



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**Interventi school-based a sostegno della genitorialità in
genitori di ragazzi adolescenti: una scoping review**

RELATORE:

LAVINIA BARONE

CORRELATORE:

Claudia Greco

Tesi di Laurea di: Stefano Stefani

Matricola: 544125

Anno Accademico 2025/2026

*Ai miei genitori,
che con l'amore costante hanno reso possibile questo percorso.*

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia profonda gratitudine alla Professoressa Barone, per la disponibilità, l'ascolto e la guida attenta che hanno accompagnato ogni fase di questo lavoro. La sua presenza costante e il suo modo di orientare il percorso con equilibrio e sensibilità hanno rappresentato un riferimento prezioso.

Un ringraziamento sincero va anche alla Dott.ssa Greco, per il supporto generoso nella fase di screening degli articoli e nella scrittura della tesi. La sua competenza, unita a una rara umanità e a una disponibilità sempre autentica, ha reso questo processo più sereno, chiaro e profondamente stimolante. Ringrazio inoltre il Professor Marinoni per la disponibilità e l'aiuto concreto durante le fasi iniziali: il suo contributo ha avuto un ruolo importante nella costruzione di questo lavoro.

Un pensiero particolarmente sentito va ai miei genitori, che con la loro presenza hanno accompagnato ogni fase di questo percorso. Hanno creduto in me anche quando io non riuscivo a farlo, e quella fiducia silenziosa, mai ostentata ma sempre presente, ha rappresentato una forza potente che mi ha sostenuto nei momenti più difficili. La loro capacità di offrire sostegno senza chiedere nulla in cambio e di trasmettere amore anche attraverso i più piccoli gesti quotidiani ha reso possibile non solo questa tesi, ma l'intero cammino che l'ha preceduta e tutto ciò che verrà.

Ringrazio profondamente anche la mia famiglia nel suo insieme, per l'affetto che non mi è mai mancato e per la vicinanza dimostrata. Ogni gesto e ogni parola hanno contribuito a creare un contesto di sostegno che ha accompagnato questo percorso accademico e personale.

Un ringraziamento speciale va agli amici di lunga data, che hanno condiviso con me anni di vita, cambiamenti, scelte e momenti importanti. La loro capacità di esserci sempre, di portare leggerezza quando serviva e di offrire un ascolto sincero nei momenti più impegnativi ha reso questo cammino più umano e supportabile. A loro devo molte delle energie che mi hanno permesso di procedere con equilibrio. E con gratitudine riconosco la presenza di persone che sanno accompagnare con rispetto e senza alcuna richiesta.

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1 – Quadro teorico di riferimento.....	4
1.1 Adolescenza e preadolescenza: caratteristiche di funzionamento psicologico	4
1.1.1 Alcune definizioni.....	4
1.1.2 Un corpo che cambia	5
1.1.3 Cambiamenti neurobiologici ed emotivi.....	7
1.1.4 Lo sviluppo della cognizione	8
1.1.5 La vita sociale dell’adolescente	9
1.1.6 L’attaccamento in adolescenza.....	10
1.1.7 Direzioni future	11
1.2 Genitorialità in adolescenza: ruolo e funzioni.....	12
1.2.1 Genitorialità in adolescenza, tra difficoltà e opportunità.....	12
1.2.2 Stili genitoriali e pratiche genitoriali non sono la stessa cosa	13
1.2.3 Autonomia e conflitto, due lati della stessa medaglia.....	14
1.2.4 Stress e capacità riflessiva genitoriale, un legame inseparabile	18
1.2.5 Direzioni future.....	19
1.3 Interventi school-based: una panoramica	20
1.3.1 Interventi school-based: definizione ed excursus storico	20
1.3.2 Tassonomie degli interventi school-based	23
1.3.3 Vantaggi e svantaggi degli interventi school-based.....	25
1.3.4 Evidenze di efficacia degli interventi school-based	26
1.3.5 Limiti esistenti e direzioni future.....	30
1.4 Interventi a sostegno della genitorialità.....	32
1.4.1 Parent training: definizione e obiettivi	32
1.4.2 Storia dei parenting programs.....	33
1.4.3 Tassonomie degli interventi genitoriali.....	37

