotizzato tra le convinzioni di autoefficacia nella gestione delle emozioni negative e il pensiero positivo. In particolare viene confermato ed esteso un modello teorico che assegna alle convinzioni di autoefficacia nella sfera emotiva una priorità rispetto alle convinzioni di autoefficacia nella sfera interpersonale e in quella relativa alla soluzione dei problemi, modello che è stato precedentemente validato in svariati altri studi condotti su adolescenti (Caprara et al. 1999; Caprara, & Steca, in press).

Rispetto alla capacità di pensiero positivo, oltre ad essere stata confermata l'influenza diretta da parte delle convinzioni di autoefficacia nella espressione delle emozioni positive (sia per i ragazzi che per le ragazze) e nella gestione delle emozioni negative (soltanto per le ragazze), sono soprattutto degne di nota le forti influenze ricevute da parte dell'autoefficacia nella soluzione dei problemi (sia per i ragazzi che per le ragazze) e nella comunicazione interpersonale (soltanto per le ragazze). Il sentirsi capaci di tollerare il malumore, sopportare la frustrazione e superare lo stress riveste per l'adolescente un'importanza cruciale rispetto alla possibilità di riflettere ed interpretare gli eventi in modo positivo, nonché rispetto alla percezione di saper analizzare le situazioni in modo critico, di trovare soluzioni creative ai problemi, di saper comunicare ed empatizzare con gli altri.

I risultati ottenuti sembrano di particolare interesse anche in considerazione delle differenze di genere riscontrate sia nel grado di pensiero positivo che in quello delle

convinzioni di efficacia. Le ragazze, infatti, si percepiscono più capaci di esprimere le emozioni positive e di comunicare ed empatizzare con gli altri, ritengono di essere meno capaci di gestire le emozioni negative e lo stress, e forse anche per questo, riportano più bassi livelli di autostima, soddisfazione di vita e ottimismo.

Al contrario, i ragazzi si percepiscono più capaci di risolvere i problemi e di gestire le emozioni negative e riportano più elevati livelli di autostima, soddisfazione di vita e ottimismo.

Tali risultati si accordano con quelli di altri studi condotti su gruppi di adolescenti e di adulti (Caprara, Delle Fratte, Steca, 2002; Caprara, Capanna, Steca, Paciello, in press; Caprara, Steca, Capanna, Caprara, 2003) e con quelli della letteratura che riconosce una maggiore predisposizione femminile alla relazione, forse in risposta a precise prescrizioni sociali, ma pone anche l'attenzione sulle difficoltà che le ragazze incontrano nel gestire i sentimenti di frustrazione, di rabbia che ne possono derivare (Steca, Capanna, Vecchio, 2002).

Il modello presentato, non si propone certamente come esaustivo rispetto alla spiegazione delle determinanti del pensiero positivo, anche in considerazione del fatto che un'ampia porzione di varianza non risulta spiegata dalle variabili considerate. E' probabile che considerando le convinzioni di efficacia in altri specifici ambiti della vita degli adolescenti, si sarebbe potuto rendere conto di una porzione maggiore di varianza (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999).



### **Studio 3**

#### **La valutazione di un programma di intervento di promozione delle Life Skills**

##### **1. Introduzione**

Il contesto scolastico rappresenta un luogo privilegiato per la trasmissione e l'acquisizione di competenze psicologiche e sociali indispensabili per affrontare con successo la transizione all'età adulta. L'adolescenza, in particolare, rappresenta un'importante periodo formativo per lo sviluppo di pattern di comportamento che perdurano fino all'età adulta. Per tali ragioni, negli ultimi anni, i programmi di intervento a sostegno del benessere giovanile si sono concentrati in questa, ma anche nelle precedenti fasce d'età, mirando ad accrescere e incoraggiare l'autonomia e l'assunzione di responsabilità dei giovani ed a rafforzarne specifiche capacità individuali.

Come è stato discusso nel capitolo 2, tali programmi si fondano sullo sviluppo ed il potenziamento delle abilità di vita o *Life Skills*, raccomandate anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1993) come abilità indispensabili per favorire un adattamento positivo dei giovani al mondo circostante. Da una ricognizione dei vari programmi di *life skills* realizzati, sono emersi alcuni fattori chiave che sembrano connessi con la loro efficacia (W.H.O., 1996): l'insegnamento congiunto di abilità generali e di abilità specifiche connesse a specifici problemi; l'insegnamento di abilità appropriate alle diverse fasi evolutive; la presenza di una leadership formata dai pari per lavorare con gli adolescenti; l'esplicitazione dei collegamenti con le aree curriculari; l'utilizzazione di materiali aggiornati, chiari, "user-friendly"; l'implementazione dei programmi su tempi lunghi; il coinvolgimento attivo e la formazione di docenti e studenti.

L'intervento descritto nel presente contributo, nell'intento di promuovere il benessere degli studenti e contrastarne i fattori di rischio all'interno del contesto scolastico, ha coniugato l'educazione alle life skills con la metodologia della peer education. In particolare, si è privilegiata l'opportunità che tale metodologia offre di utilizzare i pari come "agenti di cambiamento", facendo leva sui comportamenti prosociali dei ragazzi, sulla loro capacità di provare empatia, di rispecchiarsi nella condizione dei propri compagni (Menesini, 2002) e di trasmettere conoscenze e abilità di interesse comune a tutti gli adolescenti.

Esperienze di educazione tra pari possono essere documentate fin dai tempi di Aristotele (Wagner, 1982). In tempi recenti, grazie alla sua capacità di promuovere modelli di comportamento positivo e di rendere i giovani protagonisti del loro sviluppo personale, questa metodologia si è rilevata particolarmente efficace nella prevenzione di comportamenti a rischio (abuso di droghe, trasmissione dell'HIV, gravidanze indesiderate, violenza verso le donne, insuccesso scolastico) e nella promozione della salute. La flessibilità di applicazione ad una ampia varietà di problematiche ha permesso che si diffondesse in contesti e setting diversi quali la scuola, l'università, centri giovanili, comunità e reti informali.

Nell'ambito scolastico, che costituisce il focus del nostro intervento, l'educazione tra pari offre notevoli potenzialità formative: essa, infatti, promuove e mantiene relazioni ispirate all'accoglienza e alla collaborazione, si fonda sul rapporto amicale per modificare opinioni o atteggiamenti errati e per affrontare problemi di conflittualità, suscita il desiderio di conoscenza e di un buon rapporto con gli altri (Milburn, 1995).

Turner e Shepherd (1999), attraverso l'esame di un'ampia letteratura, hanno messo in luce i processi di apprendimento implicati nella metodologia della peer education, gli elementi che le conferiscono efficacia come strumento di prevenzione e i motivi che ne favoriscono la realizzabilità in diversi contesti. Gli autori, sebbene abbiano definito la peer education un metodo ancora in cerca di teoria, hanno individuato molteplici ragioni che giustificano l'utilizzo di interventi basati sull'apporto dei pari: la relativa economicità della peer education rispetto ad altre metodologie, la credibilità dei coetanei come fonti di informazione, il rafforzamento delle convinzioni di efficacia e l'empowerment che si realizza tra partecipanti,

l'utilizzo di reti già istituite per la condivisione di informazioni e opinioni, l'efficacia dei messaggi dovuta all'identificazione con i pari, la funzione di modello positivo assolta dai peer educator, i benefici che ne derivano per gli stessi peer educator, la maggiore accettabilità dei contenuti proposti da coetanei, la possibilità di raggiungere persone che altri metodi educativi non raggiungono, la capacità di rinforzare l'apprendimento dei coetanei attraverso il contatto continuativo (Turner & Shepherd, 1999, pp. 236-237).

Tra tutte queste ragioni, presentano una attinenza diretta con l'approccio teorico adottato nell'intervento formativo proposto: la teoria social-cognitiva (Bandura, 1997). In particolare l'autoefficacia, il modellamento, la credibilità dei coetanei e il rinforzo, rappresentano componenti importanti dell'intervento realizzato, su cui la metodologia della peer education fonda la propria azione educativa.

Infine, allo scopo di conferire maggiore efficacia all'intervento, precedenti esperienze (Germino, Pastorelli, Cassano, 2002) hanno suggerito di definire percorsi formativi che riflettono gli effettivi ambiti di interesse o problematicità di ciascuna classe e che possano tradursi nell'individuazione di aree di miglioramento specifiche e condivise da studenti e docenti.

## **2. L'intervento**

Lo studio riguarda la valutazione di un programma di sviluppo delle *Life Skills* condotto con la metodologia della *Peer Education*. L'intervento è realizzato in 4 Istituti di Istruzione Secondaria Superiore della Puglia, a cui hanno partecipato 246 studenti delle prime classi (1°, 2°, 3°). Complessivamente sono state coinvolte 13 classi di Scuola Superiori suddivise in 3 gruppi: un gruppo di 5 classi (Istituti Tecnici e Professionali) che hanno partecipato ad un percorso formativo di 30 ore rivolto ai peer educator (2 per classe) ed ai docenti tutor (1 per classe) (*training breve*); un gruppo di 3 classi di un Istituto Tecnico che hanno partecipato ad un percorso

formativo di 50 ore rivolto alla classe ed ai peer educator (*training intensivo*); un gruppo di 5 classi di Istituti Tecnici e Professionali che non hanno partecipato ad alcun percorso formativo, ma a cui è stata somministrata la batteria di valutazione.

## 2.1. Training intensivo

Il training è stato distinto in 3 fasi: la fase iniziale (Dicembre 2003) si è svolta in un'unica sessione articolata in tre giornate, la fase intermedia in due sessioni di tre giornate ciascuna (Febbraio, Marzo 2004), la fase finale in un'unica sessione articolata in tre giornate (Aprile, 2004). L'attività formativa, in tutte le fasi del progetto, è stata distinta in tre parti: a) La formazione dei peer educator; b) La formazione congiunta classe-peer educator; c) la formazione dei docenti tutor.

### a) La formazione dei peer educator

Per quanto riguarda i peer educator sono stati realizzati incontri di training che precedevano e seguivano l'attività formativa in classe in tutte le fasi del progetto. Ciò allo scopo di preparare i "peer" allo svolgimento del loro ruolo e analizzare criticamente quello che avveniva durante ciascuna sessione in classe.

La prima parte della formazione dei peer educator è stata dedicata a temi generali di utilità trasversale a tutte e tre le classi. In particolare, sono state approfondite le tematiche riguardanti la comunicazione efficace, l'autoregolazione dell'apprendimento, l'empatia.

La seconda parte della formazione è stata dedicata all'acquisizione di strumenti di osservazione ed analisi delle situazioni in classe. I peer educator, infatti, sono stati coinvolti, con il ruolo di osservatori, nelle attività delle classi alle quali non

appartenevano; ciò allo scopo di fornire un punto di vista “altro” delle relazioni di ciascuna classe ed offrire un “*feedback*” competente sulle situazioni analizzate.

La terza parte della formazione dei peer educator ha riguardato l’acquisizione degli strumenti necessari per la conduzione dei lavori di gruppo in classe. In particolare, sono state approfondite le tecniche del Brainstorming, del Role Playng, del Goal-Setting (percorso per obiettivi) e degli Incidenti Critici.

#### *b) La formazione congiunta classe-peer educator*

La formazione congiunta classe-peer educator, realizzata all’interno delle classi coinvolte, ha consentito di identificare le problematiche specifiche di ciascuna classe e definire in maniera condivisa obiettivi coerenti e perseguibili.

Nella fase iniziale è stata effettuato un incontro per la presentazione del progetto a tutti gli studenti delle tre classi, al quale hanno partecipato anche i docenti tutor e i docenti delle classi interessati al progetto. Questa prima fase è stata dedicata alla sensibilizzazione dei partecipanti ai concetti di life skills e peer education, allo scopo di creare le condizioni necessarie per la diffusione del progetto nelle classi coinvolte.

Gli obiettivi della attività formativa hanno riguardato l’individuazione dell’area di miglioramento e la scelta dei peer educator in ciascuna delle tre classi coinvolte la scelta delle aree di miglioramento e dei peer educator in ciascuna classe. A conclusione di questa fase è stata effettuata la rilevazione iniziale dei dati per la valutazione ed il monitoraggio del progetto.

Nella fase intermedia, in ciascuna delle tre classi è stata analizzata la situazione di ciascuna classe e lo stato delle attività di progetto fino a quel momento realizzate. Attraverso il lavoro in sottogruppi gli studenti hanno riflettuto sulla propria situazione di classe, avvalendosi anche di alcune schede per l’individuazione dei punti i forza e dei punti deboli o di ostacolo. In questa fase sono stati definiti gli obiettivi specifici di ciascuna classe ed elaborati dei piani d’azione per la realizzazione di percorsi di classe. In particolare, una classe ha privilegiato la



partecipazione attiva e positiva alla vita nella classe, una classe il potenziamento delle abilità comunicative e di apprendimento cooperativo in classe, una classe, infine, le abilità di autoregolazione dell'apprendimento attraverso attività di tutoraggio tra pari.

La fase finale del percorso formativo è stata dedicata all'analisi ed alla riflessione sulle azioni di implementazione e sulle attività svolte nella fase iniziale ed intermedia del progetto. La condivisione dei dati rilevati attraverso le schede di monitoraggio compilate dagli studenti, dai peer educator e dai docenti tutor, ha permesso di conoscere il loro grado di partecipazione attiva e di coinvolgimento nel progetto e di apprezzare il ruolo e l'impegno di ciascuna componente del progetto.

A questa analisi generale è seguita quella specifica sui singoli progetti di classe. In questa fase ciascuno studente, sia in modo unitario sia in sottogruppi, ha ripercorso il cammino fino a quel momento svolto, ha messo in luce le attività svolte e quelle ancora da completare ed ha fatto un bilancio dell'esperienza personale e di classe.

### *c) La formazione dei docenti*

L'attività formativa per i docenti delle classi che hanno partecipato al progetto ha seguito, la scansione delle fasi del progetto, rispecchiandone obiettivi ed attività. La formazione è stata distinta in sessioni rivolte ai docenti tutor e sessioni rivolte all'intero corpo docente delle classi.

Come per i peer educator, sono stati realizzati incontri che precedevano e seguivano ciascuna attività in classe, alle quali i docenti tutor partecipavano in maniera attiva o in qualità di osservatori. Una parte della formazione è stata dedicata a delineare la figura del docente tutor del progetto, individuarne i compiti ed analizzarne i vissuti. Un'altra parte, si è invece focalizzata sugli aspetti organizzativi del progetto che avevano particolare rilevanza sullo svolgimento ottimale delle attività. Infine, una parte è stata dedicata all'analisi del rapporto con gli altri docenti delle classi.

Gli incontri di formazione rivolti ai docenti delle classi, realizzati in ciascuna fase del progetto, hanno mirato a fornire gli elementi teorici e applicativi fondanti l'intervento, sensibilizzare e coinvolgere i docenti nel progetto, condividere con loro gli obiettivi ed analizzare eventuali situazioni di disaccordo.

## 2.2. Training breve

Sia nelle classi che hanno ricevuto il training breve, sia in quelle che hanno ricevuto il training intensivo, l'intervento può essere distinto in due fasi: la prima relativa alle azioni di implementazione del progetto e la seconda relativa alle attività di formazione.

I destinatari della prima parte sono stati i referenti provinciali per l'educazione alla salute, i docenti coordinatori del progetto nelle scuole e i docenti tutor delle classi coinvolte nel progetto.

La fase di formazione all'implementazione è comune ai due tipi di training. In questa fase (prima giornata - 4 ore) è stata costituita la coalizione di progetto, sono stati sensibilizzati i partecipanti ai contenuti relativi alle life skills ed alla peer education, attraverso l'approfondimento teorico e la riflessione sulle esperienze personali, sono state implementate le capacità relazionali e gestionali necessarie ad un'efficace realizzazione del progetto, sono state forniti gli strumenti per la rilevazione dei bisogni formativi e per l'individuazione dei peer educator nelle classi.

La parte di formazione contraddistingue i due gruppi. Rispetto al gruppo di classi che ha seguito il training breve sono stati realizzati 3 incontri.

Il primo incontro di formazione ha visto come destinatari i docenti coordinatori delle scuole, i docenti tutor delle classi, i peer educator delle classi. La durata di una giornata (8 ore). In questa fase sono stati approfonditi i contenuti relativi alle life skills e alla peer education, forniti strumenti per l'individuazione delle aree di miglioramento nelle singole classi, individuati e messi a punto gli strumenti operativi per la realizzazione delle attività di classe, forniti strumenti per la realizzazione di un monitoraggio delle attività delle classi.

Il secondo incontro di formazione ha visto come destinatari i docenti coordinatori delle scuole, i docenti tutor delle classi, i peer educator delle classi. Durata: 2

giornate (14 ore). In questa fase sono stati Monitorate le azioni di implementazione del progetto in classe (sensibilizzazione, scelta dei peer educator, scelta dell'area di miglioramento), forniti gli strumenti metodologici necessari per l'attività di progettazione delle singole classi (percorso per obiettivi o Goal- Setting), individuare le attività da realizzare e gli obiettivi da raggiungere durante l'anno scolastico, individuare e mettere a punto di strumenti operativi per la realizzazione delle attività previste.

Il terzo incontro di formazione ha visto come destinatari i docenti coordinatori delle scuole, i docenti tutor delle classi, i peer educator delle classi. Durata: 1 giornata (8 ore). In questa fase è stato fatto il punto sullo stato della realizzazione dei progetti e indicazioni per la loro conclusione e sono state svolte riflessioni sull'esperienza (punti di forza e di debolezza).

### **3. La ricerca**

Lo studio si propone di esaminare eventuali differenze ascrivibili al tipo di intervento (Training Breve, Intensivo, Controllo) relativamente alle competenza degli studenti nelle Life Skills (Soluzione dei Problemi, Comunicazione Interpersonale e Sociale, Gestione delle Emozioni Negative, Espressione delle Emozioni Positive – Valutazione dei Pari).

#### **3.1 Soggetti**

Hanno partecipato alla ricerca complessivamente 246 soggetti, di cui 190 maschi e 56 femmine, età media=15,18 al momento della prima rilevazione (d.s. 0,55), frequentanti le classi prima, seconda e terza di quattro Istituti di istruzione Secondaria Superiore pugliesi. I soggetti del campione sono stati esaminati al tempo 1 (inizio anno scolastico) e al tempo 2 (fine anno scolastico).

#### **3.2 Gruppi**

In tutti e quattro le scuole considerate sono stati realizzati progetti di sviluppo delle Life Skills attraverso la metodologia della peer education. Nell'ambito di questi progetti sono stati effettuati diversi tipi di training: un programma di formazione per i

peer educator che prevedeva un training di 30 ore (training breve), rivolto ai peer educator di 5 classi; un programma di formazione di 50 ore (training intensivo) rivolto a tutti gli studenti di 3 classi coinvolte nel progetto. Infine, è stato individuato un terzo gruppo di 5 classi con caratteristiche simili alle precedenti, che non ha partecipato al progetto e non ha effettuato alcun training (gruppo di controllo).

### 3.3 Strumenti

#### - *Questionario per la misura della competenza dei compagni nelle Life Skills*

La competenza nelle Life Skills degli studenti è stata valutata attraverso un questionario peer rating mutuato dal questionario di autovalutazione (Pastorelli, Vecchio, Boda, 2001; Pastorelli, Picconi, 2001). Il questionario comprende 12 affermazioni (item) rispetto alle quali gli studenti valutano il grado di competenza di ognuno dei propri compagni di classe nelle quattro dimensioni delle Life Skills.

Competenza nella Soluzione dei Problemi: viene misurata attraverso 3 item relativi alla capacità dei compagni di affrontare e risolvere problemi in modo creativo, critico e innovativo. Gli item indagano tre aspetti di questa dimensione: il problem solving, il pensiero critico ed il pensiero creativo. La competenza nel problem solving è stata indagata attraverso item quali *“E’ capace di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi”*. La competenza relativa al *pensiero critico* è stata rilevata attraverso item come: *“E’ capace di riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento”*. Infine, la competenza relativa al pensiero creativo è stata rilevata attraverso item come *“E’ capace di trovare modi diversi per fare le stesse cose per evitare la ripetizione e la noia”*.

