

Dall'educazione della salute a scuola a una scuola competente in salute: storia e sviluppi degli interventi di contrasto alle sostanze psicotrope

*Antonio Iudici¹, Elena Faccio², Michele Rocelli³,
Francesca Turco⁴, Matteo Mazzucato⁵*

Riassunto. Il presente lavoro intende presentare una panoramica di come di sono evoluti gli interventi di promozione nel contesto scolastico, descrivendone aspetti critici e punti di forza. In riferimento al consumo di sostanze psicotrope, viene inoltre proposta una traccia metodologica caratterizzante l'applicazione della prospettiva interazionista in ambito scolastico.

Parole chiave: Promozione della salute; Educazione alla salute; Scuola; Empowerment; Sostanze stupefacenti psicotrope.

Abstract. This paper aims to present an overview of how education and health promotion interventions have evolved in the school context, describing critical aspects and strengths. With reference to the consumption of psychotropic substances, a methodological trace is also proposed, characterising the application of the interactionist perspective in the school.

Keywords: Health Promotion; Health Education; School; Empowerment; Psychotropic Drugs.

1. Introduzione

In riferimento al consumo di sostanze psicotrope, la scuola si configura oggi come uno dei contesti elettivi nei quali è possibile realizzare programmi di promozione della salute. Nel corso degli anni, i modelli e i metodi di intervento hanno subito diverse evoluzioni, sia in relazione agli obiettivi di intervento, sia in riferimento al ruolo occupato da esperti, studenti, genitori e insegnanti. Tali cambiamenti danno contezza delle diverse teorizzazioni e dei diversi approcci attraverso cui gli studiosi hanno cercato di individuare bisogni o rilevare esigenze, e della continua ricerca di sempre maggior efficacia nell'intercettare i cambiamenti sociali che coinvolgono i minori. Entro tali linee d'intervento e nei diversi costrutti che hanno caratterizzato gli interventi (dalla prevenzione alla promozione, dall'informazione alla formazione, dalla sanità alla salute), sono ravvisabili alcuni aspetti critici, limiti e punti di forza, analizzati dal presente elaborato. Da ciò ne discendono i seguenti obiettivi: a) offrire una breve panoramica delle metodologie di intervento inerenti la promozione della salute attuate nella scuola; b) sistematizzare alcuni elementi concettuali propri dei paradigmi interazionistici applicati nella progettazione di interventi in ambito scolastico.

¹ Professore a contratto Università degli studi di Padova e Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

² Professore associato Università degli Studi di Padova

³ Direttore Comunità Arcobaleno di Fermo

⁴ Psicologa

⁵ Psicologo, Specializzando Scuola interazionista di Padova

2. Promozione della salute nella scuola: elementi storici e di sviluppo

L'evoluzione storica delle strategie utilizzate nei programmi di promozione della salute può essere sintetizzata attraverso una sequenza di tre fasi, a partire dagli anni Sessanta fino ai giorni nostri. Queste verranno distinte sul piano concettuale, benché siano ancora oggi presenti a livello operativo e talvolta in modo simultaneo. Tale commistione intergenerazionale avviene anche per la ridotta competenza di fondare gli interventi, ovvero di definirli mantenendo la coerenza tra presupposti conoscitivi e le metodologie applicative.

2.1 Prima Fase: L'educazione alla Salute basata sulla trasmissione di contenuti (Traditional educational models)

Questa metodologia di lavoro, anche definita come "educazione sanitaria", derivata dall'idea di prevenzione medica, è stata predominante per molti anni ed è ancora oggi diffusa. Essa trae origine dal presupposto secondo cui un individuo con esperienza medica e scientifica, come uno psicologo o un tossicologo, possa essere il promotore ideale per qualsiasi intervento di prevenzione e di conseguenza prevede di delegare a esso i compiti di progettazione, realizzazione, conduzione e valutazione dei programmi. Il focus è rappresentato dall'idea di informare gli studenti sui dati caratterizzanti il consumo, prevalentemente attraverso la presentazione degli effetti delle varie sostanze sotto il profilo chimico e psicologico. Gli interventi così sviluppati si concentrano sui sintomi⁶, (intesi come indici di patologie mediche) sui comportamenti considerati "problematici", sulle "cause" e sugli effetti del consumo di sostanze, concepito come una tendenza interna e talvolta innata degli individui. Questa tipologia di interventi si traduce spesso in piccole conferenze con il mero scopo di fornire informazioni e trasmettere conoscenze, spesso presentate come "notizie shock", senza considerare le specifiche esigenze dei gruppi di giovani a cui sono rivolte (Evans-Whipp et al., 2007; Cimini et al., 2009). Tale metodologia è caratterizzata da un'asimmetria di ruolo tra l'esperto, conoscitore del consumo di sostanze, e lo studente, considerato come utente passivo a cui fornire dati preventivi.