1.4.4 Vantaggi e svantaggi degli interventi genitoriali: tra efficacia, ostacoli e implementazione.....	38
1.4.5 Interventi genitoriali school-based: il punto di incontro.....	40
1.4.6 Limiti esistenti	42
Capitolo 2 – Razionale, obiettivi e domande di ricerca.....	43
Capitolo 3 – Metodo	45
3.1 Disegno dello studio	45
3.2 Linee guida di riferimento (PRISMA-ScR)	46
3.3 Criteri di eleggibilità.....	46
3.3.1 Criteri di inclusione	47
3.3.2 Criteri di esclusione	47
3.4 Strategia di ricerca	48
3.4.1 Stringhe di ricerca.....	49
3.5 Processo di selezione degli studi	49
3.6 Estrazione e sintesi dei dati	51
Capitolo 4 – Risultati	54
4.1 Caratteristiche generali degli studi inclusi.....	54
4.2 Tipologie di interventi scolastici rivolti ai genitori	55
4.3 Temi, contenuti, componenti e obiettivi degli interventi	58
4.4 Caratteristiche di implementazione degli studi inclusi.....	60
4.5 Outcome considerati e principali risultati emersi	63
4.5.1 Funzionamento sociale, emotivo e comportamentale degli adolescenti...	63
4.5.2 Competenze genitoriali e funzionamento familiare.....	65
4.5.3 Uso di sostanze e altri comportamenti a rischio	66
4.5.4 Outcome di implementazione, engagement e fattibilità	68

Capitolo 5 – Discussione dei risultati e conclusioni	71
5.1 Discussione dei risultati	71
5.2 Implicazioni pratiche e direzioni future.....	76
5.3 Considerazioni conclusive.....	78
Bibliografia.....	80
Appendice.....	96

INTRODUZIONE

L'adolescenza rappresenta una fase di sviluppo complessa e profondamente trasformativa, caratterizzata da cambiamenti rapidi e interconnessi sul piano biologico, cognitivo, emotivo e sociale. In questo periodo, gli individui sono chiamati a confrontarsi con compiti evolutivi centrali quali la costruzione dell'identità, l'acquisizione di una maggiore autonomia decisionale, la gestione delle relazioni con i pari e la rinegoziazione dei rapporti familiari (Steinberg, 2014). Questi processi, pur essendo parte integrante del percorso di crescita, possono generare vulnerabilità e momenti di instabilità, soprattutto quando si intrecciano con fattori di rischio individuali, familiari e/o contestuali.

Parallelamente, anche la genitorialità attraversa un processo di ridefinizione. I genitori di adolescenti e preadolescenti devono adattare il proprio stile educativo a esigenze nuove e talvolta ambivalenti: da un lato sostenere l'autonomia emergente dei figli, dall'altro continuare a fornire guida, monitoraggio e supporto emotivo. Tale equilibrio può risultare complesso da mantenere, soprattutto in presenza di *stressor* familiari, difficoltà comunicative o scarse risorse educative. Non sorprende, quindi, che la letteratura abbia evidenziato come il coinvolgimento genitoriale e la qualità della relazione con i figli rappresentino fattori protettivi fondamentali per il benessere psicologico e il successo scolastico degli adolescenti (Darling & Steinberg, 1993; Hoeve et al., 2009).

In questo scenario, la scuola assume un ruolo sempre più centrale come contesto elettivo di promozione della salute e del benessere psico-sociale (Bronfenbrenner, 1979; Epstein, 2011). Tradizionalmente considerata luogo di apprendimento cognitivo, la scuola è oggi riconosciuta anche come ambiente privilegiato per interventi di prevenzione e promozione delle competenze psico-socio-emotive, grazie alla sua accessibilità, alla continuità della presenza degli studenti e alla possibilità di coinvolgere in modo coordinato studenti, insegnanti, famiglie e comunità. Gli interventi *school-based* rivolti ai genitori si collocano esattamente in questa prospettiva: programmi che utilizzano la scuola come luogo di erogazione o come partner attivo per sostenere le competenze genitoriali, migliorare la comunicazione familiare e favorire un clima educativo positivo, con conseguenti risultati positivi osservabili anche negli studenti.