Competenza nella Comunicazione Interpersonale e Sociale: viene misurata attraverso 3 item relativi alla capacità di relazionarsi con i loro compagni in modo empatico, di comunicare con loro in modo efficace, di affrontare le situazioni di gruppo in modo partecipativo e costruttivo, di affermare le proprie opinioni e diritti. Le affermazioni riflettono tre aspetti del costrutto ovvero l’Empatia, l’Autoefficacia Sociale e la Comunicazione Efficace. La competenza relativa al provare empatia è stata rilevata attraverso l’item *“E’ capace di cercare di vedere le cose attraverso gli occhi degli altri”*. La competenza sociale è stata rilevata attraverso l’item *“E’ capace di dire quello che penso anche quando gli altri non sono d’accordo con me”*. Infine,

la competenza relativa alla comunicazione efficace è stata rilevata attraverso l'item *"E' capace di tener conto dei pareri diversi dal mio punto di vista"*.

Competenza nella Gestione delle Emozioni Negative: viene misurata attraverso 3 item relativi alla capacità dei compagni di regolare adeguatamente le emozioni negative come l'ansia, lo stress relativo ad una prova, la tensione, attraverso item come *"E' capace di evitare di scoraggiarmi di fronte alle avversità"* e *"E' capace di mantenermi calmo in situazioni di stress"*.

Competenza nella nell'Espressione delle Emozioni Positive: viene misurata attraverso 3 item relativi alla capacità dei compagni di esprimere le emozioni positive, come l'entusiasmo, la soddisfazione e la gioia, attraverso item come *"E' capace di esprimere la mia felicità quando mi succede qualcosa di bello"* e *"E' capace di manifestare la mia soddisfazione quando raggiungi gli obiettivi che mi sono proposto"*.

A ciascun item gli studenti rispondevano utilizzando una scala a 7 posizioni: 1 = per nulla capace; 2 = scarsamente capace; 3 = poco capace; 4 = mediamente capace; 5 = capace; 6 = molto capace; 7 = del tutto capace.

#### *3.4. Analisi statistiche*

Sono state effettuate delle Analisi della Varianza (ANOVA) fattoriali a misure ripetute al fine di indagare differenze ascrivibili al tipo di training ricevuto rispetto alle convinzioni di autoefficacia nelle *Life Skills*. Le differenze relative al training sono state successivamente approfondite tramite l'applicazione del test post-hoc di Tukey.

#### *3.5. Risultati*

Sono stati approfonditi gli effetti del programma sulle più importanti variabili considerate: convinzioni di efficacia (auto-valutazione) e competenza (valutazione dei genitori e dei pari) nelle *Life Skills*, convinzioni di efficacia e competenza scolastica, regolatoria e sociale degli studenti. I risultati presentati tengono conto della partecipazione al progetto (gruppo training intensivo, gruppo training breve e gruppo di controllo).

- ANOVA A MISURE RIPETUTE 2 (TRAINING INTENSIVO, TRAINING BREVE, CONTROLLO) X 2 (TEMPO 1, TEMPO 2)

Le analisi della varianza a misure ripetute (gruppo x tempo) condotte per le differenti misure, hanno evidenziato effetti significativi relativamente alla valutazione di competenza nelle *Life Skills* effettuata dai pari (Tabella 1).

Per quanto riguarda la competenza dei compagni nella *Soluzione dei Problemi* sono emersi: un effetto significativo a carico del fattore within "Tempo" [ $F(1,302)=29,20$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 9% della varianza; un effetto significativo a carico dell'interazione tra il fattore between "Gruppo" e il fattore within "Tempo" [ $F(2,302)=12,56$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 8% della varianza. Non sono emerse differenze significative a carico del fattore "gruppo di appartenenza" [ $F(1,302)=2,79$ ; ns].

Per quanto riguarda la competenza dei compagni nella *Comunicazione Interpersonale* sono emersi: un effetto significativo a carico del fattore "gruppo di appartenenza" [ $F(1,302)=3,66$ ;  $p<,05$ ], che spiega il 2,4% della varianza; un effetto significativo a carico del fattore within "Tempo" [ $F(1,302)=21,81$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 6,7% della varianza; un effetto significativo a carico dell'interazione tra il fattore between "Gruppo" e il fattore within "Tempo" [ $F(2,302)=5,39$ ;  $p<,01$ ], che spiega il 3,4% della varianza.

Per quanto riguarda la competenza dei compagni nella *Gestione delle Emozioni Negative* sono emersi: un effetto significativo a carico del fattore "gruppo di appartenenza" [ $F(1,302)=4,66$ ;  $p<,05$ ], che spiega il 3% della varianza; un effetto significativo a carico del fattore within "Tempo" [ $F(1,302)=29,25$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 8,8% della varianza; un effetto significativo a carico dell'interazione tra il fattore between "Gruppo" e il fattore within "Tempo" [ $F(2,302)=9,84$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 6,1% della varianza.

Per quanto riguarda la competenza dei compagni nella *Espressione delle Emozioni Positive* sono emersi: un effetto significativo a carico del fattore within "Tempo" [ $F(1,302)=18,52$ ;  $p<,0001$ ], che spiega il 5,8% della varianza; un effetto significativo a carico dell'interazione tra il fattore between "Gruppo" e il fattore within "Tempo" [ $F(2,302)=4,17$ ;  $p<,05$ ], che spiega il 2,7% della varianza. Non sono

emerse differenze significative a carico del fattore "gruppo di appartenenza" [F(1,302)= 1,76; ns].

L'esame dei confronti post-hoc (Tuckey) ha messo in evidenza configurazioni simili per tutte e quattro le dimensioni di competenza nelle *Life Skills*. Infatti, tra l'inizio e la fine del progetto, soltanto per gli studenti che hanno partecipato al *training intensivo*, si registrano miglioramenti significativi nella competenza dei compagni nella *soluzione dei problemi* ( $p<,0001$ ), nella comunicazione interpersonale ( $p<,0001$ ), nella gestione delle emozioni negative ( $p<,0001$ ) e nella espressione delle emozioni positive ( $p<,0001$ ).

Non sono emerse differenze significative tra i due tempi nel caso dell'autoefficacia e della competenza (valutata dai genitori) scolastica, regolatoria, sociale e nelle *Life Skills* degli studenti.

#### **4. Discussioni e conclusioni**

A distanza di un anno scolastico è stato possibile osservare miglioramenti significativi nelle valutazioni di competenza nelle *Life Skills* che i pari fornivano per i propri compagni. Infatti, gli studenti delle classi che hanno partecipato ai progetti sono stati valutati dai propri compagni, a distanza di sei mesi, più capaci di risolvere i problemi in modo critico e creativo, di instaurare e mantenere buoni rapporti interpersonali, di gestire le emozioni negative e lo stress, di esprimere in modo appropriato le proprie emozioni positive. Il breve intervallo di tempo tra le due valutazioni può spiegare il fatto che né le convinzioni di efficacia degli studenti, né le valutazioni dei genitori relative alla competenza nelle *Life Skills* dei figli abbiano ottenuto incrementi significativi.





## Conclusioni

Complessivamente i risultati ottenuti nei tre studi incoraggiano anche nel contesto italiano l'utilizzo di un modello di intervento preventivo ispirato alla promozione delle abilità di vita nei giovani, mettendo in luce l'importanza dell'impiego di strumenti di misura validi, della verifica empirica di modelli concettuali ed infine della valutazione degli interventi. In particolare:

- *I risultati del primo studio* hanno avvalorato l'adeguatezza delle caratteristiche psicometriche delle scale per la misura dell'autoefficacia e della competenza nelle *Life Skills* nei contesti educativi. Dal punto di vista applicativo, se utilizzate insieme, misure di autoefficacia, di competenza e di altri indicatori di adattamento o disadattamento, consentono di avere accesso alla complessità delle informazioni sulle risorse degli adolescenti a partire da contesti e punti di vista diversi. Ciò permette di indirizzare gli interventi educativi generali o quelli di sostegno individuale verso le aree nei quali gli adolescenti si percepiscono o vengono valutati meno capaci. Per tali ragioni se ne raccomanda soprattutto l'impiego nei contesti scolastici che prevedono l'attuazione di programmi di educazione alle *Life Skills* in generale, e di prevenzione del rischio e di promozione del benessere giovanile, in particolare. In tali ambiti, esse possono fornire buoni indicatori del livello di abilità psicosociali possedute dai ragazzi e possono essere utilizzate come validi strumenti di misura pre e post intervento.

- *I risultati del secondo studio* hanno messo in evidenza un modello capace di rendere ragione degli aspetti da considerare nello studio e nella promozione del benessere soggettivo degli adolescenti, di cui, secondo la distinzione già discussa, il pensiero positivo rappresenta la componente cognitiva. Il modello proposto conferma la validità dell'approccio che pone le *Life Skills* come abilità fondamentali che possono garantire lo sviluppo e l'adattamento ottimale dei giovani. Inoltre, trova conferma il ruolo sostanziale che l'autoefficacia degli adolescenti in tali abilità esercita rispetto all'effettivo modo di pensare la propria vita. Dal punto di vista della ricaduta applicativa si può concludere che, sviluppare le convinzioni di efficacia nelle *Life Skills* può accrescere la capacità di pensare a se stessi e alla propria vita in modo positivo ed innescare circuiti virtuosi tra specifiche abilità e una condizione di sempre maggior benessere.

- I risultati del terzo studio hanno verificato l'efficacia di interventi per lo sviluppo delle Life Skills nel contesto scolastico soprattutto quando inseriti all'interno di un obiettivo educativo più ampio e modellati sulle effettive esigenze degli studenti. A tal riguardo i risultati suggeriscono la necessità di implementare interventi formativi che coinvolgano i diversi ruoli presenti nel contesto scolastico e contemplino la partecipazione degli studenti sin dalla fase di progettazione.

Inoltre, training formativi che definiscono obiettivi di sviluppo precisi e specifici, contribuiscono a rendere consapevoli i ragazzi di poter incidere positivamente su importanti fattori del loro sviluppo personale.

Infine appare importante segnalare alcuni limiti di questi studi al fine di un proseguio della ricerca futura. In particolare nel primo studio non è stato possibile mettere a confronto le auto-valutazioni con le etero-valutazioni (genitori e pari). Studi successivi di validazione degli strumenti dovrebbero utilizzare i tre valutatori (studenti, genitori e pari) contemporaneamente al fine di sostenere ulteriormente la loro validità di costrutto. Inoltre la valutazione degli insegnanti sulle competenze dei giovani dovrebbe rappresentare un ulteriore fonte di informazione rilevante.

Nel secondo studio, pur muovendo da un assunto teorico, non sono stati testati modelli alternativi e ciò evidentemente rappresenta un limite.

Il terzo studio infine necessita di ulteriori messe alla prova riguardo soprattutto la generalizzazione dei risultati in altri contesti scolastici.

A partire da questi limiti riteniamo importante muovere i passi successivi con lo scopo di coniugare la prassi della ricerca con la prassi dell'intervento e di diffondere una cultura della prevenzione e di promozione del benessere dei giovani.

Mai come oggi si prospettano ai giovani tanti percorsi di crescita alternativi, e mai come oggi si impongono numerose sfide nel diventare adulti. È importante dunque per gli educatori riconoscere la decisiva importanza non solo degli aspetti connessi alle capacità intellettive dei giovani ma anche a quelle di gestione dei problemi, delle loro relazioni e dei loro affetti. Ciò evidentemente richiama una maggiore attenzione nei riguardi degli strumenti che si rivelano più capaci di cogliere al contempo carenze e risorse. Mentre attraverso un esame delle carenze è possibile stabilire ciò che è necessario potenziare, attraverso l'esame delle risorse invece si può capire ciò su cui fare leva per accompagnare un percorso di cambiamento.

L'esame dei nuovi approcci teorici ha messo in luce il passaggio da una visione dello sviluppo come processo disseminato di rischi per l'individuo, ad una visione che ne esalta le potenzialità e ne promuove risorse e abilità. Di riflesso, gli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza traggono un nuovo vantaggio da un modello che mira a promuovere il benessere, la salute e il buon adattamento nei diversi contesti di vita.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agee VL. *Treatment of the Violent Incurable Adolescent*. Lexington, MA: Lexington Books, 1979.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Potomac, MD: Lawrence Erlbaum.
- Ajzen I. (1985) From intentions to actions: A theory of planned behavior, In J. Kuhl and J. Beckmann (eds), *Action-control: From cognition to behavior*, Heidelberg, Germany: Springer, 11-39.
- Ajzen, I. (1988), *Attitudes, Personality and Behaviour*, Milton Keynes, Open University Press.
- Ajzen, I. (1991), The theory of planned behaviour, *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Akers, R. L., Krohn, M. D., Lanza-Kaduce, L. & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- Allen, J. P., Philliber, S., Herrling, S., & Kuperminc, G. P. (1997). Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development*, 64, 729-742.
- Arnett, J. J. (2001). *Adolescence and Emerging Adulthood: A Cultural Approach*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 141-150.
- Asarnow, J. R. & Callan, J. W. (1985). Boys with peer adjustment problems: Social cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 80-87.

- Avison, W. R., McAlpine, D. D. (1992), Gender differences in symptoms of depression among adolescents, *Journal of health and social behaviour*, 33, 77-96.
- Bagozzi, R. (1994), Measurement in marketing research: basic principles of questionnaire design, in R. Bagozzi (a cura di), *Principles of marketing research*, Cambridge, MA: Blackwell, 1-49.
- Bagwell, C. L., Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (1998). Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of od adult adjustment. *Child Development*, 69, 140-153.
- Bandura, A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989), Self-efficacy mechanisms in physiological activation and health-promoting behavior, in J. Madden IV, S. Matthyse e J. Barchas (Eds.), *Adaptation, learning and affect*, New York: Raven.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of moral thought and action. In W. M. Kurtines & J.L. Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development* (Vol. 1, pp. 45-103). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bandura, A. (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, Freeman; Trad. it. Autoefficacia, Trento, Erickson (2000).
- Bandura A, Barbaranelli C., Caprara, G.V. & Pastorelli C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A. Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (2001a). Self-Efficacy Beliefs as Shapers of Children's Aspirations and Career Trajectories. *Child Development*, 72, 187-206.
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C. & Pastorelli, C., Regalia, C. (2001). Sociocognitive Self-Regulatory Mechanisms Governing Transgressive Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 125-135.
- Bandura, A., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. & Pastorelli, C. (2003). Impact of affective self regulatory efficacy on diverse spheres of functioning. *Child Development*, 74, 1-14.
- Bandura, A. & Walters, R., H. (1959). *Adolescent aggression*. New York: Ronald Press.
- Bandura A., Pastorelli C., Barbaranelli C., Caprara G.V. (1999). Self-Efficacy Pathways to Childhood Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 258-269.

- Barbaranelli C. (2003). *Analisi dei dati*. Milano: Led.
- Barbaranelli, C. & Steca, P. (2001). Autoefficacia nelle scelte di carriera. In G.V. Caprara (Ed. ), *La valutazione dell'autoefficacia*. Erickson, Trento, 121-136.
- Bates, J. & Bayles, K. (1988). *Attachment and the development of behavior problems*. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 253–299). Hillside, NJ: Erlbaum.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., & Solomon, D. (1996). Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multi-site demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11, 12–25.
- Battistich, V., Solomon, D., & Delucchi, K. (1993). Interaction processes and student outcomes in cooperative learning groups. *The Elementary School Journal*, 94, 19–32.
- Baumeister, R.F. (1993) (Ed.). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum.
- Baumgartner, E. & Bombi, A. . (2002). L'educazione alle Life Skill. *Scuola e Città*, 3, 30-41.
- Bell, R. Q. (1992). Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychoses. *Psychiatry*, 55, 370–381.
- Benson, P. L. (1992). Religion and substance abuse. In J. F. Schumaker, et. al. (Eds.), *Religion and Mental Health*, (pp. 211-220). New York: Oxford University Press.
- Benson, P.L. (1997). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benson, P. L., Donahue, M. J. & Erickson, J. A. (1990). Adolescence and religion: A review of the literature for 1970 to 1986. In L. L. Monty, & D. O. Moberg, et al., (Eds.), *Research in the social scientific study of religion: A research annual*, Vol. 1, (pp. 153-181). Greenwich, CT: Jai Press, Inc.
- Benson, P., & Saito, R. (2000). *The Scientific Foundations of Youth Development*. Minneapolis: Search Institute.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1979). *Models of Attitude-Behavior Relations*,” *Psychological Review*, 86, 452–464.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1981). Attitudes Cause Behaviors: A Structural Equation Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226–238.

- Bentler, P.M. (2001). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Ben-Zur, H., Rappaport, B., Ammar, R., & Uretzky, G. (2000). Coping strategies, life style changes, and pessimism after open-hearth surgery. *Health, Society and Work*, 25, 201-209.
- Berti, A., E., & Bombi A., S., (2001). *Psicologia dello sviluppo. Storia, teorie, metodi*. Bologna: Il Mulino.
- Berube, M. S., et al. (Eds.) (1995). *Webster's II New College Dictionary*. New York: Houghton Mifflin.
- Bickman, L. (1987). *The functions of program theory*. In L. Bickman (Ed.), *New directions for program evaluation*, No. 33 (pp. 5-17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Biglan, A., Ary, D. V., Smolkowski, T. D., Duncan, T., & Black, C. (2000). A randomized controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control*, 9, 24–32.
- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, C., Flay, B. R., (2003). The Integration of Research and Practice in the Prevention of Youth Problem Behaviors. *American Psychologist*. 58, 6/7, 433–440.
- Block J. (1971). *Lives through time*. Bancroft Books, Berkeley, CA.
- Block J., & Block J. H. (1980). *The role of ego-control and ego resilience in the organization of behavior*. In W. A. Collins (Ed.), *Minnesota symposium of child psychology. Vol 13: Development of cognition, affect, and social relations*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 39-101.
- Block J., Gjerde P.F., & Block J.H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-years-olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.
- Block, J., & Kremen, A.M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness», *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple-P-Positive Parenting Program on preschooler children with cooccurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571–587.
- Botvin, G. J., Baker, E., Botvin, E. M., Filazzola, A. D., & Millman, R. B. (1984). Alcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: A pilot study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 550-552.

- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, *273*, 1106–1112.
- Botvin, G. J., Eng., A., & Williams, C. L. (1980). *Preventing the onset of cigarette smoking through Life Skills Training*. *Preventative Medicine*, *9*, 135-143.
- Bower, G., H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, *31*, 129-148.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 979-986.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Vol. 2. Attachment and loss*. (1st ed.) New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not. *Canadian Journal of Psychiatry*, *24*, 403-08.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment. Vol. 1. Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowles, T. (1999). Focusing on time orientation to explain adolescent self concept and academic achievement: Part II. Testing a model. *Journal of Applied Health Behaviour*, *1*, 1-8.
- Bozek, P. E., (1992). *Comunicare con efficacia*, Milano, Franco Angeli,.
- Brage, D, Meredith, W. (1994), A causal model of adolescent depression, *The Journal of Psychology*, *128*, 455-468.
- Braucht, G. N., Kirby, M. W. & Berry, G. J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 1463-1475.
- Brockner, J., Derr, W. R., Laing, W. N. (1987), Self-esteem and reactions to negative feedback: Toward greater generalizability, *Journal of Research in Personality*, *21*, 318-333.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time. A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr. & K. Luscher (Eds.) *Examining lives in context*, (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.



- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 116*, 2.
- Brophy, J. & Good, T.L. (1986). Teacher behavior and student achievement. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on training* (3rd ed., pp. 328-375). New York: Macmillan.
- Brophy, J. (1988). Research linking teacher behavior to student achievement: Potential implications for instruction of Chapter 1 students. *Educational Psychologist, 23*, 3, 235-286.
- Brotherson, M. J., Cook, C. C., Cunconan, L. R. & Wehmeyer, M. L. (1995). Policy supporting self-determination in the environments of children with disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 30*, 1, 3-14.
- Brown, I., Jr., & Inouye, D. K. (1978). Learned helplessness through modeling: the role of perceived similarity in competence. *Journal of personality and Social Psychology, 36*, 900-908.
- Brown, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, J.S. Long (a cura di), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 136-162.
- Bryk, A. S., & Schneider, B. (2002). *Trust in schools: A core resource for improvement*. New York: Russell Sage Foundation.
- Bullock, D. & Merrill, L. (1980). The impact of personal preference on consistency through time: the case of childhood aggression. *Child Development, 51*, 808-814.
- Byrne, B. (1994). Testing the factorial validity, replication, and invariance of a measuring instrument: A paradigmatic application based on the Maslach Burnout Inventory. *Multivariate Behavioral Research, 29*, 289-311.
- Cairns, R. B., & Cairns, B. D. (1994). *Lifelines and risks*. New York: Cambridge University Press.
- Cairns, R. B., Cairns, B. D. & Neckerman, H. J. (1989). Early school dropout: Configurations and determinants. *Child Development, 60*, 1437-1452.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell, J. D., Fairey, P. J. (1985). Effects of self-esteem, hypothetical explanations, and verbalizations of future performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1097-1111.

- Campbell, S. B., Breaux, A. M., Ewing, L. J. & Szumowski, E. K. (1986). Correlates and prediction of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 217-234.
- Caplan, M. Z., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K. & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban Young Adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 56-63.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H. & Van Ryn, M. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with loss. *Journal of Applied Psychology*, 74, 759-769.
- Caprara, G. V. (1996). *Le ragioni del successo*. Il Mulino, Bologna.
- Caprara, G. V. (Ed.) (2001). *La valutazione dell'autoefficacia*. Trento: Erickson.
- Caprara G. V., Barbaranelli C., Caprara M., Gerbino M., Pastorelli C., Regalia C., & Bandura A. (1998). Determinanti social-cognitive dello sviluppo psicologico e sociale: le convinzioni di efficacia personale. *Adolescenza*, 9, 182-207.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. & Cervone, D., (2004). The Contribution of Self-referent Beliefs to Personality Development. Perceived self-efficacy and Big Five Constructs as Predictors of Psychosocial Outcomes. *Personality and Individual differences*, 37, 751-763.
- Caprara, G. V., Borgogni, L., Barbaranelli, C. e Rubinacci, A. (1999), Convinzioni di efficacia e cambiamento organizzativo, *Sviluppo e Organizzazione*, 174, 19-32.
- Caprara, G. V., Capanna, C., Steca, P., & Paciello, M. (In Press). Misura e determinanti della prosocialità. Un approccio sociale cognitivo. *Giornale Italiano di Psicologia*.
- Caprara G. V., Cervone D. (2000). *Personality. Determinants, Dynamics, and Potentials*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Caprara G. V., Delle Fratte A. & Steca P. (2002). Determinanti personali del benessere in adolescenza: Indicatori e predittori. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6,203-233.
- Caprara, G. V. & Gerbino, M. (2001). Autoefficacia Emotiva Percepita: la capacità di regolare l'affettività negativa e di esprimere quella positiva. In G.V., Caprara (Ed.), *La valutazione dell'autoefficacia* (pp. 35-50). Trento: Edizioni Erickson.
- Caprara G. V. & Gerbino M. (2002). Determinanti personali del fallimento scolastico: Correlati, antecedenti e conseguenze della bocciatura. *Età Evolutiva*, 73,18 32.

- Caprara G. V., Pastorelli C. (1993). Early Emotional Instability, Prosocial Behavior and Aggression: Some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Caprara, G. V., Picconi, L., Vecchio, G. M. (in press). Traits and Efficacy beliefs as distal predictors of Positive Thinking and affect, *Journal of Personality*.
- Caprara, G. V., Regalia, C. & Bandura, A. (2002). Longitudinal impact of perceived self regulatory efficacy on violent conduct. *European Psychologist*, 7, 63-69.
- Caprara G. V. Regalia C., Scabini E. (2001). Autoefficacia familiare. In G.V. Caprara (Ed. ), *La valutazione dell'autoefficacia*. Erickson, Trento, 63-86.
- Caprara, G. V., Regalia C., Scabini E., Barbaranelli C., Bandura A., (in press). Impact of filial self efficacy on quality of family social functioning and satisfaction. *Journal of Research on Adolescence*.
- Caprara G. V. & Scabini E. (2000). La costruzione dell'identità nell'adolescenza, in G. V. Caprara & A. Fonzi (Eds), *L'età sospesa*. Giunti, Firenze, 58-89.
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. Regalia, C. & Bandura, A. (1998). Impact of adolescents' Perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct, *European Psychologist*, 3, 125-132.
- Caprara G. V., Scabini E., Barbaranelli C., Pastorelli C. Regalia C., Bandura A. (1999). Autoefficacia percepita emotiva e interpersonale e buon funzionamento sociale. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 769-789.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (in press). Conceptualization and assessment of positive thinking. *Paper under review*.
- Caprara, G. V. e Steca, P. (2004). Il ruolo dell'autoefficacia percepita nella sfera emotiva come determinante e il pensiero positivo nel corso di vita. *Età Evolutiva*, 77, 96-104.
- Caprara G. V., Steca, P. Capanna, C. Caprara M. (2004) Le determinanti personali dell'Ego-resiliency negli adolescenti. *Età Evolutiva*, 77, 17-29.
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. Regalia, C. (1999). Autoefficacia, percezioni familiari e adattamento psico-sociale in un campione di adolescenti, *Età Evolutiva*, 62, 25-33.
- Caprara, G. V., Steca, P., Cervone, D. e Artistico, D. (2003). The Contribution of Self-efficacy Beliefs to Dispositional Shyness: On Social-Cognitive Systems and the Development of Personality Dispositions. *Journal of Personality*, 71, 943-970.

- Carnahan, S. (1994). Preventing school failure and dropout. In R. J. Simeonsson (Ed.), *Risk resilience and prevention: Promoting the wellbeing of all children* (pp. 103–123). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Carnegie Council on Adolescent Development. (1992). *A matter of time. Risk and opportunity in the nonschool hours*. Report of the Task Force on Youth Development and Community Programs. New York: Carnegie Corporation of New York.
- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., & Evans, R. I. (1998). Relating optimism, hope and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescent. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 443-465.
- Carvajal, S. C., Garner, R. L., & Evans, R. I. (1998). Dispositional optimism as protective factor in resisting HIV exposure in sexually active inner-city minority adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 2196-2211.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & J. L. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment, 5*, Article 15. Retrieved from [http:// journals.apa.org/ prevention/ volume5/ pre0050015a.html](http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050015a.html).
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *The Annals of the American Academy, 591*, 98-124.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Berglund, L., Pollard, J. A., & Arthur, M. W. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health, 31*, 230-239.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2000). *The national cross-site evaluation of high risk youth programs: Final report*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chalk, R. & Phillips, D. A. (Eds.). (1996). *Youth development and neighborhood influences: Challenges and opportunities*. Washington, D. C.: National Academy Press.

- Chen, H. T., & Rossi, P. H. (1987). The theory-driven approach to validity. *Evaluation and Programm Planning, 10*, 95-103.
- Chen, H. T., & Rossi, P. H. (1989). Issue in the theory-driven perspective. *Evaluation and Programm Planning, 12*, 299-306.
- Chen, H. T. (1991). *The theory-driven evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Cicchetti, D., Rappaport, J., Sandler, I. N., & Weissberg, R. P. (Eds.). (2000). *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington, DC: Child Welfare League of America Press.
- Clarke, R. V. G, Cornish, D. B. (1978). The effectiveness of residential treatment for delinquents. In: L. A. Hersov, M. Berger, D. Shaffer (eds). *Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence* (143–159). Oxford: Pergamon Press.
- Coie, J. C., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramney, S. L. & Shure, M. B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013-1022.
- Coie, J. D. & Jacobs, M. R. (1993). The role of social context in the prevention of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 4*, 261-273.
- Coie, J.D., Lochman, J.E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 783-792.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2003). *Safe and sound: An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning programs*. Retrieved October 1, 2002, from <http://www.casel.org>.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and Clinical model for prevention of conduct disorders: The Fast Track Program. *Development and Psychopathology, 4*, 509-527.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 648–657.
- Connell, D. B., Turner, R. R., & Mason, E. F. (1985). Summary of the findings of the School Health Education Evaluation: Health promotion effectiveness, implementation, and costs. *Journal of School Health, 55*, 316–323.
- Connell, J., Kubisch, A., Schorr, L., & Weiss, C. (1995). *New approaches to evaluating community initiatives*. Washington, DC: Aspen Institute.

- Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. (1994). The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 268-316). New York: Cambridge University Press.
- Cook, T. D., Farah-Naaz, H., Phillips, M., Stettersten, R. A., Shagle, S. C., & Degirmencioglu, S. M. (1999). Comer's School Development Program in Prince George's County, Maryland: A theory-based evaluation. *American Educational Research Journal*, 36, 543-597.
- Cook, T. D., Murphy, R. F., & Hunt, H. D. (2000). Comer's School Development Program in Chicago: A theory-based evaluation. *American Educational Research Journal*, 37, 535-597.
- Cooper, J. R., Altman, F., Brown, B. S., & Czechowicz, D. (1983). *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art. Treatment Research Monograph Series*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Corbetta, P. (1992). *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Cordray, D.S. (1986). *Quasi-experimental analysis: A mixture of methods and judgment*. In W. M. Trochim (Eds.). *Advances in quasi-experimental design and analysis*. New Directions for Program Evaluation, no. 31. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, 46, 404-408.
- Damon, W. 2004. What Is positive youth development? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13-24.
- Davies, J. & Brember, I. (1999). Reading and mathematics attainments and self-esteem in years 2 and 6- an eight-year cross-sectional study. *Educational Studies*, 25, 145-157.
- De Leon G, & Ziegenfuss J. T. (1986). *Therapeutic Communities for Addictions* (eds). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- De Vries, H., Dijkstra, M. & Kok, G.J. (1990). *Self-efficacy as a determinant of the onset of smoking and interventions to prevent smoking in adolescents*. In P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant, R.J. Takens (Eds.). *European perspectives in psychology*, Vol. 2 (pp. 209-222). Chicester: Wiley & Sons.
- De Vries, H., Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1994). Promoting self-determined education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 38, 1, 3-14.
- Deffenbacher, J, Lynch, R., Oetting, E., & Kemper, C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 2, 149-157.
- Deffenbacher, J., Oetting, E., Huff, M., & Thwaites, G. (1995). Fifteen-month follow-up of social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 3, 400-405.
- DeLongis, A., Folkamn, S., Lazarus, R. S. (1988), The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- DeMarsh, J. P., & Kumpfer, K. L. (1985). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. *Journal of Children in Contemporary Society: Advances in Theory and Applied Research*, 18, 117-152.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-303.
- Dignam, J. T. & West, S. G. (1988). Social support in the workplace: Tests of six theoretical models. *American Journal of Community Psychology*, 16, 701-724.
- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.

- Dishion, T.J. (1990). The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. *Child Development, 61*, 874–892.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. & Skinner, M. S. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology, 27*, 172-180.
- Dolan, L., Kellam, S. & Brown, C. H. (1989). *Short-term impact of a mastery learning preventive intervention on early risk behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Donahue, M. J. & Benson, P. L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues, 51*, 2, 145-160.
- Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Durlak, J. A. (1997). *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*, 115–152.
- Dusenbury, L., & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health, 65*, 420–425.
- D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971), Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- Eagly and Chaiken, (1993). *The Psychology of Attitudes*, Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eccles, J., & Appleton, J. A. (Eds.). (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Elias, M. J. (1991), An action research approach to evaluating the impact of a social decision-making and problem-solving curriculum for preventing behavior and academic dysfunction in children, *Evaluation and Program Planning, 61*, 3, 409-417.
- Elias, M. J., Gara, M. A., Schuyler, T. F., Branden-Muller, L. R., & Sayette, M. A. (1991). The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 409–417.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., Kessler, R., et al. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for*



- educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Ellickson, P.L. & Bell, R.M. (1990). *Prospects for Preventing Drug Use among Young Adolescents*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Elliott, D. S., Huizinga, D. & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Emmons, R.A. & Diener, E. (1985). Factors predicting satisfaction judgments: A comparative examination. *Social Indicators Research*, 16, 157-167.
- Englander-Golden, P. & Satir, V. (1990). *Say it straight: From compulsions to choices*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Ennett S. T., Tobler N. S., Ringwalt C. L., & Flewelling R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394-1401.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Errecart, M. T., Walberg, H. J., Ross, J. G., Gold, R. S., Fiedler, J. L., & Kolbe, L. J. (1991). Effectiveness of teenage health teaching modules. *Journal of School Health*, 61, 26-30.
- Ewalt, P.L. & Mokuau, N. (1995). Self-determination from a Pacific perspective. *Social Work*, 40, 2, 168-175.
- Farrell, A. D. & Barnes, G. (1993). Family systems and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 119-132.
- Feindler, E., Ecton, R., Kingsley, D., & Dubey, D. (1986). Group anger-control training for institutional psychiatric male adolescents. *Behaviour Therapy*, 17, 109-123.
- Felner, R. D., Jackson, A. W., Kasak, D., Mulhall, P., Brand, S., & Flowers, N. (1997). The impact of school reform for the middle years: Longitudinal study of a network engaged in Turning Points-based comprehensive school transformation. *Phi Delta Kappan*, 78, 528-532, 541-550.
- Fetterman, D. M., Kaftarian, S. J. & Wandersman, A. (Eds.). (1996). *Empowerment evaluation. Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Newbury Park, CA: Sage.
- Field, S. (1996). Self-determination instructional strategies for youth with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 1, 40-52.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flammer, A.(1995). *Developmental analysis of control beliefs*. In A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy in changing societies* (pp. 69-113) . New York: Cambridge University.
- Flay, B. R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25, 861–885.
- Flay, B., Koepke, D., Thomson, S., Santi, S. et al. (1989). Six year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*, 79,1371-1376.
- Friedman A, & Beschner G. M. (1985). *Treatment Services for Adolescent Substance Abusers*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Galano, J., & Huntington, L. (1997). *Healthy Families Partnership evaluation: A summary*. Hampton, VA: Healthy Families Partnership.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Garnezy M. (1991) Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Garnezy, N. (1985). *Stress-resistant children: The search for protective factors*. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213–233). *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 4 (Book suppl.).
- Gerbino M., Pastorelli C., Cassano A.M., (2002). *Implementazione di un programma nazionale di peer education: un'esperienza italiana*. Poster presentato al convegno SIPEF, Urbino 5-8 Dicembre.
- Gerbino, M, Pastorelli, C., Vecchio G. M., Paciello, M., Picconi L. (2002). I determinanti interpersonali e socio-cognitivi dei ragazzi marginalmente aggressivi, *Età Evolutiva*, 73, 63-69.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 80, 467-480.
- Gold, M, Mann D. W. (1984). *Expelled to a Friendlier Place: A Study of Effective Alternative Schools*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Goleman, D., *Emotional intelligence*, New York: Bantam Books, 1995.

- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107–109.
- Gordon, R. S., (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Sternbert & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (DHHS Publication No. ADM 87-1492, pp. 20–26). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Gottfredson, D. C. (1986). An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior. *Criminology*, 24, 705–731.
- Gottfredson, D. C., Gottfredson, G. D. & Hybl, L. G. (1993). Managing adolescent behavior. A multiyear, multischool study. *American Educational Research Journal*, 30, 1, 179-215.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 913-922.
- Greenberg, M. T. (1996). *The PATHS Project: Preventive intervention for children: Final report to NIMH*. Seattle, WA: University of Washington, Department of Psychology.
- Greenberg, M. T., & Kuschè, C. A. (1998). *Blueprints for violence prevention: The PATHS Project* (Vol. 10). Boulder, CO: Institute of Behavioral Science, Regents of the University of Colorado.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4, Article 1. Retrieved March 1, 2002, from <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L. F., Resnik H., & Elias, M. J., (2003). Enhancing School-Based Prevention and Youth Development Through Coordinated Social, Emotional, and Academic Learning. *American Psychologist*, 58, 6/7, 466–474.
- Greenough, W.T., Black, J.E., and Wallace, C.S. (1987). Experience and brain development. *Child Development* 58, 539-559.
- Griffin, T. & Svendsen, R. (1992). Promising prevention strategies for the 90s. Piscataway, N.J: New Jersey Alcohol/Drug Abuse Resource Centre and Clearinghouse.

- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K., et al. (1997). The effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1605–1611.
- Gullotta, T. P., & Bloom, M. (Eds.). (2003). *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hall, G. E., & Hord, S. M. (2001). *Implementing change: Patterns, principles, and potholes*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hamburg, D. A. (1992). *Today's children: creating a future for a generation in crisis*. New York: Times Books.
- Hansen, W. B. (2002). Program evaluation strategies for substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 22, 409–436.
- Hansen, W., Johnson, C., Flay, B., Graham, J., & Sobel, J. (1988). Affective and social influence approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: *Results from Project SMART*. *Preventive Medicine*, (17), 135-188.
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 458-489.
- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. New York: The Free Press.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self esteem in children and adolescents. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self regard*. New York: Plenum.
- Hauser, S., Vyera, M., Jacobson, A., & Werlieb, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescents: Views from the family. *Journal of Early Adolescent*, 5, 81-100.
- Hawkins, J. D. & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hawkins, J. D., & Catalano, R. F., Jr. (1992). *Preparing for the drug-free years*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Jones, G. & Fine, D. N. (1987). Delinquency prevention through parent training: Results and issues from work in progress. In J. Q. Wilson, & G. C. Loury (Eds.), *From children to citizens: Families, schools, and delinquency prevention* (Vol. 3, pp. 186-204). New York: Springer-Verlag.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, *153*, 226–234.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Morrison, D. M., O'Donnell, J., Abbott, R. D. & Day, L. E. (1992). *The Seattle Social Development Project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors*. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.). *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford, pp. 139-161.
- Hawkins, J. D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance-abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.
- Herman-Stahl, M. & Peterson, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescent*, *25*, 733-753.
- Higginbotham, H. N., West, S. G. & Forsyth, D. R. (1988). *Psychotherapy and behavior change: Social, cultural and methodological perspectives*. New York: Pergamon Press.
- Hill, H., Piper, D. & Moberg, D. P. (1994). "Us planning prevention for them:" The social construction of community prevention for youth. *International Quarterly of Community Health Education*, *15*, 1, 65-89.
- Hingson, R., McGovern, T., Howland, J., Heeren, T., Winter, M., & Zakocs, R. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The impact of the Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*, *86*, 791–797.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hoffman, M. L. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, *40*, 121-127.
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jackson, A. W., & Davis, G. A. (2000). *Turning Points 2000: Educating adolescents in the 21st century*. New York: Teachers College Press.
- Janz, N. K., Zimmerman, M. A., Wren, P. A., & Israel, B. A. (1996). Evaluation of 37 AIDS prevention projects: Successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Education Quarterly*, *23*, 80–97.