Questa scelta metodologica dipende dal quadro teorico di riferimento, che in questo caso considera la salute alla stessa stregua della sanità e la "dipendenza" come denotativa di una personalità fragile. Coerentemente, l'intervento si svolge attraverso l'aumento della consapevolezza dei pericoli e dei rischi correlati (Evans-Whipp et al., 2007).

Nel valutare tale impostazione, la letteratura ha cercato di dimostrare come questo approccio potrebbe risultare inefficace (Bangert-Drowns, 1988), sostanzialmente per due ragioni: a) esclude completamente i punti di vista degli studenti, le loro credenze, la loro configurazione del consumo (Vander Leanen, 2011), facendo rivestire loro un ruolo passivo e non partecipativo alla costruzione del programma (Orsini et al., 2012); b) gli insegnanti e i genitori a loro volta vengono poco coinvolti nell'intervento, con l'implicazione di non identificarsi nella causa (Van Hout, 2012). La progettazione dell'intervento è generalizzata e non viene costruita sugli utenti diretti (Pettigrew et al., 2013) e gli esperti, provenienti di frequente dalle Aziende Socio-sanitarie e considerati nelle scuole come i massimi conoscitori del tema del consumo di sostanze, presentano un insieme di dati considerevoli che spesso hanno come esito il mero accumulo di informazioni. Poiché non si tratta di formatori esperti nei processi di gruppo, spesso

⁶ In psicologia, un sintomo è un indice non standardizzato, definibile solo secondo la teoria di riferimento (Iudici, 2015).

queste figure esterne possono avere difficoltà a mediare tra il proprio linguaggio tecnico e il linguaggio degli studenti che sarebbero i diretti interessati dell'intervento stesso. Una valutazione approfondita di tale tipologia d'interventi, ne ha evidenziato l'inefficacia di questo approccio e l'assenza di risultati in termini di cambiamento (Deschesnes, et al., 2003).

2.2 Seconda Fase: La promozione della Salute basata sul soggetto dell'apprendimento (Modern educational models)

Negli ultimi anni molte scuole hanno incominciato a problematizzare se una metodologia di lavoro totalmente delegata all'esperienza di esperti esterni, nella formula di brevi interventi informativi, sia davvero in grado di rispondere alle reali esigenze dei ragazzi, per il fatto di coinvolgere molto poco gli studenti. Questo ha portato allo sviluppo della cosiddetta "promozione della salute scolastica" attraverso nuove metodologie di insegnamento e processi di apprendimento innovativi, focalizzati sul potenziamento delle life skills dei ragazzi e sulle metodologie di cooperative learning. Tali interventi sono derivati dalla teoria dell'apprendimento sociale e dal concetto di autoefficacia di Bandura (Kalnins et al., 1992) ed hanno come fine ultimo quello di sviluppare nello studente abilità (skills) che gli permettano di fare scelte adeguate in fatto di "salute" (Hagquist & Starrin, 1997). La credenza sottesa, su cui si fondano tali programmi, è che la mancanza di skills, in particolare socio-emotive, possa causare nei giovani l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio, in risposta agli stress (St. Leger, 2000). Vi sono stati diversi programmi costruiti per poter dare un ruolo attivo agli studenti, per esempio interventi finalizzati a favorire lo sviluppo emotivo e affettivo, ad aumentare l'autostima o a gestire lo stress, a evitare l'influenza del gruppo, a sviluppare capacità decisionali di contrasto al consumo o diretti ad evitare alcuni messaggi pubblicitari. In molti casi, il coinvolgimento degli studenti si è tradotto nell'uso di metodologie innovative, per esempio usando la Peer Education, ovvero promuovendo negli studenti la capacità di aiutare altri studenti. La Peer Education è una metodologia che, a più livelli, coinvolge gli studenti come principali attori nelle scelte strategiche e operative (Gardner, 1993). Ne esistono molteplici applicazioni: il modello puro prevede che i peer educator e il tema dei programmi vengano scelti dagli adulti, il modello misto prevede che il tema del lavoro sia scelto dagli adulti mentre la sua realizzazione sia nelle mani dei ragazzi, infine vi è una formula che lascia agli studenti la possibilità di esercitare un potere decisionale pari a quello degli adulti. Questa metodologia si concentra sulle competenze sociali dei ragazzi, eliminando il contributo tradizionale degli insegnanti e lasciando alla classe libertà decisionale e la gestione dell'intervento. In tal modo, l'efficacia del progetto dipenderà soprattutto dal carisma e dalla popolarità di coloro che verranno scelti come peer educator, il cui contributo potrebbe apparire ambiguo, poiché basato sul loro personale rapporto con le sostanze e con il loro particolare punto di vista.

Inoltre, pur partendo da altri presupposti conoscitivi, legati al pensiero di Bandura, tale impostazione si è spesso articolata indirettamente secondo un'idea di prevenzione medica, in quanto si è intervenuto sui fattori ritenuti in grado di evitare i comportamenti a rischio. Tale decisione è assunta dagli adulti e gli studenti sono coinvolti in una fase prevalentemente esecutiva, con il limite di non coinvolgerli nell'ideazione e nell'analisi del problema di partenza. Un aspetto da considerare riguarda dunque la non condivisione degli aspetti ritenuti critici nel percorso di crescita, sia degli studenti che degli adulti. Altro aspetto critico ha riguardato il peso relativo attribuito a insegnanti e genitori nell'agevolare o contrastare un percorso dedito al consumo di sostanze.

Svolgere a scuola un progetto di contrasto all'uso di sostanze in un tempo circoscritto, pur gestito prevalentemente da peer, può divenire un'esperienza avulsa dall'esperienza scolastica quotidiana: un insegnante che concede delle ore per il progetto o che non conosce i fondamentali progettuali inerenti alla promozione della salute, può nel corso dell'anno offrire idee, atteggiamenti e posizioni discordanti dalla logica che fonda i progetti stessi. Da ciò si è creata una rottura tra interventi contro il consumo di sostanze e la posizione di genitori e insegnanti, in molti casi delegittimando l'intervento stesso. Si può dunque promuovere una cultura di contrasto all'uso di sostanze in momenti circoscritti dell'anno? E chi già consuma quotidianamente o settimanalmente, vale a dire una preponderante parte di giovani, può modificare il proprio approccio in situazioni circostanziate e brevi?

Altro limite di queste metodologie è quello di credere che l'intervento vada effettuato solo sul minore, identificato come soggetto debole, bisognoso e da educare in quanto nella condizione evolutiva. Al fine di convincerlo, si è spesso promosso il coinvolgimento di un testimone consumatore di sostanze che, avendo una storia di utilizzo di sostanze alle spalle, potesse suscitare emozioni, offrire consigli e dissuadere gli studenti da comportamenti e situazioni rischiose, attraverso un'esperienza di scambio fondata sull'effetto "shock" (Pellai et al., 2006). È del tutto ovvio che questa posizione risente di un modello di scuola, quello della riforma Gentile, basato sull'asimmetria conoscitiva: di conoscenza, di ruolo, di valutazione. Anche se tali programmi hanno ottenuto alcuni successi nel ridurre tra gli studenti il consumo di sostanze a breve termine (Green & Lewis, 1986), essi si sono dimostrati non efficaci nel modificare i comportamenti degli studenti (Modolo & Briziarelli, 1990; Artiles, 2003).

2.3 Terza Fase: La promozione di una Scuola competente in Salute, basata sulle interazioni in un'ottica di empowerment (Comprehensive program)

Tale approccio si caratterizza per un insieme di interventi metodologici che integrano l'importanza del coinvolgimento degli studenti (in fase anche ideativa e non solo realizzativa) con quello degli altri ruoli che abitano il contesto scuola, in primis insegnanti e genitori. Tale coinvolgimento è permanente ed è basato sulla macro competenza di costruire percorsi che promuovano salute e non sulla riduzione dei comportamenti a rischio. Ciò è anche suggerito dalla carta di Ottawa attraverso il costrutto di *Setting for Health* (Whitelaw et al., 2001), per il quale la promozione della salute opera in un contesto che va al di là dell'individuo, e che la salute si crea dove la gente vive, lavora, studia e, diremmo noi, consuma (Beatini, 2005).