- Jenkins, J. M., & Smith, M. A. (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 60–69.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*, 117–126.
- John O.P. e Srivastava S. (1999). *The Big Five factor taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives*. In L.A. Pervin e O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: theory and research*. Guilford, NY, pp. 102-138.
- Johnson, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2001). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975–2000: Vol. I. Secondary school students* (NIH Publication No. 2000). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, M.W. & Bell, A.P. (1995). Romantic emotional attachment: Additional factors in the development of the sexual orientation of men. *Journal of Counseling and Development, 73*, 6, 621-625.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C. & Margulies, R. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth & Adolescence, 7*, 1, 13-40.
- Kellam, S. G. & Rebok, G. W. (1992) Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In J. McCord & R.E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* (pp. 162-195). New York: Guilford.
- Kellam, S. G. (1990). *Developmental epidemiological framework for family research on depression and aggression*. In G. R. Patterson (Ed.), *Depression and aggression in family interaction* (pp. 11–48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kernis, M. (1995). *Efficacy, agency, and self-esteem*. New York: Plenum.
- Kiecolt-Glaser, J K. & Glaser, R. (1988). Behavioral influence on immune function: evidence for the interplay between stress and health. In T. Field, P. McCave, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (Vol. 2, pp189-206). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., Barth, R., Leland, N., & Fetro, J. (1991). Reducing the risk: A new curriculum to prevent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives, 23*, 253–263.

- Kirby, D., Harvey P. D., Claussenius D, & Novar M. (1989). A direct mailing to teenage males about condom use: Its impact on knowledge, attitudes and sexual behavior. *Family Planning Perspectives, 21*, 12–18.
- Kling, K.C., Hide, J.S., Showers, C.J., & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 12*, 470-500.
- Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientations toward a moral order: I. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana, 6*, 11-33.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development* (Vol. 1). New York: Harper and Row.
- Kok, G.J., De Vries, H., Mudde, A.N. & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research, 6*, 231-238.
- Komro, K. A., Perry, C. L., Williams, C. L., Stiger, M. H., Farbakhsh, K., & Veblen-Mortenson, S. (2001). How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Education Research, 16*, 59–70.
- Kornberg, M. S. & Caplan, G. (1980). Risk factors and preventive intervention in child psychotherapy: A review. *Journal of Primary Prevention, 1*, 71-133.
- Kumpfer, K. L. (1997). What works in the prevention of drug abuse: Individual, school and family approaches. *Secretary's youth substance abuse prevention initiative: Resource paper* (pp. 69–105). Washington, DC: Center for Substance Abuse Prevention.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179–224). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Kumpfer, K. L., & Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 75–119). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (1995). Strengthening families to prevent drug use in multi-ethnic youth. In G. J. Botvin, S. Schinke, & M. A. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth* (pp. 1–22). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-Strengthening. Approaches for the Prevention of Youth Problem Behaviors. *American Psychologist*, *58*, 6/7, 457–465.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family-based interventions. *Prevention Science*, *3*, 241–246.
- Ladd, G. W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early adjustment? *Child Development*, *61*, 1081-1100.
- LaFromboise, T. D., Coleman, H. L. K. & Gerton, J. (1993). Psychological Impact of Biculturalism: Evidence and Theory. *Psychological Bulletin*, *14*, 3, 395-412.
- LaFromboise, T. D., Rowe, W. (1983). Skills training for bicultural competence: Rationale and application. *Journal of Counseling Psychology*, *30*, 4, 589-595.
- Learning First Alliance. (2001). *Every child learning: Safe and supportive schools*. Washington, DC: Author. Retrieved October 5, 2002, from <http://www.learningfirst.org>.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, *71*, 107–118.
- Lerner, M. J. (1982). The justice motive in human relations and the economic model of man: A radical analysis of facts and fictions. In V. J. Derlega and J. Grzelak (Eds.), *Cooperation and helping behavior: Theories and research* (pp. 249-278). New York: Academic Press.
- Lloyd, T, Andon, M. B., Rollings, N., Martel, J. K., Landis, J. R., Demers, L. M., Eggli, D. F., Kieselhorst, K., Kulin, H. E. (1993). Calcium supplementation and bone mineral density in adolescent girls. *JAMA* *18*, 270, 7, 841-844.
- Locke, E. & Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1987). Prediction. In H. C. Quay (Ed.), *Handbook of juvenile delinquency* (pp. 325–382). New York: Wiley.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 616-628.
- Lyubomirsky, S. & Tucker, K. L. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting, and thinking about life events. *Motivation and Emotion*, *22*, 155-186.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? *American Psychologist*, *56*, 239-249.



- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A.. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Maier, S. F., Laudenslager, M. L. & Ryan, S. M. (1985). Stressor controllability, immune function and endogenous opiates. In F. R. Brush & J. Overmier (Eds), *Affect, conditioning and cognition: essays on the determinants of behavior* (pp.183-201). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Malvin J. H., Moskowitz J. M., Schaeffer G.A., & Schaps E. (1984). Teacher training in affective education for the primary prevention of adolescent drug abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 223–35.
- Marín, B. V. O., Pérez-Stable, E. J., Marín, G., Sabogal, F., & Otero-Sabogal, R. (1990). Attitudes and behaviors of Hispanic smokers: Implications for cessation interventions. *Health Education Quarterly*, 17, 287-297.
- Markman, H. J. (1991). Constructive marital conflict is not an oxymoron. *Behavioral Assessment*, 13, 83-96.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M., & Offord, K.P. (2000). Optimists vs. pessimist: Survival rate medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1-512). New York: Plenum.
- Masten, A. S., Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- McConaughy, S. H., Kay, P. J., & Fitzgerald, M. (1998). Preventing SED through parent-teacher action research and social skills instruction: First-year outcomes. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 6, 2.
- McGee, R., Silva, P. A. & Williams, S. (1984). Perinatal, neurological, environmental, and developmental characteristics of seven year old children with stable behavioral problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 573-586.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351–377.
- McNeeley, C. A., Nonnemaker, J. M., & Blum, R. W. (2002). Promoting school connectedness: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 72, 138–146.

- Mendelberg H. (1986). Identity conflict in Mexican-American adolescents. *Adolescence*, 21, (81), 214-24.
- Menesini, E. (2002). L'aiuto tra pari: percorsi operativi e modelli teorici, *Scuola & Città*, 3, 42-57.
- Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research, Theory and Practice*, 10, 4, 407-420.
- Miller, B. C., & Paikoff, R. L. (1992). Comparing adolescent pregnancy prevention programs. In B. C. Miller & R. L. Paikoff (Eds.), *Preventing adolescent pregnancy: Model programs and evaluations* (pp. 265–284). Newbury Park, CA: Sage.
- Millstein, S. G., Petersen, A. C. & Nightingale, E. O. (1993). *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Minkler, M. (Ed.). (1997). *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Mize, J. & Ladd, G. (1990). A cognitive-social learning approach to social skill training with low-status preschool children. *Developmental Psychology* 26, 3, 388-397.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mulvey, E. P., Arthur, M. W., & Reppucci, N. D. (1993). The prevention and treatment of juvenile delinquency: A review of the research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133–167.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Wumpfer, K. L., Seybolt, D., Morissey-Kane E. & Davino, K. (2003). What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*. 58, 6/7, 449–456.
- National Institute on Drug Abuse. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide*. Washington, DC: Author.
- National Research Council Institute of Medicine, (2002). Community programs to promote youth development. Committee on Community-Level Programs for Youth. J. Eccles & J. Gootman (Eds.). *Board on Children Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education*. Washington, DC: National Academy Press.

- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. & Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-530.
- Noller, P. & Callan, V. (1990). Adolescents' Perceptions of the nature of their communication with parents, *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 349-362.
- Noller, P. (1994). *Relationship with the parents in adolescence: Process and outcome*. In R. Montemayor, G. Adams, T. Gullotta (Eds.) *Personal relationship during adolescence*, (pp.37-77).
- Noller, P. (1995). Parent-adolescent relationships. In M. Fitzpatrick & A. Vangelisti (Eds.), *Explaining family interactions* (pp. 77-111). Thousand Oaks: Sage Publications.
- O'Brien, S.J. & Conger, P.R. (1991). No time to look back: Approaching the finish line of life's course. *International Journal of Aging and Human Development*, 33, 75-87.
- Osher, D., Dwyer, K., & Jackson, S. (2002). *Safe, supportive, and successful schools, step by step*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Osterman, K. F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70, 323-367.
- Pan American Health Organization. 2001. *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*. Washington, D.C.: PAHO.
- Parham, T. & Helms, J. (1985). Relation of racial identity attitudes to self-actualization and affective states of Black students. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 431-440.
- Pastorelli, C., Caprara, G.V., Bandura, A. (1998). La misura dell'auto-efficacia percepita in età scolare: uno studio preliminare. *Età Evolutiva*, 61, 28-40.
- Pastorelli C., Caprara G.V., Barbaranelli C., Rola J., Rozsa S. & Bandura A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 87-97.
- Pastorelli C., Gerbino M., Giunta M. R. (2002), Modelli teorici e valutazione degli interventi di prevenzione: Un'esperienza italiana. *Scuola & Città*, 3, 9-29.

- Pastorelli, C., Gerbino, M., Vecchio, G.M., Paciello, M., Tramontano, C. (in press) Fattori di rischio e di protezione nell'uso di alcool e droga in adolescenza, *Psicologia e Clinica dello Sviluppo*.
- Pastorelli, C., Gerbino, M., Vecchio, G.M., Picconi, L., Paciello, M., (in press). Autoefficacia, Relazioni Familiari, Ego-Resiliency e Depressione in adolescenza, *Età Evolutiva*.
- Pastorelli, C., Steca, P., Gerbino, M., Vecchio, G. (2001). Il ruolo delle convinzioni di efficacia personale e genitoriale rispetto alle condotte delinquenti e all'uso di sostanze nel corso dell'adolescenza, *Età Evolutiva*, 69, 80-87.
- Pastorelli C., Steca P., Gerbino M., Vecchio G. M., Picconi L., Paciello, M. (2002). L'insuccesso scolastico: fattori di rischio e di protezione nel corso della preadolescenza, *Età Evolutiva*, 71, 84-91.
- Pastorelli C., Vecchio G. M., Boda G. (2001), Autoefficacia Percepita nelle Life Skills: Soluzione dei Problemi e Comunicazione Interpersonale (pp.137-146). In, G.V. Caprara (Ed.), *La valutazione dell'auto-efficacia. Costrutti e strumenti*, Erickson, Trento.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., & Narrett, C. M. (1990). The development of a reliable and valid treatment program for aggressive young children. *International Journal of Mental Health*, 19, 3, 19–26.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Pedhazur, E. J., e Pedhazur, L. (1991), *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pedro-Carroll & Cowen (1985). The Children of Divorce Intervention Program: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 603-611.
- Pentz, M. A. (1998). Preventing drug abuse through the community: Multicomponent programs make the difference. In A. Sloboda & W. B. Hansen (Eds.), *Putting research to work for the community* (NIDA Publication No. 98-4293; pp. 73–86). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Pentz, M. A. (2003). Evidence-based prevention: Characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35 (Special Suppl.), 143–152.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. I. & Johnson, C. A. (1989). A multi-community trial for prevention of

- adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 262, 3259-3266.
- Pentz, M.A., Dwyer, J., MacKinnon, D., Flay, B.R. et al. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 26, 1, 3259-3266.
- Pentz, M.A., MacKinnon, D., Flay, B.R., Hansen, W.B. et al. (1989). Primary prevention of chronic diseases in adolescence: Effects of the Midwestern Prevention Project on tobacco use. *American Journal of Epidemiology*, 130, 713-714.
- Perry, C. L. (1999). *Creating health behavior change: How to develop community-wide programs for youth*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Perry, C. L. (2000). Preadolescent and adolescent influences on health. In B. D. Smedley & S. L. Syme (Eds.), *Promoting health: Intervention strategies from social and behavioral research* (pp. 217–253). Washington, DC: National Academy Press.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T., Komro, K. A., Anstine, P. S., et al. (1996). Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956–965.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 1, 44-44.
- Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 499-514.
- Phinney, J. S. (1991). Ethnic identity and self-esteem. A review and integration. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 13, 193-206.
- Phinney, J. S. & Devich-Navarro, M. (1997). Variations of bicultural identification among African-American and Mexican-American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 7, 1, 3-32.
- Phinney, J. S., Lochner, B. & Murphy, R. (1990). Ethnic identity development and psychological adjustment in adolescence. In A. Stiffman & L. Davis (Eds.), *Ethnic Issues in Adolescent Mental Health* (pp. 53-72). Newbury Park, CA: Sage.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Piaget, J. (1965). *The moral judgment of the child*. New York: Free Press.

- Pillow, D. R., Sandler, I. N., Braver, S. L., Wolchik, S. A. & Gersten, J. C. (1991). Theory based screening for prevention: Focusing on mediating processes in children of divorce. *American Journal of Community Psychology*, 19, 809-836.
- Pittman, K. J. (1991). *Promoting youth development: Strengthening the role of youth-serving and community organizations*. Report prepared for The U.S. Department of Agriculture Extension Services. Washington, DC: Center for Youth Development and Policy Research.
- Plummer, D. L. (1995). Patterns of racial identity development of African American adolescent males and females. *Journal of Black Psychology*, 21, 2, 168-180.
- Pollard, J. A., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research*, 23, 8, 145-158..
- Postrado, L. T. & Nicholson, H. J. (1992). Effectiveness in delaying the initiation of sexual intercourse of girls aged 12–14: Two Components of the Girls Incorporated Preventing Adolescent Pregnancy Programme. *Youth and Society*, 23, 3.
- Prothrow-Stith, D. (1991). *Deadly consequences*. New York : Harper Collins.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 13, 299-307.
- Resnicow, K., Solar, R., Braithwaite, R., Ahluwalia, J., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271–290.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2339–2346.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. J. (1982). *Preschool to school: A behavior study*. San Diego, CA: Academic Press.
- Roger, D., Najaran, B., (1989) The construction and validation of a new scale for measuring emotional control, *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Neuchterlein, K. H. & Weintraub S. (1990), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, D. R. e Rutter, M. (1992), *Developing minds Developing minds: Challenge and continuity across the life span*, Harmondsworth, Middx: Penguin; Trad. it. *L'Arco della Vita*, Giunti, Firenze, (1995).
- Sagrestano, L. M., & Paikoff, R. L. (1997). Preventing high-risk sexual behavior, sexually transmitted diseases, and pregnancy among adolescents. In R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hampton, B. A. Ryan, & G. R. Adams (Eds.), *Healthy children 2010: Enhancing children's wellness* (pp. 76–104). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn & Bacon.
- Sands, D. J. & Doll, B. (1996). Fostering self-determination is a developmental task. *Journal of Special Education*, 30, 1, 58-76.
- Sarason, S. B. (1996). *Revisiting "The culture of the school and the problem of change."* New York: Teachers College Press.
- Scarr, S. & Ricciuti, A. (1991). *What effects do parents have on their children*. In L. Okagaki, & J. Sternberg (Eds.), *Directors of development: Influences on the development of children's thinking* (pp. 3–23). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (2001). Adapting to cancer: The importance of hope and purpose. In A., Baum & B.L., Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 15-36). Whashington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, S. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schimmack, U. & Diener, E. (2003). Predictive validity of explicit and implicit self-esteem for subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 37, 100-106.
- Schinke, S., Blythe, B., & Gilchrest, L. D. (1981). Cognitive-behavioural prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counselling Psychology*, 28, 451-454.
- Schlegel, R. P., D'Avernas, J. R., Zanna, M. P. and DeCourville, N. H. (1992). Problem drinking: a problem for the theory of reasoned action? *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 358-385.
- Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of Educational Research*, 57, 149-174.
- Schunk, D. H., & Rice, J. M. (1989). Learning goals and children's reading comprehension. *Journal of Reading Behavior*, 21, 279-293.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.
- [Seligman, M. E. P.](#) (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY, US: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology [special issue]. *American Psychologist*, 55 1, 5-14.
- Shaw, R. A., Rosati, M. J., Salzman, P., Coles, C., & McGeary, C. (1997). Effects on adolescent ATOD behaviors and attitudes of a 5-year community partnership. *Evaluation and Program Planning*, 20, 307-313.
- [Sheldon, K. M.](#), [King, L.](#) (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 3, 216-217.
- Sherrill, S. (1984). Identifying and measuring unintended outcomes. *Evaluation and Program Planning*, 7, 27-34.
- Slavin, R. E., Karweit, N. L., & Wasik, B. A. (December 1992/January 1993). Preventing early school failure: What works? *Educational Leadership*, 10-18.



- Sloboda, Z., & Bukoski, W. J. (Eds.). (2002). *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Snow W. H., Gilchrist L. D., Schinke S. P. (1985). A critique of progress in adolescent smoking prevention. *Children and Youth Services Review*, 7, 1–19.
- Snyder, J. & Zoann, K. (1994). Self-determination in American Indian education: Educator's perspectives on grant, contract, and BIA-administered schools. *Journal of American Indian Education*, 34, 1, 20-34.
- Solomon, D., Battistich, V., Watson, M., Schaps, E., & Lewis, C. (2000). A six-district study of educational change: Direct and mediated effects of the Child Development Project. *Social Psychology of Education*, 4, 3–51.
- Spencer, J.B. (1990). Development of minority children. An introduction. *Child Development*, 61,2, 270-289.
- Spencer, J.B. & Markstrom-Adams, C. (1990). Identity processes among racial and ethnic minority children in America. *Child Development*, 61, 2, 290-310.
- Stark, R. & Bainbridge, W. S. (1997). *Religion, Deviance, and Social Control*. New York: Routledge, Inc..
- Steca, P. (2004). *Il benessere soggettivo: componenti, correlati e determinanti nel corso di vita* (Subjective well-being: Components, correlates, and determinants across the life span). Ph.D. Dissertation, University of Padua, Italy.
- Steca, P. & Capanna, C. (in press). Autoefficacia, relazione con i genitori e benessere soggettivo in adolescenza. *Età Evolutiva*.
- Steca P., Capanna C., Vecchio G.M. (2002), Convinzioni di Autoefficacia nelle Life Skills come determinanti dell'Autostima, *Città & Scuola*, 3, 114-128.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. *American Psychologist*, 47, 6–22.
- Swisher, K. G. (1996). Why Indian people should be the ones to write about Indian education. *American Indian Quarterly*, 20, 1, 83-90.
- Taylor, S.E. & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-899.
- Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 1, 41–60.

- Tedeschi, J.T. & Norman, N. (1985). Social power, self-presentation, and the self. In B. R., Schlenker (Ed.), *The Self and Social Life* (pp. 293-322). New York: McGraw-Hill.
- Terry, D., Gallois C. & McCamish M. (1993). The theory of reasoned action and health care behaviour. In, D Terry, C Gallois and M McCamish (Eds.). *The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour*. Pergamon Press: Oxford.
- Teti, D. M.& Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62, 918-929.
- Thomas, B., Mitchell, A., Devlin, M., Goldsmith, C., Singer, J. & Watters, D. (1992). Small group sex education at school: The McMaster teen program. In B. Miller, J. Card, R. Paikoff & J. Peterson (Eds.), *Preventing adolescent pregnancy* (pp. 28-52). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York: Simon & Schuster.
- Tobler, N. S., & Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71–128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–337.
- Tolan, P.H., Guerra, N.G., Henry, D., Huesmann, L.R., VanAcker, R. & Eron, L. (1998). *Proximal effects of the metropolitan area child study*. Presentation to the American Psychological Association Annual Meeting. San Francisco, CA: August 15, 1998.
- Turner, G., Shepherd, J. (1999), A method in search of a theory: peer education and health promotion, *Health Education Research*, 14, 2, 235-247.
- Turner, W. L. (2000). Cultural considerations in family-based primary prevention programs in drug abuse. *Journal of Primary Prevention*, 21, 285–303.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (1991). *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. DHHS Publication No. (PHS) 91-50212.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (1995a). *Healthy People 2000: Midcourse Review*. Washington, D.C.: Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

- U.S. Department of Justice. (1995b). *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Washington, DC: Author.
- Valente E., Dodge K. A. (1997). *Evaluation of prevention programs for children*. In R. P. Weissberg, R.P., Gullotta, T. P., Hampton, R. L., Ryan, B. A. & Adams, G. R. (Eds.). *Issue in Children and Families' Lives* (pp.184-218) . Sage Publications.
- W. T. Grant Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. (1992). Drug and alcohol prevention curricula. In J.D. Hawkins, R.F. Catalano & Associates (Eds.), *Communities That Care* (pp. 129-148). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Wagner, (1982). *Peer teaching: Historical perspectives*. London: Greenwood Press.
- Wandersman, A. & Florin, P. (2003). Community Interventions and Effective Prevention. *American Psychologist*, 58, 6/7, 441–448.
- Wandersman, A., Morrissey, E., Davino, K., Seybolt, D., Crusto, C., Nation, M., et al. (1998). Comprehensive quality programming: The eight essential steps to effective community-directed prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 19, 3–31.
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1997). Learning influences. In H. J. Walberg & G. D. Haertel (Eds.), *Psychology and educational practice* (pp. 199–211). Berkeley, CA: McCatchan. Weissberg, R. P., & Elias, M. J. (1993). Enhancing young people's social
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583–593.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93–109.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families—problem children: Working with parents: A collaborative process*. Chichester, England: Wiley.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention Science*, 2, 165–192.
- Wehmeyer, M. L. (1996). Student self-report measure of self-determination for students with cognitive disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 4, 282-293.