In tal senso l'attenzione non è posta solo sugli argomenti di salute trattati in percorsi brevi (health curriculum), né sulle personal skills spendibili di fronte al rischio di consumo, e neanche sul solo coinvolgimento attivo degli studenti, ma sulle competenze da parte della comunità scolastica di costruire percorsi che generino salute. L'intervento coinvolge dunque l'intera comunità scolastica e l'attenzione è posta sul "come" sia possibile creare una forma mentis orientata alla salute (in termini di stile di vita) piuttosto che su temi specifici da affrontare occasionalmente tra le materie scolastiche.

Cuijpers (2002) ha condotto una revisione sistematica della letteratura, esaminando le attuali conoscenze scientifiche in merito alle caratteristiche dei programmi di intervento più efficaci in materia di consumo di sostanze. I più importanti criteri di qualità evidence-based identificati si riferiscono ai metodi più interattivi, capaci di coinvolgere l'intera popolazione scolastica. Il passaggio chiave riguarda l'inserimento della scuola nell'ambito più ampio del territorio cui appartiene e dell'intera comunità, entro cui la

scuola diventa palestra di vita, ovvero come luogo simbolico ed effettivo di crescita per il futuro cittadino competente nell'ambito della salute. Conseguentemente l'analisi del contesto sociale diviene prerogativa importante per costruire un progetto di intervento. Un conto è contrastare il consumo di sostanze in un territorio dal cui spaccio si foraggia una rete di adulti familiari dei minori che frequentano la scuola e un altro conto è contrastare l'uso di sostanze in un liceo sportivo nel centro di una grande metropoli. Per dirla con il WHO (1998), la promozione della salute si configura come "il processo per cui la gente incrementa il controllo e la gestione diretta delle proprie condizioni di benessere e/o di disagio". In ambito scolastico, questo vuol dire "riconoscere o mettere i minori nella condizione di rilevare le proprie esigenze a partire dalle quali co-costruire un percorso di salute" (Who, 1985). Ciò implica un forte lavoro di condivisione degli obiettivi d'intervento e l'uso di metodologie volte a sviluppare competenze. In questa prospettiva, definibile di empowerment, gli studenti sono partner progettuali "con cui" e non "su cui" costruire interventi volti a implementare percorsi biografici intesi alla salute. Lo stesso discorso va effettuato rispetto agli altri ruoli presenti nel contesto scolastico, ossia il Dirigente, gli insegnanti e le commissioni decisionali (Assemblee di istituto e Collegio docenti) e operative (commissione salute, cultura, ecc.) che fondano la progettazione degli interventi. Alla luce di ciò, l'intervento è orientato sulle interazioni nel contesto scolastico, ovvero sui processi generativi di situazioni o percorsi di salute. Esso riguarda sia i prodotti (conferenze, progetti, laboratori), sia le competenze di costruzione degli stessi (rilevazione delle esigenze, condivisione degli aspetti critici, identificazione degli obiettivi e definizione di strategie operative, valutazione degli interventi). Gli interventi di empowerment hanno come finalità generale quella di favorire i processi di partecipazione e come tali sono articolabili secondo il coinvolgimento di tutti i ruoli scolastici.

3. Una nuova proposta metodologica d'intervento

Nell'ambito dei paradigmi⁷ interazionistici (Mead, 1934; Blumer, 1986; Salvini 1998), il consumo di sostanze è configurabile non in termini esclusivamente individuali, ma come effetto della negoziazione discorsiva dei significati attribuiti all'uso tra più persone e come insieme di processi identitari associati al ruolo⁸ ricoperto nel gruppo (Faccio, 2011; Faccio et al. 2017b; Iudici 2015, Iudici e Verdecchia, 2015; Turchi & Della Torre 2007).

In questa traccia concettuale, emergono importanti implicazioni per il lavoro nelle scuole:

1. Lo studio del contesto

Ogni intervento scolastico non può non considerare come destinatario l'intero contesto scolastico. È necessario dunque indagare il tipo di scuola, gli obiettivi macro e quelli specifici del percorso formativo proposto in essa, le competenze che decidono di sviluppare, le strategie formative utilizzate dagli insegnanti, le politiche inclusive nei confronti degli studenti con bisogni specifici (Faccio et al., 2013). In termini di empowerment⁹ lo sviluppo delle competenze interne alla scuola passa dal livello rilevato, che pertanto è necessario conoscere. Pur in

⁷ Per paradigma si può intendere un macro modello (Salvini, 1998).

⁸ Per ruolo si può intendere "un insieme di attributi e prescrizioni generati dalla posizione che una persona occupa occasionalmente o stabilmente nell'interazione sociale" (Salvini, 2004, pg. 176).

⁹ "Processo di acquisizione di potere, ovvero aumento delle possibilità dei singoli e dei gruppi di avere un controllo sulla propria vita e, per soggetti deboli e/o marginali, di emanciparsi da una situazione di assenza quasi totale di opportunità" (Salvini & Nardone, 2013; Martini & Sequi, 1999).

una cornice definitoria nazionale, ogni scuola ha specificità, orientamenti e funzionalità di autonomia, differenti. Il contesto è dato, per definizione, dal testo delle persone che abitano la scuola ed è pertanto rilevandolo che si può accedere alla realtà dei vari membri. In questo senso acquisire le narrazioni nei confronti della scuola degli studenti e degli insegnanti è fondamentale per potervi interagire e per poter rilevare le esigenze di cambiamento che la scuola può far proprie e che può, con l'aiuto di professionisti vari, imparare a gestire.

2. Studiare la configurazione delle interazioni che possono portare al consumo di sostanze

Lo studio della configurazione può essere svolto a partire dalla raccolta dei discorsi generati nelle interazioni scolastiche e costituisce oggetto della valutazione che precede l'intervento. Si tratta di rilevare come la realtà "consumo di sostanze" viene narrativamente resa possibile: attraverso quali retoriche e modalità narrative l'uso o il non uso di una sostanza viene legittimato (Iudici, et al., 2015). L'attenzione viene posta non sulle credenze o sulle idee od opinioni degli studenti, ma sul processo stesso di costruzione della credenza. Un conto è considerare il contenuto "*il fumo è dannoso, comunque poi quello che conta è il destino, quindi se devi morire devi morire...*", un altro è considerare il processo di costruzione di quel contenuto che, nel merito, è un processo giustificatorio. Le narrazioni degli studenti sul consumo, tanto quelle degli insegnanti possono consentire di rilevare un certo tipo di configurazione, che può variare da classe a classe. Infatti gli insegnanti stessi, quanto i genitori degli studenti, concorrono alla costruzione della "realtà consumo" utilizzando nella relazione con gli alunni/figli alcune modalità interattive che possono limitare le possibilità di un cambiamento nell'utilizzo o meno di una sostanza e, se non intercettate, anche paradossalmente legittimarlo. Tale rilevazione è indispensabile per individuare obiettivi mirati che diano luogo a strategie d'intervento peculiari e altrettanto specifiche (Stewart-Brown, 2006; Iudici & Fabbri, 2017).

3. Rilevare le esigenze di cambiamento

A seguito della rilevazione effettuata, si dovrà procedere con l'analisi delle interazioni presenti nella configurazione (Iudici, 2015). Si dovrà analizzare quali di queste interazioni possono contrastare o agevolare il consumo di sostanze, in assetto individuale o in classe. Conseguentemente sarà importante chiedersi, quali esigenze di cambiamento vengono considerate? In riferimento alla realtà "consumo di sostanze", quali trasformazioni si ritiene debbano essere innescate per consentire agli studenti o alla classe di orientare la propria biografia in termini di responsabilizzazione e su principi salutistici? Cosa può consentire una presa in carico della propria salute? Quali cambiamenti sono paventati al fine di contrastare il consumo?

4. Costruire progetti condivisibili e responsabilizzanti

In base all'analisi svolta, si dovranno configurare gli obiettivi di cambiamento perseguibili dai ruoli gestori dell'intervento. In questa fase si dovrà rispondere alle domande: quali obiettivi possono rispondere alle esigenze rilevate? Quali obiettivi possono consentire un cambiamento della configurazione? Tali obiettivi dovranno essere fondati teoricamente, tuttavia dovranno essere resi

condivisibili alle parti a cui sono rivolte, gli studenti in assetto di classe o individualmente. È importante dunque che la “realtà” degli obiettivi possa essere riconosciuta e perseguita dagli studenti stessi, pena l’autoreferenzialità teorica del progettista. Altre caratteristiche degli obiettivi sono l’astrattezza, l’inesco di strategie e processi d’intervento e la valutabilità (Turchi & Della Torre 2007).