- Weissberg, R. P. (1990). Fidelity and adaptation: Combining the best of both perspectives. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason, (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theory and methods* (pp. 186–189). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weissberg, R. P., Caplan, M. Z. & Sivo, P. J. (1989). A new conceptual framework for establishing school-based social competence promotion programs. In L.A. Bond & B.E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools* (pp. 177-200). Newbury Park, CA: Sage.
- Weissberg, R. P. & Greenberg, M. T. (1997). School and community competence-enhancement and prevention programs. In W. Damon (Series Ed.), I.E. Sigel and K.A. Renninger (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol 5. Child psychology in practice* (5<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Weissberg, R. P., & Greenberg, M. T. (1998). School and community competence enhancement and prevention programs. In I. Siegel & A. Renninger (Eds.), *Handbook for child psychology: Vol. 4. Child psychology in practice* (5th ed.). New York: Wiley.
- Weissberg, R. P., Gullotta, T. P., Hampton, R. L., Ryan, B. A., & Adams, G. R. (Eds.). (1997). *Healthy children 2010: Enhancing children's wellness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention That Works for Children and Youth. An Introduction. *American Psychologist*, 58, 6/7, 425–432.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 1, 72-81.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 3, 81-85.
- Werner, M. (1991). *Adolescent substance abuse: Risk factors and prevention strategies*. *Maternal & child health technical information bulletin*. Washington, D.C: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Werner, E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill.
- Werner, E. E. & Smith, S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Wheaton, B. (1986). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-365.

- Wilson, J. Q. (1990). Drugs and crime. In M. Tonry and J. Q. Wilson (Eds.), *Crime and Justice: A Review of Research: Vol. 13. Drugs and Crime* (pp. 521-45). Chicago: University of Chicago Press.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., & Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, *17*, 247–272.
- Winett, R. A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, *50*, 341–350.
- Woolfolk, A. E. & Hoy, W. K. (1990). Prospective teachers' sense of efficacy and belief about control. *Journal of Educational Psychology*, *82*, 81-91.
- World Health Organization (1993a), *Life skills education in schools* (WHO/MNH/PSF/93.A Rev. 1). WHO, Geneva.
- World Health Organization (1993b). *Training workshop for the development and implementation of life skills education*. WHO/MNH/PSF/93.7B, Rev. 1. WHO, Geneva.
- World Health Organization (1994). *The development and dissemination of life skills education*. WHO/MNH/PSF/94, 7. WHO, Geneva.
- World Health Organization (1996). *Life skills education: Planning for research*. WHO/MNH/PSF/96.2 Rev. 1. WHO, Geneva.
- World Health Organisation (1998). *WHO's Global School Health Initiative: Health-Promoting Schools*. WHO/HPR/HEP/98.4. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *Skills for Health*. Information series on school health, Document Number 9.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C. & Kerley, J. H. (1993). The role of children's future expectations in self-esteem functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at-risk children. Special Issue: Milestones in the development of resilience. *Development & Psychopathology*, *5*, 4, 649-661.
- Young, M., Kelley, R., & Denny, G. (1997). Evaluation of selected life-skills modules from the contemporary health series with students in grade 6. *Perceptual and Motor Skills*, *84*, 811-818.
- Zabin, L. S., Hirsch, M. B., Smith, E. A., Streett, R., & Hardy, J. B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, *18*, 119–126.
- Zigler, E. & Berman, W. (1983). Discerning the future of early childhood intervention. *American Psychologist*, *38*, 894-906.

Zigler, E., Taussig, C., & Black, K. (1992). Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist*, 8, 997–1006.

Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H. J. (Eds.). (2003). *Building school success on social and emotional learning*. New York: Teachers College Press.

## **APPENDICE A: Tabelle e grafici**

### **STUDIO 1**

Tabella 1. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala di Autoefficacia Percepita nella Soluzione dei Problemi (N=3198).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	5,06	36,2
2	1,09	7,8
3	,91	6,5
4	,81	5,8
5	,76	5,4

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_33	,67
ITEM_36	,67
ITEM_23	,66
ITEM_40	,66
ITEM_1	,63
ITEM_32	,63
ITEM_43	,61
ITEM_13	,59
ITEM_5	,59
ITEM_42	,57
ITEM_27	,55
ITEM_41	,54
ITEM_7	,49
ITEM_14	,46

---

Alpha=0.86

R<sub>it</sub> medio=.51

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---



Tabella 2. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale (N=3198).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	4,64	31,0
2	1,53	10,2
3	1,12	7,5
4	,91	6,1
5	,85	5,7

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_39	,67
ITEM_26	,63
ITEM_29	,62
ITEM_19	,62
ITEM_12	,61
ITEM_18	,59
ITEM_6	,58
ITEM_9	,55
ITEM_44	,54
ITEM_2	,53
ITEM_38	,51
ITEM_20	,49
ITEM_15	,44
ITEM_3	,42
ITEM_25	,37

---

Alpha=0.83

R<sub>it</sub> medio=.45

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---

Tabella 3. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative (N=3198).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	3,71	46,4
2	,88	11,1
3	,74	9,4
4	,63	7,9
5	,58	7,2

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_37	,74
ITEM_34	,72
ITEM_21	,72
ITEM_30	,70
ITEM_22	,68
ITEM_8	,65
ITEM_10	,64
ITEM_17	,54

---

Alpha=0.83

R<sub>it</sub> medio=.56

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---

Tabella 4. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi quattro fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala di Autoefficacia Percepita nella Espressione delle Emozioni Positive (N=3198).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	2,80	56,2
2	,79	15,9
3	,53	10,6
4	,46	9,4

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_16	,81
ITEM_35	,79
ITEM_28	,79
ITEM_4	,73
ITEM_46	,58

---

Alpha=0.80

R<sub>it</sub> medio=.58

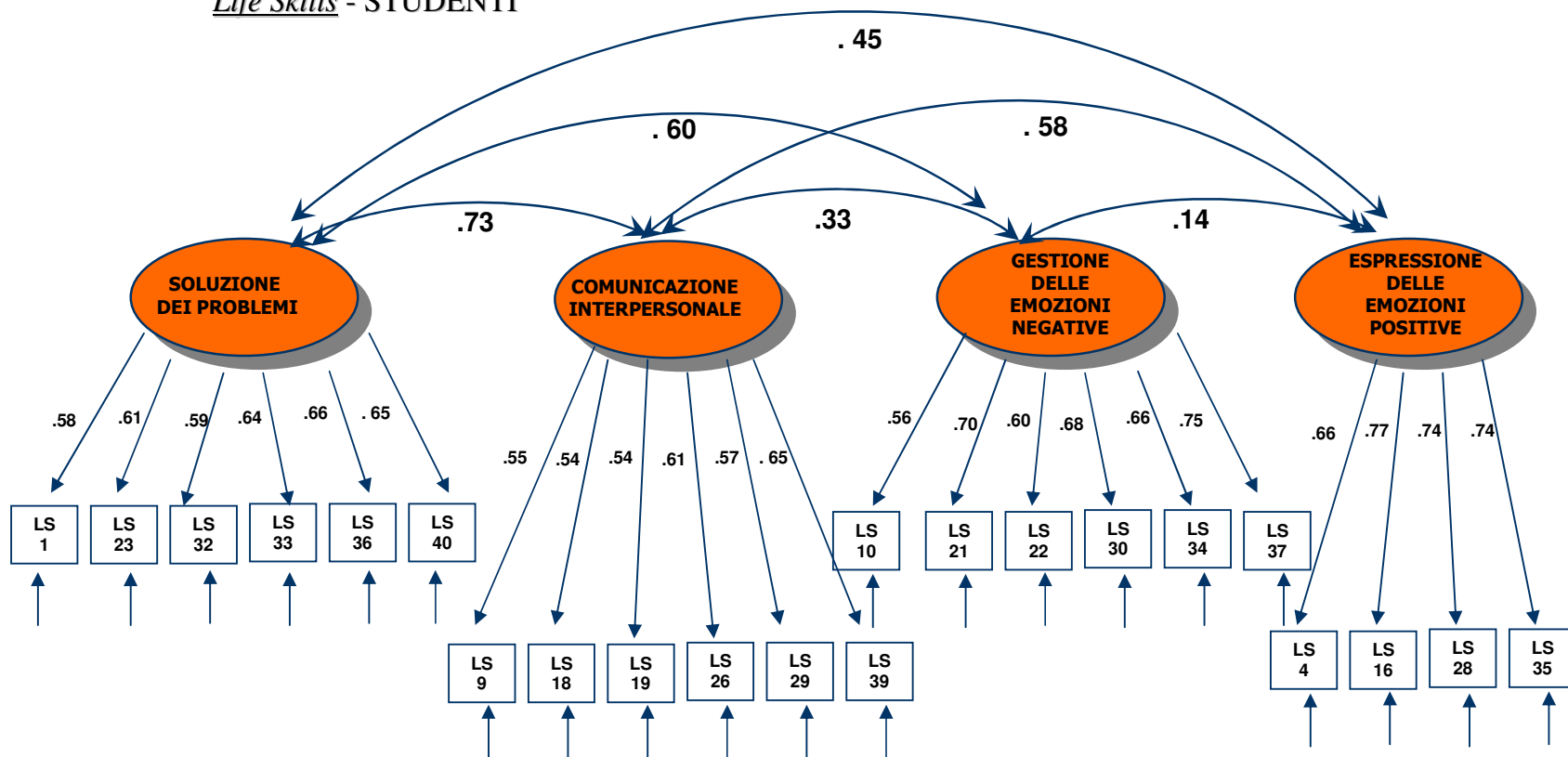
R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---

Tabella 5. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore), attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alle 4 scale per la misura dell' Autoefficacia Percepita nelle Life Skills (3198).

Autoefficacia	Soluzione Problemi	Gestione Emozioni Negative	Espressione Emozioni Positive	Comunicazione Interpersonale
<i>Autovalori</i>	6,2	2,7	1,5	1,1
item 23	<b>,78</b>	-,01	,06	-,13
item 36	<b>,71</b>	,01	,06	-,00
item 33	<b>,64</b>	,03	-,02	,11
item 40	<b>,60</b>	,02	,07	,11
item 32	<b>,59</b>	,06	-,16	,19
item 1	<b>,53</b>	,18	,11	-,03
item 34	-,08	<b>,76</b>	-,04	,08
item 21	,04	<b>,75</b>	,05	-,07
item 37	,11	<b>,74</b>	,06	-,11
item 10	-,02	<b>,69</b>	-,02	-,08
item 30	,11	<b>,67</b>	-,05	,03
item 22	-,01	<b>,61</b>	,04	,22
item 16	-,10	-,00	<b>,83</b>	,10
item 4	,04	,03	<b>,80</b>	-,12
item 35	,08	-,00	<b>,76</b>	,01
item 28	,02	-,00	<b>,70</b>	,17
item 29	-,12	,02	,12	<b>,73</b>
item 19	-,02	,09	-,05	<b>,70</b>
item 39	,23	-,11	,01	<b>,61</b>
item 9	,03	-,04	,12	<b>,58</b>
item 26	,27	-,02	,07	<b>,46</b>
item 18	,17	,15	,01	<b>,44</b>
<i>% Varianza</i>	28,2	12,6	6,9	5,3
<i>Alpha</i>	.78	.81	.81	.75
<i>Rit medio</i>	.53	.57	.62	.48

Figura 1: Modello di Analisi Fattoriale Confermativa relativa alle Convinzioni di Efficacia nelle Life Skills - STUDENTI



$\chi^2(203, 2764) 1945.98 p=.00000$   
 NNFI=.90, CFI=.91, SRMR=.048, RMSEA= .056 (.054 .058)

Tabella 6. Indici di adattamento (fit) relativi alle Analisi Fattoriali Confermative – Auto-efficacia nelle *Life Skills*

Modelli	$\chi^2$	gdl	NNFI	CFI	RMSEA
Fattore Unico	8087.89	209	.55	.60	.117
Modello Ortogonale	4462.80	209	.75	.78	.086
Modello Obliquo	1660.28	203	.90	.91	.056
Modello di secondo ordine	2211.23	201	.88	.89	.060

Nota. Tutti i modelli sono statisticamente significativi ( $p < .001$ );  $N = 2764$ ; gdl = gradi di libertà; RMSEA = Root Means Square Error of Approximation; NNFI = Non Normed Fit Index; CFI = Comparative Fit Index.

Tabella 7. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Autoefficacia nelle Life Skills. Le correlazioni sopra la diagonale fanno riferimento al gruppo dei maschi; quelle sotto la diagonale al gruppo delle femmine (Maschi= 1261, Femmine=1937)

	Auto-efficacia nella Soluzione dei Problemi	Auto-efficacia nella Comunicazione Interpersonale e Sociale	Auto-efficacia nella Espressione delle Emozioni Negative	Auto-efficacia nella Gestione delle Emozioni Positive
<b>Autoefficacia Percepita:</b>	<b>Maschi</b>			
Soluzione dei Problemi	-	,61***	,59***	,46***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,54***	-	,48***	,49***
Gestione delle Emozioni Negative	,43***	,25***	-	,08***
Espressione delle Emozioni Positive	,32***	,39***	,33***	-
	<b>Femmine</b>			

\*\*\* p<.001

Tabella 8. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Autoefficacia nelle Life Skills, l'Autoefficacia Scolastica e Regolatoria e l'Autostima, distinte per il gruppo dei maschi e per quello delle femmine (Maschi= 1.261, Femmine=1.937)

STUDENTI	Auto-efficacia Percepita Scolastica		Auto-efficacia Percepita Regolatoria		Autostima	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Soluzione dei Problemi	,39***	,41***	,25***	,22***	,30***	,26***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,39***	,33***	,28***	,25***	,20***	,09***
Gestione delle Emozioni Negative	,32***	,22***	,22***	,17***	,35***	,28***
Espressione delle Emozioni Positive	,35***	,34***	,20***	,16***	,35***	,39***

\*\*\* p<.001



Tabella 9. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Autoefficacia nelle Life Skills e gli Indicatori di Partecipazione Scolastica, distinte per il gruppo dei maschi e per quello delle femmine (Maschi= 1261, Femmine=1937)

STUDENTI	Impegno Scolastico		Coinvolgimento Scolastico		Soddisfazione Scolastica	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<b>Autoefficacia Percepita:</b>						
Soluzione dei Problemi	,15***	,19***	,22***	,27***	,18***	,15***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,18***	,20***	,32***	,27***	,26***	,20***
Gestione delle Emozioni Negative	,20***	,10***	,20***	,15***	,25***	,16***
Espressione delle Emozioni Positive	,13***	,19***	,18***	,14***	,19***	,08***

\*\*\* p<.001

Tabella 10. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sull'Autoefficacia Scolastica. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 1261)		Femmine (N = 1897)	
	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.18***	.018	.23***	.030
Comunicazione Interpersonale	.19***	.022	.13***	.010
Gestione Emozioni Negative	.14***	.014	.20***	.033
Espressione Emozioni Positive	.12***	.014	.08***	.005
	CM	.46		.47
	R <sup>2</sup>	.21		.22
	A R <sup>2</sup>	.21		.22

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 11. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sull'Autoefficacia Regolatoria. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 1261)		Femmine (N = 1897)	
	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.08***	.003	.07***	.003
Comunicazione Interpersonale	.16***	.015	.17***	.018
Gestione Emozioni Negative	.04***	.001	.08***	.005
Espressione Emozioni Positive	.08***	.005	.07***	.004
	CM	.31		.29
	R <sup>2</sup>	.09		.08
	A R <sup>2</sup>	.09		.08

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 12. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sull'Autostima. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 1261)		Femmine (N = 1897)	
	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.06***	.001	.11***	.007
Comunicazione Interpersonale	.11***	.008	.17***	.019
Gestione Emozioni Negative	.28***	.048	.36***	.106
Espressione Emozioni Positive	.29***	.060	.28***	.066
	CM	.44		.49
	R <sup>2</sup>	.20		.24
	A R <sup>2</sup>	.20		.24

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Nota 1: CM = correlazione multipla. R<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione. AR<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione corretto.  $\beta$ = coefficienti di regressione. sr<sup>2</sup>= coefficienti semiparziali al quadrato (indicano il contributo unico del predittore nello spiegare la varianza del criterio).

Nota 2: variabili concorrenti e criterio sono stati valutati sincreticamente.

Tabella 13. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sull'Impegno nell'Attività Scolastica. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

	<i>Maschi (N = 1261)</i>		<i>Femmine (N = 1897)</i>	
Autoefficacia in:	( $\beta$ )	$sr^2$	( $\beta$ )	$sr^2$
Soluzione dei Problemi	.03ns	.0004	.07*	.002
Comunicazione Interpersonale	.10**	.005	.12***	.009
Gestione Emozioni Negative	.02ns	.0004	.13***	.012
Espressione Emozioni Positive	.11***	.009	.03ns	.0005
	CM	.22		.25
	R <sup>2</sup>	.04		.06
	A R <sup>2</sup>	.04		.06

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 14. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sul Coinvolgimento nell'Attività Scolastica. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

	<i>Maschi (N = 1261)</i>		<i>Femmine (N = 1897)</i>	
Autoefficacia in:	( $\beta$ )	$sr^2$	( $\beta$ )	$sr^2$
Soluzione dei Problemi	.01ns	.00	.16***	.01
Comunicazione Interpersonale	.29***	.05	.16***	.01
Gestione Emozioni Negative	.02ns	.00	.03ns	.00
Espressione Emozioni Positive	.04ns	.00	.03	.00
	CM	.33		.31
	R <sup>2</sup>	.11		.10
	A R <sup>2</sup>	.11		.09

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 15. Contributo concorrente delle convinzioni di Autoefficacia nelle *Life Skills* sulla Soddisfazione Scolastica. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

	<i>Maschi (N = 1261)</i>		<i>Femmine (N = 1897)</i>	
Autoefficacia in:	( $\beta$ )	$sr^2$	( $\beta$ )	$sr^2$
Soluzione dei Problemi	.05	.001	.03	.001
Comunicazione Interpersonale	.16***	.013	.13***	.011
Gestione Emozioni Negative	.08*	.003	.02	.001
Espressione Emozioni Positive	.17***	.020	.10***	.027
	CM	.30		.22
	R <sup>2</sup>	.09		.05
	A R <sup>2</sup>	.09		.05

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Nota 1: CM = correlazione multipla. R<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione. AR<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione corretto.  $\beta$ = coefficienti di regressione.  $sr^2$  = coefficienti semiparziali al quadrato (indicano il contributo unico del predittore nello spiegare la varianza del criterio).

Nota 2: variabili concorrenti e criterio sono stati valutati sincronicamente.