5. Valutare i progetti di intervento, sia in termini processuali che di efficacia
Ogni progetto scientificamente rigoroso deve poter valutare l’impatto o l’efficacia dei propri interventi (Iudici, 2015; Turchi, 2002). L’efficacia dell’intervento è data dal rapporto tra obiettivi perseguiti e risultati ottenuti ed è mediata da indicatori specificatamente costruiti in base agli obiettivi delineati. Parallelamente gli interventi potranno essere valutati in itinere, vale a dire monitorando quali strategie e azioni sono state attuate rispetto alla progettazione dell’intervento, al fine di poter individuare strategie alternative progettate anticipando potenziali aspetti critici. I tipi di valutazione su descritti si distinguono dalla valutazione di esito e dalla soddisfazione dell’intervento a scuola. La prima riguarda una valutazione del risultato ottenuto svincolando tale commento dagli obiettivi prefissati, all’atto pratico diviene un semplice commento. È quello che succede quando, ad esempio, alla fine di un percorso, il formatore dice: “è andata bene” oppure “mi sembra che i risultati si vedano”, dando di fatto luogo ad un commento o un giudizio totalmente personale, quindi con criteri non esplicitati, sugli esiti da lui rilevati. Per quanto concerne la soddisfazione del cliente, s’intende quanto la persona a cui è rivolto l’intervento esprime un consenso o meno rispetto al formatore, attraverso criteri personali che seppur importanti, non sono informativi riguardo l’efficacia del lavoro.

4. Conclusioni

Questo contributo ha inteso sistematizzare alcuni elementi concettuali inerenti gli interventi di promozione della salute nel contesto scolastico. Una retrospettiva storica dei fondamenti conoscitivi insiti nei progetti scolastici ha consentito di evidenziare focalizzazioni, metodologie e categorie teoriche differenti. Concettualmente si è passati da interventi volti a trasmettere contenuti scientifici appropriati, a interventi volti a intervenire sugli studenti in forma attiva e non passiva, per passare poi ad aiutare la scuola ad essere competente nella promozione della salute (Butler, 2001, Iudici, 2015). Ne deriva un diverso posizionamento degli esperti che partecipano ad interventi di cambiamento nella scuola: da un apporto di contenuto tecnico scientifico ad un apporto di sviluppo di empowerment interno (Gonçalves et al., 2008) ed esterno alla scuola (Faccio et al., 2017a). In questo senso, la prospettiva interazionista offre un contributo specifico nella gestione dell’interazione, sia nei confronti diretti degli studenti sia rispetto a come i ruoli preposti nella scuola possano sviluppare competenze di gestione dell’interazione.

Ringraziamenti:

Gli autori desiderano ringraziare Alessandra Baldini, Federica Taccini e il gruppo dei consulenti scolastici della Comunità Arcobaleno di Fermo per gli utili commenti al presente lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Artiles, A. (2003). Special education's changing identity: Paradoxes and dilemmas in views of culture and space. *Harvard educational review*, 73 (2), 164-202.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis. *Journal of Drug Education* 18, 243–264.
- Beatini, P. (2005). Educazione sanitaria, promozione della salute nella scuola, scuola promotrice di salute: linee di un'evoluzione storica e metodologica. *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 28, 283-293.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Butler, J. T. (2001). *Principles of health education and health promotion*. (pp. 135-45). Belmont, CA: Wadsworth.
- Cimini, M. D., Martens, M. P., Larimer, M. E., Kilmer, J. R., Neighborors, C. & Monserrat, J. M. (2009). Assessing the effectiveness of peer-facilitated interventions addressing high-risk drinking among judicially mandated college students. *Journal of Studies and Drugs, Supplement* (16), 57–66.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addictive Behaviors* 27 (6), 1009–1023.
- Deschesnes, M., Martin, C. & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation?. *Health Promotion International*, 18 (4), 387-396.
- Evans-Whipp, T. J., Bond, L., Toumbourou, J. W. & Catalano, R. F. (2007). School, parent, and student perspectives of school drug policies. *Journal of School Health*, 77 (3), 138–146.
- Faccio, E. (2011). What Works with Individuals in a Clinical Setting? *Frontiers in psychology*, 2, 2.
- Faccio, E., Costa, N., Losasso, C., Barrucci, F., Mantovani, C., Cibir, V. et al. (2017a). Drawing instead of answering to evaluate the effectiveness of food safety programmes in primary school. *Health Education Journal*, 76 (1), 15-28.
- Faccio, E., Iudici, A., Turco, F., Mazzucato, M. & Castelnuovo, G. (2017b). What Works for Promoting Health at School: Improving Programs against the Substance Abuse. *Frontiers in psychology*, 8, 1743.
- Faccio, E., Costa, N., Losasso, C., Cappa, V., Mantovani, C., Cibir, V. et al. (2013). What programs work to promote health for children? Exploring beliefs on microorganisms and on food safety control behavior in primary schools. *Food Control*, 33 (2), 320–329.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences: The Theory in Practice*. New York, NY: Basic Books.
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira, N. F. C. & Vieira, L. J. E. D. S. (2008). Health promotion in primary school. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 181-192.
- Green L. & Lewis F. (1986). *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Mayfield, Palo Alto, California.
- Hagquist, C. & Starrin, B. (1997). Health Education in schools - from information to empowerment models. *Health Promotion International*, 12, (3), 225-232.
- Iudici, A. (2015). *Health Promotion in School: Theory, Practice and Clinical Implications*. New York: Nova.
- Iudici, A. & Fabbri, M. (2017). The Construction of “Discomfort Psychological”: An

- Exploration of Italians Teachers' Reports. *The Qualitative Report*, 22(8), 2281-2295.
- Iudici, A. & Verdecchia, M. (2015). Homophobic labeling in the process of identity construction. *Sexuality & Culture*, 19 (4), 737–758.
- Iudici, A., Castelnuovo, G. & Faccio, E. (2015). New drugs and polydrug use: implications for clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 6, 267.
- Kalnins, I., Mc Queen, D., Backett, K. C. et al. (1992). Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 7 (1), 53-59.
- Martini, E.R. & Sequi, R. (1999). *Il lavoro nella comunità*. Roma: Carocci.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (Vol. 111). University of Chicago Press: Chicago.
- Modolo, M. A. & Briziarelli, L. (1990). Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. *Educazione sanitaria e Promozione della salute*. 13 (3), 63-70.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2013). *Dizionario internazionale di psicoterapia*. Garzanti.
- Orsini, M. M., Wyrick, D. L. & Milroy, J. J. (2012). Collaborative evaluation of a high school prevention curriculum: how methods of collaborative evaluation enhanced a randomized control trial to inform program improvement. *Evaluation and Program Planning*, 35 (4) 529–534.
- Pellai, A., Puricelli, M., Saronio, M. & Bassoli, L. (2006). Consumi di tabacco e alcol durante il triennio 2000-2003 tra gli adolescenti delle scuole superiori di Lodi e di Milano (città e Provincia): risultati di due rilevazioni multicentriche. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità*, 18(3), 271-282
- Pettigrew, J., Miller-Day, M., Shin, Y., Hecht, M. L., Krieger, J. L. & Graham, J. W. (2013). Describing teacher–student interactions: a qualitative assessment of teacher implementation of the 7th grade keepin' it REAL substance use intervention. *American Journal of Community Psychology*, 51 (1-2), 43–56.
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica*. Padova: Upsel Domeneghini.
- Salvini, A. (2004). *Psicologia clinica*. Padova: Upsel Domeneghini.
- St Leger, L. (2000). The evidence of health promotion effectiveness. *Shaping Public Health in a New Europe: A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, Part Two Evidence Book*.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. World Health Organization.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369 (9570), 1391-1401.
- Turchi, G. P. (2002). Tossicodipendenza. *Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici*.
- Turchi, G. P. & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Armando Editore.
- Turchi, G. P. & Perno, A. (2004). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Upsel.
- Van Hout, M. C. (2012). Teachers' perspectives on their role in school-based alcohol and cannabis prevention. *International Journal of Health Promotion and Education*, 50 (6) 328–341.

- Vander Leanen, F. (2011). How drug policy should (not)be: institutionalized young people's perspectives. *International Journal of Drug Policy*, 22 (6) 491–497.
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health promotion international*, 16(4), 339-353.
- World Health Organization, (1985). *Targets for health for all 2000*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization, (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.