Tabella 16. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala per la misura della Competenza nella Soluzione dei Problemi valutata dai genitori (N=1823).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	6,19	44,2
2	1,02	7,3
3	,88	6,3
4	,76	5,5
5	,64	4,6

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_33	,75
ITEM_40	,71
ITEM_36	,71
ITEM_1	,69
ITEM_13	,69
ITEM_23	,68
ITEM_32	,68
ITEM_5	,68
ITEM_43	,67
ITEM_27	,66
ITEM_41	,62
ITEM_42	,61
ITEM_7	,60
ITEM_14	,50

---

Alpha=0.90

R<sub>it</sub> medio=.59

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---

Tabella 17. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala per la misura della Competenza nella Comunicazione Interpersonale valutata dai genitori (N=1823).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	5,88	39,2
2	1,42	9,5
3	,98	6,5
4	,84	5,6
5	,74	4,9

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_19	,73
ITEM_39	,71
ITEM_18	,70
ITEM_12	,67
ITEM_29	,67
ITEM_26	,67
ITEM_6	,66
ITEM_9	,62
ITEM_2	,60
ITEM_15	,60
ITEM_44	,59
ITEM_38	,57
ITEM_20	,56
ITEM_25	,49
ITEM_3	,46

---

Alpha=0.88

R<sub>it</sub> medio=.54

---

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

Tabella 18. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi cinque fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala per la misura della Competenza nella Gestione delle Emozioni Negative valutata dai genitori (N=1823).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	4,09	51,1
2	,78	9,8
3	,72	9,1
4	,58	7,4
5	,53	6,6

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_34	,77
ITEM_22	,75
ITEM_30	,74
ITEM_37	,73
ITEM_21	,70
ITEM_10	,67
ITEM_8	,67
ITEM_17	,66

---

Alpha=0.86

R<sub>it</sub> medio=.60

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

---

Tabella 19. Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori relativi ai primi quattro fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dal primo fattore) e attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alla scala per la misura della Competenza nella Espressione delle Emozioni Positive valutata dai genitori (N=1823).

---

Fattore	Autovalore	% Varianza
1	3,02	60,4
2	,65	13,2
3	,52	10,5
4	,43	8,7

---

Saturazioni sul primo fattore

ITEM_16	,83
ITEM_35	,81
ITEM_4	,78
ITEM_28	,77
ITEM_46	,68

---

Alpha=0.83

R<sub>it</sub> medio=.63

---

R<sub>it</sub>=correlazione corretta item-scala totale

Tabella 20. Risultati dei Fattori Principali (autovalori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dai primi 4 fattori), attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alle 4 scale per la misura della Competenza nelle Life Skills valutata dai genitori (1823).

	Comunicazione Interpersonale	Gestione Emozioni Negative	Espressione Emozioni Positive	Soluzione Problemi
<i>Autovalori</i>	8,0	2,4	1,2	1,0
item 29	<b>,71</b>	,09	,19	,16
item 39	<b>,63</b>	-,08	,15	-,16
item 19	<b>,63</b>	,12	,00	-,11
item 18	<b>,53</b>	,15	-,02	-,25
item 9	<b>,48</b>	-,06	,37	-,02
item 26	<b>,47</b>	-,01	,03	-,35
item 34	,09	<b>,81</b>	-,04	,08
item 10	-,14	<b>,74</b>	-,01	-,03
item 21	-,13	<b>,70</b>	,11	-,10
item 30	,18	<b>,69</b>	-,03	,01
item 37	-,11	<b>,67</b>	,05	-,21
item 22	,28	<b>,66</b>	,03	,08
item 4	-,07	,06	<b>,84</b>	,02
item 16	,08	-,03	<b>,81</b>	,02
item 35	-,01	,03	<b>,78</b>	-,08
item 28	,06	-,03	<b>,71</b>	-,06
item 23	-,05	-,02	,08	<b>-,78</b>
item 36	-,08	,07	,07	<b>-,76</b>
item 40	,09	,02	,06	<b>-,68</b>
item 32	,34	,11	-,11	<b>-,48</b>
item 33	,32	,14	-,00	<b>-,47</b>
item 1	,15	,23	,16	<b>-,37</b>
<i>% Varianza</i>	36,5	11,3	5,7	4,9
<i>Alpha</i>	.83	.82	.83	.84
<i>Rit medio</i>	.58	.61	.65	.60



Figura 2: Modello di Analisi Fattoriale Confermativa relativa alle Competenza nelle Life Skills dei figli - GENITORI

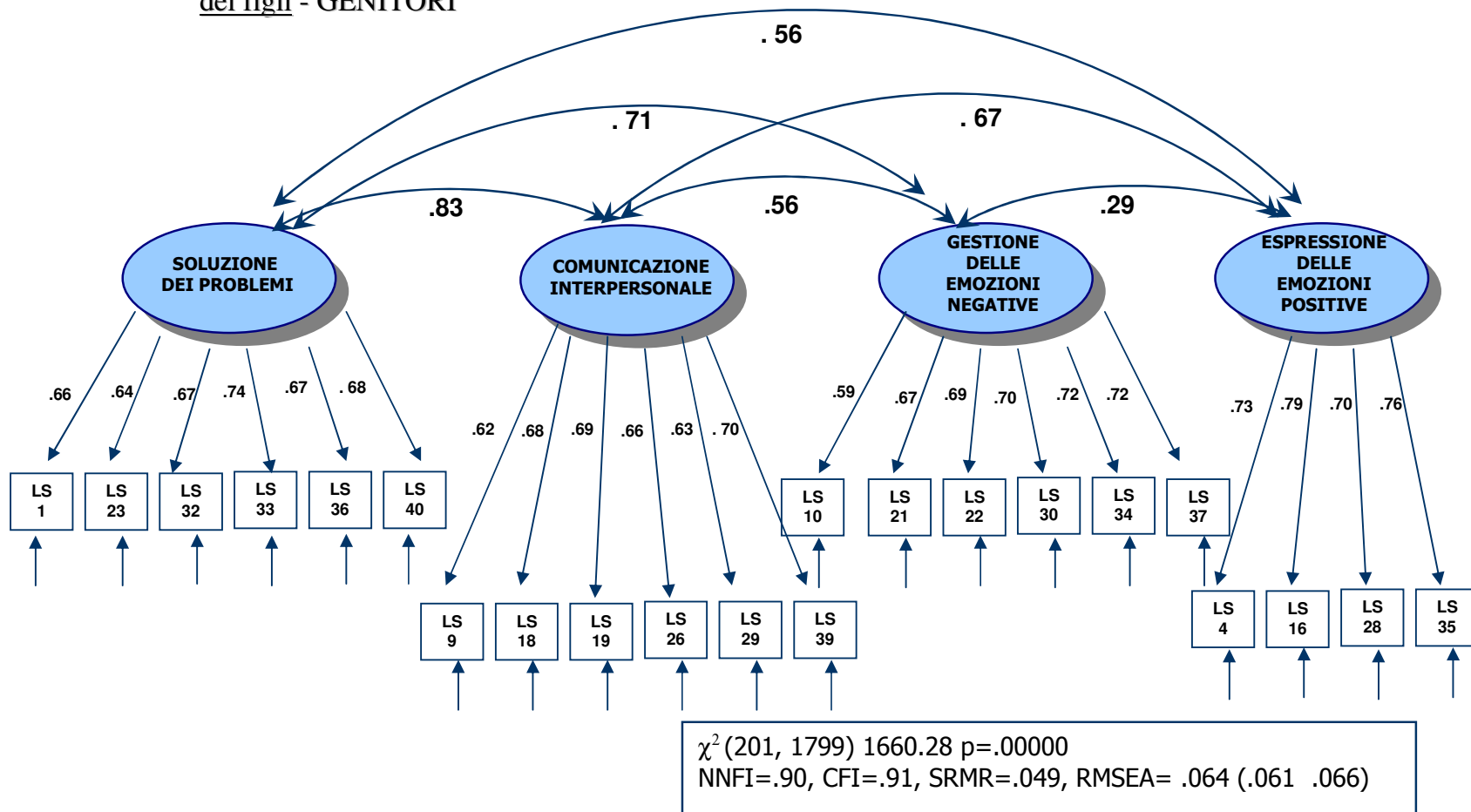


Tabella 21. Indici di adattamento (fit) delle analisi fattoriali confermative –  
Competenza nelle *Life Skills* valutata dai genitori.

Modelli	$\chi^2$	gdl	NNFI	CFI	RMSEA
Fattore Unico	5175.34	209	.67	.70	.116
Modello Ortogonale	4352.76	209	.72	.75	.260
Modello Obliquo	1660.28	201	.90	.91	.064
Modello di secondo ordine	1839.68	201	.88	.90	.068

Nota. Tutti i modelli sono statisticamente significativi ( $p < .001$ );  $N = 1799$ ; gdl = gradi di libertà; RMSEA = Root Means Square Error of Approximation; NNFI = Non Normed Fit Index; CFI = Comparative Fit Index.

Tabella 22. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Competenza nelle Life Skills dei figli. Le correlazioni sopra la diagonale fanno riferimento al gruppo dei maschi; quelle sotto la diagonale al gruppo delle femmine (Maschi= 642; Femmine=1181)

	Soluzione dei Problemi	Comunicazione Interpersonale e Sociale	Espressione delle Emozioni Negative	Gestione delle Emozioni Positive
<b>Competenza dei figli:</b>	<b>Maschi</b>			
Soluzione dei Problemi	-	,72***	,72***	,39***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,67***	-	,67***	,49***
Gestione delle Emozioni Negative	,56***	,38***	-	,25***
Espressione delle Emozioni Positive	,36***	,46***	,14**	-
	<b>Femmine</b>			

\*\*\* p<.001

Tabella 23. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Competenza nelle Life Skills e la Competenza Scolastica e Regolatoria dei figli, distinte per il gruppo dei maschi e per quello delle femmine (Maschi= 642; Femmine=1181)

<b>Competenza dei figli:</b>	Competenza Scolastica		Competenza Regolatoria	
	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
Soluzione dei Problemi	,48***	,38***	,54***	,39***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,58***	,50***	,51***	,47***
Gestione delle Emozioni Negative	,48***	,38***	,49***	,30***
Espressione delle Emozioni Positive	,34***	,39***	,30***	,26***

\*\*\* p<.001

Tabella 24. Contributo concorrente della Competenza nelle *Life Skills* valutata dai genitori sulla Competenza Scolastica dei figli. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

	<i>Maschi (N = 642)</i>		<i>Femmine (N = 1181)</i>	
Autoefficacia in:	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.41***	.070	.20***	.017
Comunicazione Interpersonale	.15**	.009	.19***	.017
Gestione Emozioni Negative	.08*	.003	.26***	.047
Espressione Emozioni Positive	.11**	.007	.05ns	.000
	CM	.65		.57
	R <sup>2</sup>	.42		.32
	A R <sup>2</sup>	.42		.32

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 25. Contributo concorrente della Competenza nelle *Life Skills* valutata dai genitori sulla Competenza Regulatoria dei figli. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

	<i>Maschi (N = 642)</i>		<i>Femmine (N = 1181)</i>	
Autoefficacia in:	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>	( $\beta$ )	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.24***	.024	.03ns	.000
Comunicazione Interpersonale	.24***	.023	.23***	.025
Gestione Emozioni Negative	.03ns	.001	.17***	.020
Espressione Emozioni Positive	.13**	.009	.12***	.010
	CM	.51		.43
	R <sup>2</sup>	.26		.19
	A R <sup>2</sup>	.26		.18

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

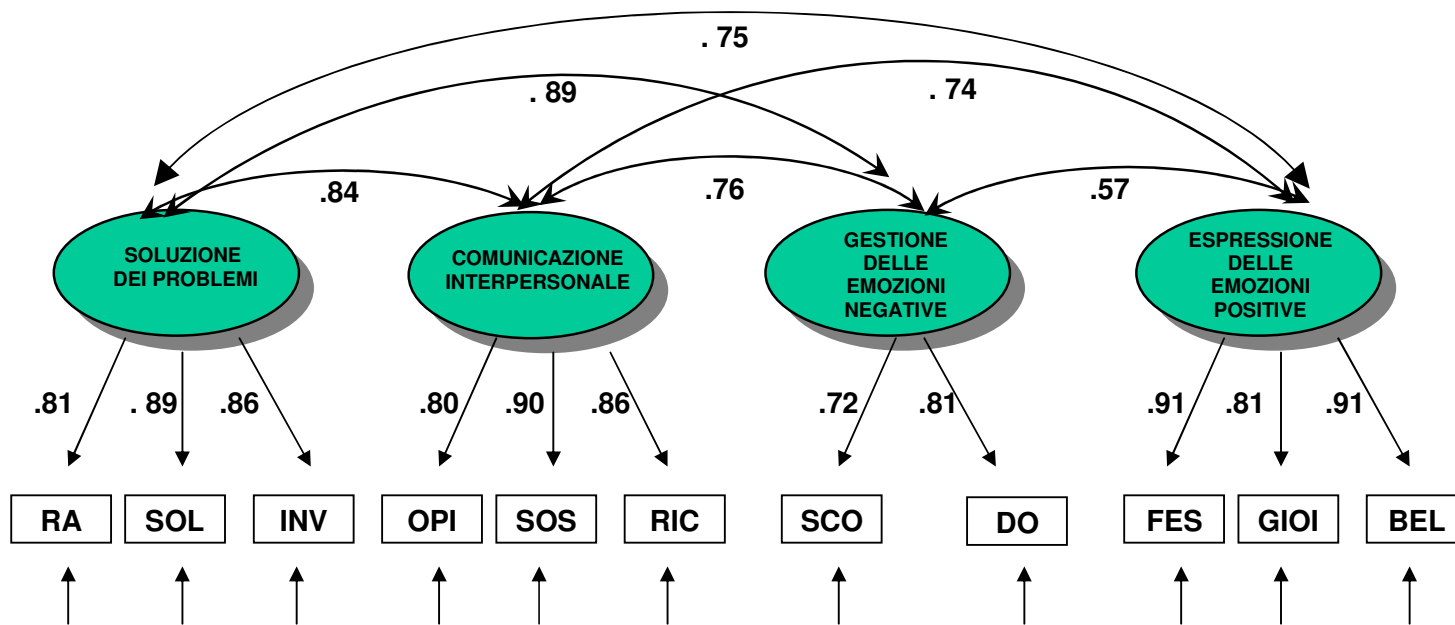
Nota 1: CM = correlazione multipla. R<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione. AR<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione corretto.  $\beta$ = coefficienti di regressione. sr<sup>2</sup> = coefficienti semiparziali al quadrato (indicano il contributo unico del predittore nello spiegare la varianza del criterio).

Nota 2: variabili concorrenti e criterio sono stati valutati sincronicamente.

Tabella 26 Risultati dell'Analisi dei Fattori Principali (autovalori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata dai primi 4 fattori), attendibilità (Alpha di Cronbach e correlazione media item-scala totale corretta) relativi alle scale per la misura della Competenza nelle Life Skills valutata dai pari (640).

	Comunicazione Interpersonale	Gestione Emozioni Negative	Espressione Emozioni Positive	Soluzione Problemi
<i>Autovalori</i>	6,86	1,22	,74	,51
OPIN_A_1	<b>,85</b>	,17	,08	-,11
RIC_SE_1	<b>,80</b>	-,27	-,07	-,04
RIC_RI_1	<b>,80</b>	-,18	,04	,01
ESP_BE_1	,09	<b>-,83</b>	,04	-,08
GIOIRE_1	-,01	<b>-,78</b>	,05	-,19
ESP_FE_1	,26	<b>-,72</b>	,12	-,01
EV_SCO_1	-,03	-,16	<b>,93</b>	,04
DOM_TE_1	,28	,27	<b>,55</b>	-,30
P_RAGL_1	,12	-,00	-,10	<b>-,90</b>
INV_NE_1	-,09	,20	,12	<b>,82</b>
SOL_AL_1	,19	,11	,30	<b>,48</b>
<i>% Varianza</i>	62,4	11,1	6,7	4,7
<i>Alpha</i>	.89	.90	.74	.88
<i>Rit medio</i>	.79	.82	.58	.78

Figura 3. Modello di Analisi Fattoriale Confermativa relativa alle scale di Competenza nelle *Life Skills* valutata - Pari



Legenda:

- RAG= Riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento
- SOL= Individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi
- INV=Inventare nuove procedure, anzichè limitarsi a seguire quelle stabilite da altri
- OPIN= Interessarsi alle opinioni degli altri anche se in disaccordo con loro
- SOS= Riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata
- RIC= Riconoscere i sentimenti di un compagno quando questi appare preoccupato
- SCO=Non scoraggiarsi in seguito ad una pesante critica
- DOM= Dominare la tensione nelle situazioni di emergenza
- FEST= Esprimere liberamente la tua contentezza ed il tuo entusiasmo in occasione di feste ed incontri con gli amici
- GIOI= Gioire per i propri successi
- BELL= Esprimere la propria felicità quando gli/le succede qualcosa di bello

$\chi^2(38, N= 640) = 11.11; p=.00003$   
 NNFI=.93, CFI=.93, SRMR=.053, RMSEA= .13

Tabella 27. Indici di adattamento (fit) delle Analisi Fattoriali Confermative – Competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari.

Modelli	$\chi^2$	gdl	NNFI	CFI	RMSEA
Fattore Unico	1337.675	44	.72	.77	.21
Modello Ortogonale	1337.675	44	.58	.67	.26
Modello Obliquo	460.107	38	.90	.93	.13
Modello di secondo ordine	511.162	36	.87	.92	.14

Nota. Tutti i modelli sono statisticamente significativi ( $p < .001$ ); N = 636; gdl = gradi di libertà; NNFI = Non Normed Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Means Square Error of Approximation.



Tabella 28. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Competenza nelle Life Skills. Le correlazioni sopra la diagonale fanno riferimento al gruppo dei maschi; quelle sotto la diagonale al gruppo delle femmine (Maschi= 156; Femmine=146)

	Soluzione dei Problemi	Comunicazione Interpersonale e Sociale	Gestione delle Emozioni Negative	Espressione delle Emozioni Positive
<b>Competenza dei compagni:</b>	<b>Maschi</b>			
Soluzione dei Problemi	-	,76***	,78***	,71***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,73***	-	,73***	,72***
Gestione delle Emozioni Negative	,67***	,57***	-	,70***
Espressione delle Emozioni Positive	,60***	,56***	,30***	-
	<b>Femmine</b>			

\*\*\* p<.001

Tabella 29. Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le dimensioni di Competenza nelle Life Skills, la popolarità, il rifiuto ed il comportamento prosociale dei compagni, distinte per il gruppo dei maschi e per quello delle femmine (Maschi= 156; Femmine=146)

	Popolarità		Vittimizzazione		Comp. Prosociale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<b>Competenza dei compagni:</b>						
Soluzione dei Problemi	,67***	,61***	-,56***	-,62***	,63***	,67***
Comunicazione Interpersonale e Sociale	,66***	,82***	-,56***	-,75***	,67***	,87***
Gestione delle Emozioni Negative	,60***	,50***	-,57***	-,55***	,50***	,50***
Espressione delle Emozioni Positive	,67***	,66***	-,57***	-,58***	,50***	,65***

\*\*\* p<.001

Tabella 30. Contributo concorrente della Competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari sulla Popolarità dei compagni. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 156)		Femmine (N = 146)	
	(β)	sr <sup>2</sup>	(β)	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.30***	.025	.20***	.012
Comunicazione Interpersonale	.21**	.013	.71***	.215
Gestione Emozioni Negative	.01ns	.000	.12*	.007
Espressione Emozioni Positive	.30***	.034	.26***	.068
	CM	.73		.87
	R <sup>2</sup>	.54		.76
	A R <sup>2</sup>	.54		.75

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 31. Contributo concorrente della competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari sulla Vittimizzazione dei compagni. Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 156)		Femmine (N = 146)	
	(β)	sr <sup>2</sup>	(β)	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	-.14ns	.005	.05ns	.000
Comunicazione Interpersonale	-.16*	.008	-.52***	.114
Gestione Emozioni Negative	-.18*	.010	-.20***	.023
Espressione Emozioni Positive	-.23**	.020	-.25***	.036
	CM	.63		.79
	R <sup>2</sup>	.40		.62
	A R <sup>2</sup>	.40		.62

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabella 32. Contributo concorrente della competenza nelle *Life Skills* valutata dai pari sul Comportamento Prosociale Risultati delle Regressioni Multiple Standard.

Autoefficacia in:	Maschi (N = 156)		Femmine (N = 146)	
	(β)	sr <sup>2</sup>	(β)	sr <sup>2</sup>
Soluzione dei Problemi	.39***	.044	.04ns	.001
Comunicazione Interpersonale	.52***	.090	.75***	.237
Gestione Emozioni Negative	.16*	.008	.02ns	.000
Espressione Emozioni Positive	.05ns	.001	.25***	.036
	CM	.70		.89
	R <sup>2</sup>	.49		.80
	A R <sup>2</sup>	.48		.80

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Nota 1: CM = correlazione multipla. R<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione. AR<sup>2</sup>= coefficiente di determinazione corretto. β= coefficienti di regressione. sr<sup>2</sup>= coefficienti semiparziali al quadrato (indicano il contributo unico del predittore nello spiegare la varianza del criterio).

Nota 2: variabili concorrenti e criterio sono stati valutati sincreticamente.

## **APPENDICE A: Tabelle e grafici**

### **STUDIO 2**

Tabella 1 – Medie e deviazioni standard, distinte per sesso, relative alle convinzioni di autoefficacia ed al pensiero positivo. Risultati delle analisi della varianza.

	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		
<i>Autoefficacia nelle Life Skills T1</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>F(1, 1035)</i>
Autoeff. nella Sol. dei Probl.	4,86	,83	4,66	,74	15,26***
Autoeff. nella Com. Interpers.	4,84	,86	5,21	,68	57,49***
Autoeff. Gest. Emoz. Negative	4,66	,91	4,14	1,02	65,25***
Autoeff. Gest. Emoz. Positive	5,56	1,07	5,77	,97	10,24**
<i>Pensiero Positivo T1</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>F(1, 1040)</i>
Autostima	3,37	,55	3,16	,56	32,97***
Soddisfazione di vita	4,99	1,18	4,69	1,29	13,19**
Ottimismo	3,72	,87	3,50	,91	13,47**
<i>Pensiero Positivo T2</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>Medie</i>	<i>DS</i>	<i>F(1, 1040)</i>
Autostima	3,41	,55	3,27	,56	15,99***
Soddisfazione di vita	4,95	1,10	4,75	1,23	6,76**
Ottimismo	3,66	,81	3,52	,91	5,96*

Nota: i punteggi sono stati ricavati sommando gli item relativi ad ogni dimensione e dividendo la somma ottenuta per il numero degli item.  
 \*\*\* p < .001 \*\* p < .01 \* p < .05

Tabella 2 – Intercorrelazioni (r di Pearson) tra le variabili considerate. Le correlazioni sotto la diagonale fanno riferimento al gruppo dei maschi (N=358), mentre quelle sopra la diagonale al gruppo delle femmine (N=684).

	<i>Tempo 1</i>							<i>Tempo 2</i>		
	E_SOL (1)	E_INT (2)	E_NEG (3)	E_POS (4)	AUT (5)	SOD (6)	OTT (7)	AUT (8)	SOD (9)	OTT (10)
(1)	-	,5706***	,5052***	,3506***	,3783***	,2738***	,3053***	,2618***	,2250***	,2341***
(2)	,5549***	-	,3347***	,3917***	,2088***	,2101***	,1858***	,1353***	,1287***	,1462***
(3)	,5905***	,4850***	-	,1084***	,3697***	,3094***	,3881***	,2552***	,2017***	,2783***
(4)	,4755***	,4102***	,3558***	-	,3223***	,2632***	,2880***	,2933***	,2550***	,1990***
(5)	,3414***	,1344*	,2910***	,3356***	-	,4132***	,4093***	,5251***	,3445***	,3236***
(6)	,3517***	,3187***	,3108***	,3265***	,3337***	-	,5235***	,3795***	,5861***	,3825***
(7)	,2566***	,2553***	,2553***	,3380***	,2987***	,5270***	-	,3841***	,3743***	,5343***
(8)	,2337***	,1501***	,1803***	,2717***	,3897***	,2447***	,2283***	-	,4503***	,3902***
(9)	,2635***	,2203***	,2718***	,3035***	,2982***	,4673***	,4133***	,3719***	-	,4983***
(10)	,2556***	,2310***	,2044***	,2855***	,2812***	,2976***	,4151***	,3491***	,4611***	-

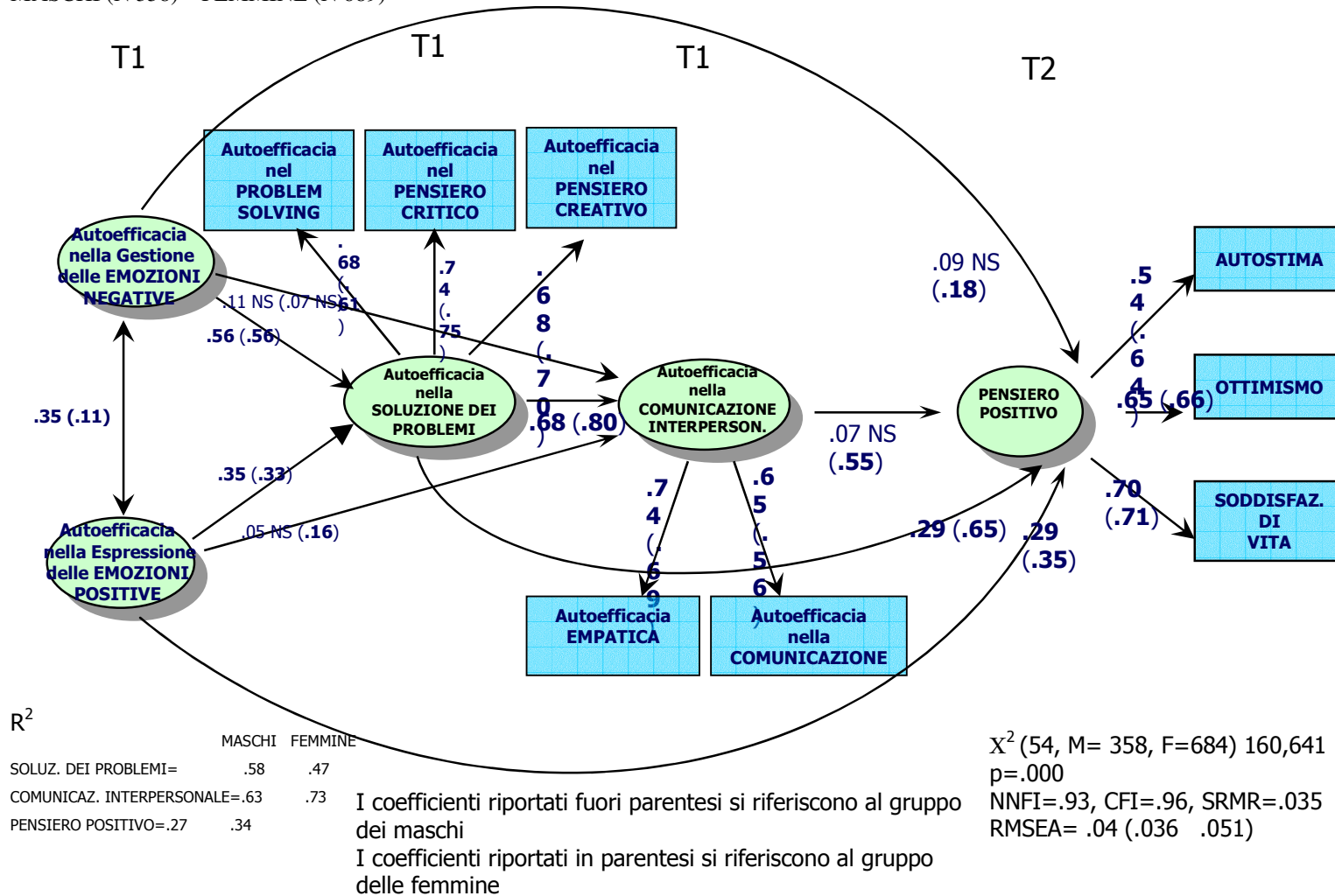
\*\*\* p < .001    \*\* p < .01    \* p < .05

*Legenda*

- (1) E\_SOL = Auto-efficacia nella Soluzione dei Problemi T1
- (2) E\_INT = Auto-efficacia nella Comunicazione Interpersonale T1
- (3) E\_NEG = Auto-efficacia nella Gestione Emoz. Negative T1
- (4) E\_POS = Auto-efficacia nella Espressione Emoz. Positive T1

- (5) AUT = Autostima T1
- (6) SOD = Soddisfazione di Vita T1
- (7) OTT = Ottimismo T1
- (8) AUT = Autostima T2
- (9) SOD = Soddisfazione di Vita T2
- (10) OTT = Ottimismo T2

Figura 1. Modello Multigruppo delle relazioni di influenza tra le convinzioni di Autoefficacia nella Gestione delle Emozioni Negative, nella Espressione delle Emozioni Positive, nella Soluzione dei Problemi e nella Comunicazione Interpersonale ed il Pensiero Positivo: MASCHI (N 358) – FEMMINE (N 689)



## **APPENDICE A: Tabelle e grafici**

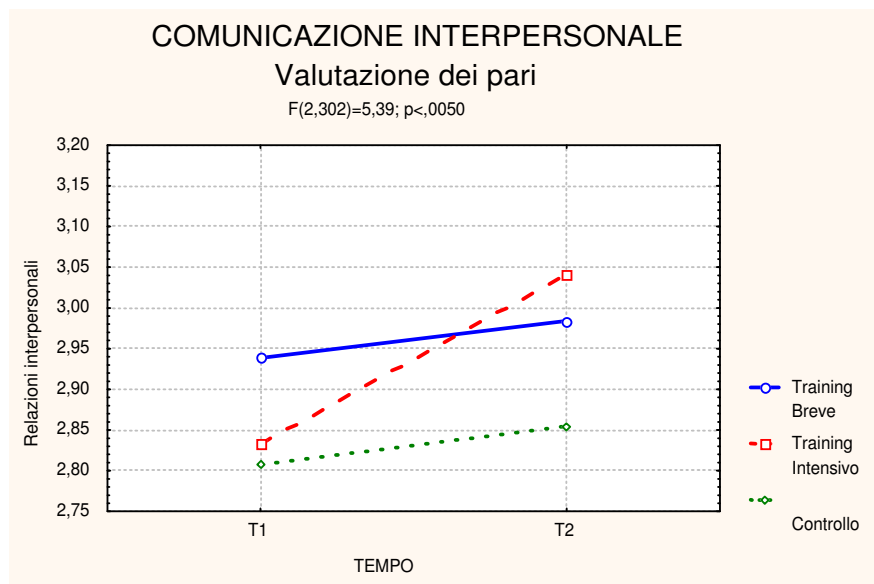
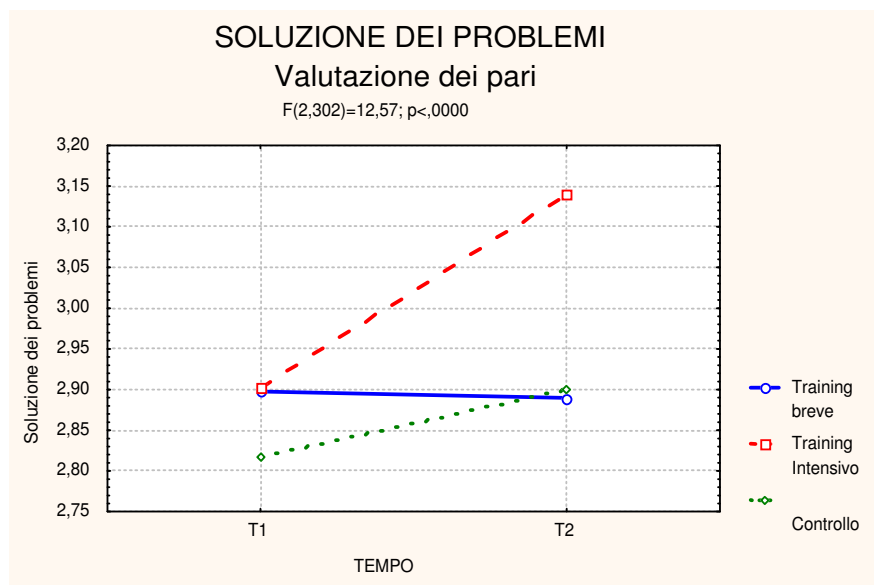
### **STUDIO 3**



Tabella 1. Differenze tra i 3 gruppi (Training breve, intensivo, controllo) a distanza di 6 mesi (Val. dei Pari)

Variabili		Training Breve			Training Intensivo			Controllo		
		T1	T2	Sign.	T1	T2	Sign.	T1	T2	Sign.
<i>Competenza dei compagni in:</i>										
<b>- Soluzione dei Problemi</b>	<i>M</i>	2,90	2,89	n.s.	2,90	3,14	***	2,82	2,90	n.s.
	<i>DS</i>	,50	,46		,46	,42		,54	,52	
<b>- Comunicazione Interpersonale</b>	<i>M</i>	2,94	2,98	n.s.	2,83	3,04	***	2,80	2,85	n.s.
	<i>DS</i>	,40	,37		,40	,48		,47	,42	
<b>- Gestione Emozioni Negative</b>	<i>M</i>	2,93	2,99	n.s.	2,99	3,20	***	2,98	3,00	n.s.
	<i>DS</i>	,32	,35		,32	,35		,34	,32	
<b>- Espressione Emozioni Positive</b>	<i>M</i>	3,37	3,40	n.s.	3,32	3,50	***	3,29	3,49	n.s.
	<i>DS</i>	,39	,45		,33	,34		,54	,43	

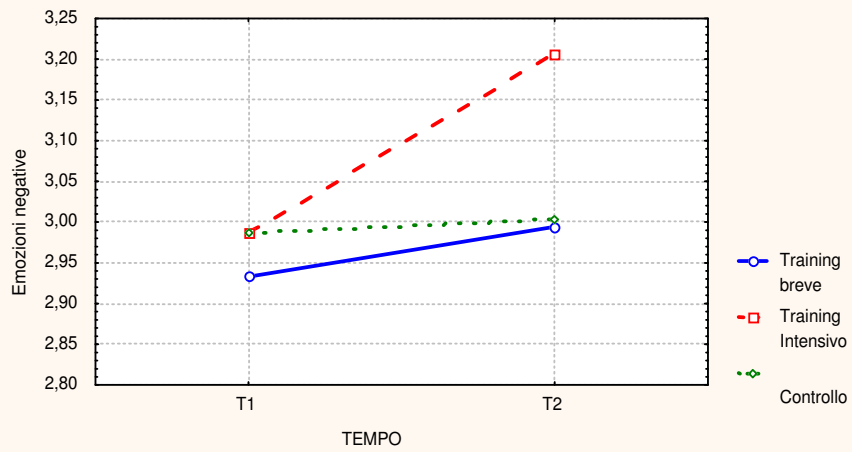
Grafici 1-4: Differenze nella Competenza nelle Life Skills degli studenti a distanza di 6 mesi nei 3 gruppi



## GESTIONE DELLE EMOZIONI NEGATIVE

Valutazione dei pari

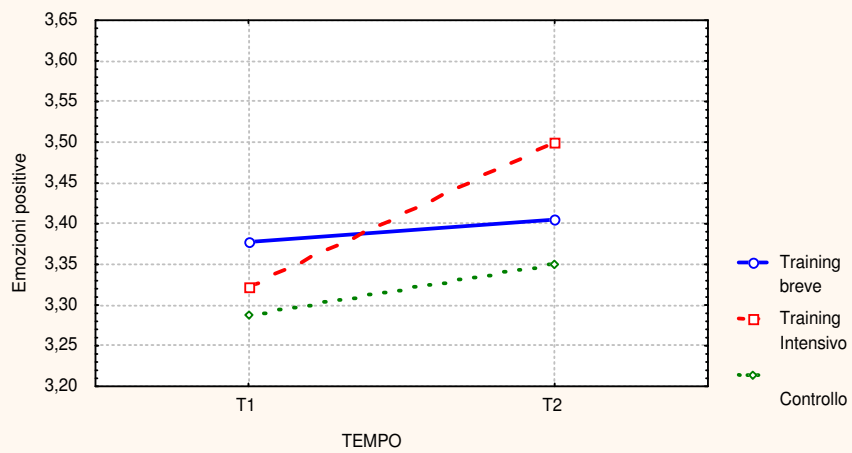
$F(2,302)=9,84; p<,0001$



## ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI POSITIVE

Valutazione dei pari

$F(2,302)=4,17; p<,0164$



## **APPENDICE B: Questionari**

## **Questionari – Studenti**

L\_S= Autoefficacia nelle Life Skills

I\_P\_S= Indicatori di partecipazione Scolastica

A\_S\_R= Autoefficacia Scolastica e Regolatoria

S\_E= Autostima

S\_D\_V= Soddisfazione di Vita

LOT\_R= Ottimismo

## L\_S

Le affermazioni del questionario descrivono alcune di situazioni che si presentano comunemente a scuola e/o nella vita di tutti i giorni. Leggi attentamente ogni affermazione e **indica quanto ti senti capace di affrontare ciascuna situazione descritta**, su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Per nulla capace” e 7 a “Del tutto capace”.

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

### **QUANTO SEI CAPACE DI:**

1. Individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi	1	2	3	4	5	6	7
2. Cercare di vedere le cose attraverso gli occhi degli altri	1	2	3	4	5	6	7
3. Evitare i conflitti accesi durante le assemblee	1	2	3	4	5	6	7
4. Gioire per i tuoi successi	1	2	3	4	5	6	7
5. Anticipare le possibili conseguenze delle alternative individuate per risolvere un problema	1	2	3	4	5	6	7
6. Tener conto dei pareri diversi dal tuo punto di vista	1	2	3	4	5	6	7
7. Generare e discutere soluzioni prima di prendere una decisione	1	2	3	4	5	6	7
8. Riconoscere e tenere sotto controllo le tue emozioni di fronte ai problemi	1	2	3	4	5	6	7
9. Offrire solidarietà ad un tuo compagno che si trova in difficoltà	1	2	3	4	5	6	7
10. Controllare l'ansia di fronte ad una prova scolastica	1	2	3	4	5	6	7
11. Far valere i tuoi diritti e quelli dei tuoi compagni quando questo è necessario	1	2	3	4	5	6	7
12. Capire gli stati d'animo degli altri anche se non sono evidenti	1	2	3	4	5	6	7
13. Affrontare qualcosa di nuovo senza che qualcuno ti spieghi prima come procedere	1	2	3	4	5	6	7
14. Andare contro corrente e pensare in modo diverso dagli altri	1	2	3	4	5	6	7
15. Capire i sentimenti che gli altri provano per te	1	2	3	4	5	6	7
16. Esprimere la tua felicità quando ti succede qualcosa di bello	1	2	3	4	5	6	7
17. Far valere le tue ragioni senza agitarti	1	2	3	4	5	6	7
18. Riconoscere gli aspetti positivi degli interventi precedenti quando prendi la parola in classe	1	2	3	4	5	6	7
19. Interessarti alle opinioni degli altri anche in situazioni di disaccordo	1	2	3	4	5	6	7
20. Non interrompere quando qualcuno parla durante l'assemblea	1	2	3	4	5	6	7
21. Evitare di scoraggiarti di fronte ad una pesante critica	1	2	3	4	5	6	7

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

**QUANTO SEI CAPACE DI:**

22.	Affrontare i problemi in modo pacato	1	2	3	4	5	6	7
23.	Essere un “ vulcano” di idee	1	2	3	4	5	6	7
24.	Dire quello che pensi anche quando gli altri non sono d'accordo con te	1	2	3	4	5	6	7
25.	Esprimere chiaramente le tue opinioni agli insegnanti	1	2	3	4	5	6	7
26.	Riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata	1	2	3	4	5	6	7
27.	Accertare la credibilità delle fonti di informazione	1	2	3	4	5	6	7
28.	Esprimere liberamente la tua contentezza ed il tuo entusiasmo in occasione di feste ed incontri con gli amici	1	2	3	4	5	6	7
29.	Preoccuparti dei sentimenti degli altri prima di fare qualcosa che potrebbe dare dispiacere	1	2	3	4	5	6	7
30.	Dominare la tensione nelle situazioni di emergenza	1	2	3	4	5	6	7
31.	Coinvolgere altre persone ad interessarsi ai problemi della scuola	1	2	3	4	5	6	7
32.	Distinguere tra contenuto di un'informazione e le intenzioni di chi la trasmette	1	2	3	4	5	6	7
33.	Riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento	1	2	3	4	5	6	7
34.	Mantenerti calmo in situazioni di stress	1	2	3	4	5	6	7
35.	Manifestare la tua soddisfazione quando raggiungi gli obiettivi che ti sei proposto	1	2	3	4	5	6	7
36.	Inventare nuove procedure anziché limitarti a seguire quelle stabilite da altri	1	2	3	4	5	6	7
37.	Evitare di scoraggiarti di fronte alle avversità (difficoltà)	1	2	3	4	5	6	7
38.	Aspettare il tuo turno per parlare nelle discussioni che avvengono in classe	1	2	3	4	5	6	7
39.	Riconoscere i sentimenti di un compagno quando appare turbato	1	2	3	4	5	6	7
40.	Trovare modi diversi per fare le stesse cose per evitare la ripetizione e la noia	1	2	3	4	5	6	7
41.	Affidarti all'intuito	1	2	3	4	5	6	7
42.	Fare più cose contemporaneamente	1	2	3	4	5	6	7
43.	Cercare ulteriori informazioni quando hai dei dubbi su quelle che possiedi	1	2	3	4	5	6	7
44.	Mettere in discussione le tue convinzioni su vari argomenti	1	2	3	4	5	6	7
45.	Farti apprezzare dai tuoi compagni di classe	1	2	3	4	5	6	7
46.	Rallegrarti del successo di una persona amica	1	2	3	4	5	6	7

## I\_P\_S

Ti chiediamo di esprimere il tuo parere su vari aspetti della vita scolastica indicando **il tuo grado di accordo con le affermazioni riportate nelle pagine seguenti**. Leggi attentamente ogni affermazione e indica il tuo parere su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Molto in Disaccordo” e 7 a “Molto D’accordo”.

<b>Molto in disaccordo</b>	<b>In disaccordo</b>	<b>Leggermente in disaccordo</b>	<i>Né in accordo né in disaccordo</i>	<b>Leggermente d'accordo</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Molto d'accordo</b>					
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>					
1.	Rinuncio volentieri ad una parte del mio tempo libero per portare a termine gli impegni assunti dalla classe				1	2	3	4	5	6	7
2.	Provo un forte sentimento di appartenenza a questa scuola				1	2	3	4	5	6	7
3.	Sono contento di come vengo trattato dai miei compagni e dai docenti della mia classe				1	2	3	4	5	6	7
4.	Sono contento dei rapporti che esistono tra gli studenti della mia classe				1	2	3	4	5	6	7
5.	Sono molto coinvolto personalmente nelle varie iniziative della mia classe				1	2	3	4	5	6	7
6.	Sono soddisfatto delle attività che svolgo nella mia scuola				1	2	3	4	5	6	7
7.	Sono disposto ad impegnarmi più di quanto in genere ci si aspetti per portare a termine un'attività d'interesse della mia scuola				1	2	3	4	5	6	7



## A\_S\_R

Le affermazioni del questionario descrivono una serie di attività o situazioni che riguardano la vita scolastica. Leggi attentamente ogni affermazione e **indica quanto ti senti capace di affrontare ciascuna attività o situazione descritta**, su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Per nulla capace” e 7 corrisponde a “Del tutto capace”.

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

### QUANTO SEI CAPACE DI:

1.	Finire in tempo i compiti che ti sono stati assegnati per casa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Impegnarti nello studio quando hai altre cose interessanti da fare	1	2	3	4	5	6	7
3.	Concentrarti nello studio senza farti distrarre	1	2	3	4	5	6	7
4.	Organizzarti nello svolgimento delle attività scolastiche	1	2	3	4	5	6	7
5.	Programmare le tue attività scolastiche	1	2	3	4	5	6	7
6.	Trovarti un posto dove studiare senza essere distratto	1	2	3	4	5	6	7
7.	Resistere alle pressioni dei compagni a fare cose che ti mettono nei guai	1	2	3	4	5	6	7
8.	Resistere alla tentazione di non andare a scuola, se ti senti annoiato o scocciato	1	2	3	4	5	6	7
9.	Resistere se i tuoi amici ti spingono a fumare	1	2	3	4	5	6	7
10.	Resistere se i tuoi amici ti spingono a bere birra, vino o liquori	1	2	3	4	5	6	7
11.	Sottrarti alle insistenze degli amici che ti chiedono di fare qualcosa di vietato	1	2	3	4	5	6	7
12.	Resistere a fare uso di droghe, nonostante l'insistenza dei tuoi amici	1	2	3	4	5	6	7
13.	Resistere a impossessarti di cose che ti attraggono ma non ti appartengono	1	2	3	4	5	6	7
14.	Evitare di commettere infrazioni contro il codice della strada anche quando potresti farla franca	1	2	3	4	5	6	7
15.	Evitare di commettere trasgressioni anche quando potresti evitare il rischio di una punizione	1	2	3	4	5	6	7
16.	Evitare rapporti sessuali a rischio nonostante la forte attrazione sessuale	1	2	3	4	5	6	7
17.	Resistere alle insistenze del tuo partner a scambi amorosi che ritieni sconvenienti	1	2	3	4	5	6	7
18.	Evitare di essere travolto dalla passione sessuale quando ciò può risultare pericoloso	1	2	3	4	5	6	7

S\_E

ISTRUZIONI

Le affermazioni qui di seguito descrivono alcune esperienze comuni. Leggi attentamente ciascuna di esse e indica quanto sei d'accordo.

<b>AFFERMAZIONI</b>	<b>Fortemente d'accordo</b>	<b>d'accordo</b>	<b>In disaccordo</b>	<b>Fortemente in disaccordo</b>
1. Penso di valere almeno quanto gli altri	4	3	2	1
2. Penso di avere un certo numero di qualità	4	3	2	1
3. Sono portato a pensare di essere un fallimento	4	3	2	1
4. Sono in grado di fare le cose bene almeno come la maggior parte delle altre persone	4	3	2	1
5. Penso di non avere molto di cui essere fiero	4	3	2	1
6. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso	4	3	2	1
7. Complessivamente sono soddisfatto di me stesso	4	3	2	1
8. Desidererei aver maggior rispetto di me stesso	4	3	2	1
9. A volte mi sento proprio inutile	4	3	2	1
10. A volte penso di essere un buono a nulla	4	3	2	1

## S\_D\_V

Per ciascuna delle affermazioni che seguono, valuta il tuo grado di accordo/disaccordo su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Molto in disaccordo” e 7 a “Molto d’ accordo”.

<b>Molto in disaccordo</b>	<b>In disaccordo</b>	<b>Leggermente in disaccordo</b>	<i>Né in accordo né in disaccordo</i>	<b>Leggermente d'accordo</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Molto d'accordo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

### AFFERMAZIONI

1.	Da molti punti di vista la mia vita è prossima al mio ideale	1	2	3	4	5	6	7
2.	Le mie condizioni di vita sono eccellenti	1	2	3	4	5	6	7
3.	Sono soddisfatto della mia vita	1	2	3	4	5	6	7
4.	Finora ho avuto le cose importanti che desidero nella vita	1	2	3	4	5	6	7
5.	Se potessi vivere nuovamente la mia vita non cambierei praticamente nulla	1	2	3	4	5	6	7

## LOT\_R

Le affermazioni qui di seguito descrivono una serie di esperienze comuni. Leggi attentamente ciascuna di esse e **indica quanto sei d'accordo** su una scala che va da 1 a 5 dove 1 corrisponde a “Fortemente in disaccordo” e 5 corrisponde a “Fortemente d’ accordo”.

<b>Sono fortemente in disaccordo</b>	<b>Sono parzialmente in disaccordo</b>	<b>Non sono né d'accordo né in disaccordo</b>	<b>Sono parzialmente d'accordo</b>	<b>Sono fortemente d'accordo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### AFFERMAZIONI

1.	Nei momenti difficili mi aspetto che tutto vada per il meglio	1	2	3	4	5
2.	Se qualcosa può andare per me per il verso sbagliato, sicuramente ci andrà	1	2	3	4	5
3.	Sono sempre ottimista riguardo il mio futuro	1	2	3	4	5
4.	Quasi mai mi aspetto che le cose vadano per il meglio	1	2	3	4	5
5.	In generale mi aspetto che mi accadranno più cose positive che negative	1	2	3	4	5

### **Questionari – Genitori**

L\_S= Competenza nelle Life Skills dei figli

A\_S\_R= Competenza Scolastica e Regolatoria dei figli

## L\_S

Le affermazioni del questionario descrivono alcune situazioni che si presentano comunemente a scuola e/o nella vita di tutti i giorni. Legga attentamente ogni affermazione e indichi quanto ritiene che suo/a figlio/a sia capace di affrontare ciascuna situazione descritta, su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Per nulla capace” e 7 a “Del tutto capace”.

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

### Mio/a figlio/a è capace di :

1.	Individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi	1	2	3	4	5	6	7
2.	Cercare di vedere le cose attraverso gli occhi degli altri	1	2	3	4	5	6	7
3.	Evitare i conflitti accesi durante le assemblee	1	2	3	4	5	6	7
4.	Gioire per i propri successi	1	2	3	4	5	6	7
5.	Anticipare le possibili conseguenze delle alternative individuate per risolvere un problema	1	2	3	4	5	6	7
6.	Tener conto dei pareri diversi dal proprio punto di vista	1	2	3	4	5	6	7
7.	Generare e discutere soluzioni prima di prendere una decisione	1	2	3	4	5	6	7
8.	Riconoscere e tenere sotto controllo le proprie emozioni di fronte ai problemi	1	2	3	4	5	6	7
9.	Offrire solidarietà ad un suo compagno che si trova in difficoltà	1	2	3	4	5	6	7
10.	Controllare l'ansia di fronte ad una prova scolastica	1	2	3	4	5	6	7
11.	Far valere i propri diritti e quelli dei suoi compagni quando questo è necessario	1	2	3	4	5	6	7
12.	Capire gli stati d'animo degli altri anche se non sono evidenti	1	2	3	4	5	6	7
13.	Affrontare qualcosa di nuovo senza che qualcuno gli/le spieghi prima come procedere	1	2	3	4	5	6	7
14.	Andare contro corrente e pensare in modo diverso dagli altri	1	2	3	4	5	6	7
15.	Capire i sentimenti che gli altri provano per lui/lei	1	2	3	4	5	6	7
16.	Esprimere la propria felicità quando gli/le succede qualcosa di bello	1	2	3	4	5	6	7
17.	Far valere le proprie ragioni senza agitarsi	1	2	3	4	5	6	7
18.	Riconoscere gli aspetti positivi degli interventi precedenti quando prende la parola in classe	1	2	3	4	5	6	7
19.	Interessarsi alle opinioni degli altri anche in situazioni di disaccordo	1	2	3	4	5	6	7
20.	Non interrompere quando qualcuno parla durante l'assemblea	1	2	3	4	5	6	7
21.	Evitare di scoraggiarsi di fronte ad una pesante critica	1	2	3	4	5	6	7

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

**Mio/a figlio/a è capace di :**

22.	Affrontare i problemi in modo pacato	1	2	3	4	5	6	7
23.	Essere un “ vulcano” di idee	1	2	3	4	5	6	7
24.	Dire quello che pensa anche quando gli altri non sono d'accordo con lui/lei	1	2	3	4	5	6	7
25.	Esprimere chiaramente le proprie opinioni agli insegnanti	1	2	3	4	5	6	7
26.	Riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata	1	2	3	4	5	6	7
27.	Accertare la credibilità delle fonti di informazione	1	2	3	4	5	6	7
28.	Esprimere liberamente la propria contentezza ed il proprio entusiasmo in occasione di feste ed incontri con gli amici	1	2	3	4	5	6	7
29.	Preoccuparsi dei sentimenti degli altri prima di fare qualcosa che potrebbe dare dispiacere	1	2	3	4	5	6	7
30.	Dominare la tensione nelle situazioni di emergenza	1	2	3	4	5	6	7
31.	Coinvolgere altre persone ad interessarsi ai problemi della scuola	1	2	3	4	5	6	7
32.	Distinguere tra contenuto di un'informazione e le intenzioni di chi la trasmette	1	2	3	4	5	6	7
33.	Riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento	1	2	3	4	5	6	7
34.	Mantenersi calmo/a in situazioni di stress	1	2	3	4	5	6	7
35.	Manifestare la propria soddisfazione quando raggiunge gli obiettivi che si è proposto/a	1	2	3	4	5	6	7
36.	Inventare nuove procedure anziché limitarsi a seguire quelle stabilite da altri	1	2	3	4	5	6	7
37.	Evitare di scoraggiarsi di fronte alle avversità (difficoltà)	1	2	3	4	5	6	7
38.	Aspettare il proprio turno per parlare nelle discussioni che avvengono in classe	1	2	3	4	5	6	7
39.	Riconoscere i sentimenti di un compagno quando appare turbato	1	2	3	4	5	6	7
40.	Trovare modi diversi per fare le stesse cose per evitare la ripetizione e la noia	1	2	3	4	5	6	7
41.	Affidarsi all'intuito	1	2	3	4	5	6	7
42.	Fare più cose contemporaneamente	1	2	3	4	5	6	7
43.	Cercare ulteriori informazioni quando ha dei dubbi su quelle che possiede	1	2	3	4	5	6	7
44.	Mettere in discussione le proprie convinzioni su vari argomenti	1	2	3	4	5	6	7
45.	Farsi apprezzare dai suoi compagni di classe	1	2	3	4	5	6	7
46.	Rallegrarsi del successo di una persona amica	1	2	3	4	5	6	7

## C\_S\_R

Le affermazioni del questionario descrivono alcune situazioni che si presentano comunemente a scuola e/o nella vita di tutti i giorni. Legga attentamente ogni affermazione e indichi quanto ritiene che suo/a figlio/a sia capace di affrontare ciascuna situazione descritta, su una scala da 1 a 7, dove 1 corrisponde a “Per nulla capace” e 7 a “Del tutto capace”.

Per nulla capace	Scarsamente capace	Poco capace	Mediamente capace	Capace	Molto capace	Del tutto capace
1	2	3	4	5	6	7

### QUANTO SEI CAPACE DI:

1.	Finire in tempo i compiti che gli/le vengono assegnati per casa	1	2	3	4	5	6	7
2.	Impegnarsi nello studio quando ha altre cose interessanti da fare	1	2	3	4	5	6	7
3.	Concentrarsi nello studio senza farsi distrarre	1	2	3	4	5	6	7
4.	Organizzarsi nello svolgimento delle attività scolastiche	1	2	3	4	5	6	7
5.	Programmare le proprie attività scolastiche	1	2	3	4	5	6	7
6.	Trovarsi un posto dove studiare senza essere distratto/a	1	2	3	4	5	6	7
7.	Resistere alle pressioni dei suoi compagni a fare cose che lo/la mettono nei guai	1	2	3	4	5	6	7
8.	Resistere alla tentazione di non andare a scuola, se si sente annoiato/a o scocciato/a	1	2	3	4	5	6	7
9.	Resistere se i suoi amici lo/la spingono a fumare	1	2	3	4	5	6	7
10.	Resistere se i suoi amici lo/la spingono a bere birra, vino o liquori	1	2	3	4	5	6	7
11.	Sottrarti alle insistenze degli amici che ti chiedono di fare qualcosa di vietato	1	2	3	4	5	6	7
12.	Resistere a fare uso di droghe, nonostante l'insistenza dei tuoi amici	1	2	3	4	5	6	7
13.	Resistere a impossessarsi di cose che lo/la attraggono ma non gli/le appartengono	1	2	3	4	5	6	7
14.	Evitare di commettere infrazioni contro il codice della strada anche quando potrebbe farla franca	1	2	3	4	5	6	7
15.	Evitare di commettere trasgressioni anche quando potrebbe evitare il rischio di una punizione	1	2	3	4	5	6	7
16.	Evitare rapporti sessuali a rischio nonostante la forte attrazione sessuale	1	2	3	4	5	6	7
17.	Resistere alle insistenze del partner a scambi amorosi che ritieni sconvenienti	1	2	3	4	5	6	7
18.	Evitare di essere travolto/a dalla passione sessuale quando ciò può risultare pericoloso	1	2	3	4	5	6	7

**PEER RATING**

**- classe -  
istituto**

**Istruzioni**

NELLE PAGINE SUCCESSIVE TROVERAI LA LISTA DEI NOMI DELLA TUA CLASSE E UNA SERIE DI DOMANDE /AFFERMAZIONI CHE RIGUARDANO I TUOI COMPAGNI. PER QUESTA RAGIONE TI PREGHIAMO DI:

- 1) TROVARE IL TUO NOME E CANCELLARE LA RIGA CORRISPONDENTE;
- 2) LEGGERE ATTENTAMENTE CIASCUNA DELLE DOMANDE/AFFERMAZIONI;
- 3) RISPONDERE PER CIASCUNO DEI TUOI COMPAGNI, UTILIZZANDO LA MODALITA' DI RISPOSTA INDICATA NELLA PAGINA (Scrivere il numero corrispondente alla risposta scelta).



PER NULLA CAPACE 1	POCO CAPACE 2	MEDIAMENTE CAPACE 3	MOLTO CAPACE 4	DEL TUTTO CAPACE 5
--------------------------	---------------------	------------------------	----------------------	--------------------------

**Quanto ciascuno dei tuoi compagni è capace di:**

NOMI	Riconoscere i principi che stanno alla base di un ragionamento	Interessarsi alle opinioni degli altri anche se in disaccordo con loro	Non scoraggiarsi in seguito ad una pesante critica	Esprimere liberamente la tua contentezza ed il tuo entusiasmo in occasione di feste ed incontri con gli amici	Individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi	Riconoscere una richiesta di conforto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata	Gioire per i propri successi
1.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

PER NULLA CAPACE 1	POCO CAPACE 2	MEDIAMENTE CAPACE 3	MOLTO CAPACE 4	DEL TUTTO CAPACE 5
--------------------------	---------------------	------------------------	----------------------	--------------------------

**Quanto ciascuno dei tuoi compagni è capace di:**

NOMI	Inventare nuove procedure, anzichè limitarsi a seguire quelle stabilite da altri	Riconoscere i sentimenti di un compagno quando questi appare preoccupato	Dominare la tensione nelle situazioni di emergenza	Esprimere la propria felicità quando gli/le succede qualcosa di bello
1.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

<b>MAI</b> 1	<b>RARAMENTE</b> 2	<b>QUALCHE VOLTA</b> 3	<b>SPESSE</b> 4	<b>MOLTO SPESSE</b> 5
-----------------	-----------------------	---------------------------	--------------------	--------------------------

**Quanto volte ciascuno dei tuoi compagni:**

NOMI	Cerca di consolare chi è triste	E' prepotente	Aiuta gli altri	Con lui/lei usciresti	Divide con gli amici le cose che gli/le piacciono	Con lui/lei studieresti
1.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
13.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
15.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
16.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
17.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
18.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
19.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]