Parallelamente, i *parenting programs* hanno conosciuto una crescente diffusione a livello internazionale (Sanders et al., 2014). Questi interventi, basati su modelli teorici differenti, mirano a rafforzare le competenze educative dei genitori, promuovere pratiche comunicative efficaci e prevenire comportamenti problematici nei figli. Tuttavia, nonostante la loro ampia diffusione, la letteratura mostra una notevole eterogeneità nelle modalità di implementazione, negli obiettivi perseguiti, nei *target* coinvolti e negli *outcome* valutati. Tale variabilità rende difficile ottenere una visione chiara e integrata del panorama degli interventi rivolti ai genitori, in particolare di quelli collocati all'interno del contesto scolastico.

Inoltre, le revisioni esistenti tendono a concentrarsi su aspetti specifici, come particolari tipologie di programmi, singoli *outcome* o fasce d'età ristrette (Kaminski et al., 2008). Mancano, invece, sintesi ampie e sistematiche che offrano una panoramica complessiva degli interventi *school-based* rivolti ai genitori di adolescenti e preadolescenti frequentanti una scuola secondaria di primo e secondo grado, mettendone in luce le caratteristiche principali, le tendenze emergenti e le aree ancora poco esplorate. Questa mancanza di visione d'insieme rappresenta un limite significativo, soprattutto in un periodo storico in cui la collaborazione scuola-famiglia è considerata un elemento chiave per la promozione del benessere giovanile.

Alla luce di queste considerazioni, il lavoro qui proposto si configura come una *scoping review*, metodologia particolarmente adatta a mappare in modo sistematico e trasparente ciò che la letteratura offre su un determinato tema ancora poco esplorato (Arksey & O'Malley, 2005; Tricco et al., 2018). Pur non avendo come obiettivo una valutazione formale dell'efficacia, la presente revisione dedica comunque particolare attenzione agli *outcome* riportati dagli studi sui genitori e i loro figli, con l'intento di offrire una panoramica chiara e aggiornata dei risultati ottenuti dagli interventi *school-based* esistenti rivolti ai genitori di ragazzi frequentanti la scuola secondaria di primo e secondo grado. Tale approccio consente di comprendere non solo come questi programmi siano stati concepiti e implementati, ma anche quali effetti siano stati documentati e in quali contesti, fornendo una base solida per future ricerche e per la progettazione di interventi più mirati ed efficaci.

La presente tesi si articola in cinque capitoli. Il primo capitolo presenta il quadro teorico di riferimento, approfondendo le caratteristiche di funzionamento psicologico

dell'adolescenza, il ruolo della genitorialità in questa delicata fase e i principali modelli di intervento *school-based* e di *parenting programs*. Il secondo capitolo esplicita il razionale, gli obiettivi e le domande di ricerca della *scoping review*. Il terzo capitolo descrive la metodologia adottata, in conformità con le linee guida PRISMA-ScR, illustrando criteri di eleggibilità, strategie di ricerca, processo di selezione ed estrazione dei dati. Il quarto capitolo riporta i risultati della revisione, organizzati in base alle caratteristiche generali degli interventi, alle modalità di implementazione e agli *outcome* considerati. Infine, il quinto capitolo discute tali risultati, evidenziando punti di forza, criticità, implicazioni teoriche e applicative, nonché i principali *gap* nella letteratura, e propone alcune considerazioni conclusive e suggerimenti per future direzioni di ricerca e intervento.

CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

1.1 Adolescenza e preadolescenza: caratteristiche di funzionamento psicologico

1.1.1 Alcune definizioni

L'adolescenza è tradizionalmente definita come una fase evolutiva di transizione che si colloca tra l'infanzia e l'età adulta, caratterizzata da un insieme complesso di trasformazioni fisiche, ormonali, neurobiologiche, cognitive, emotive e sociali di grande portata che modificano in modo sostanziale il funzionamento psicologico dell'individuo. Essa viene comunemente suddivisa in tre periodi – prima adolescenza (10–13 anni), media adolescenza (14–17 anni) e tarda adolescenza (18– primi vent'anni) – ciascuno contraddistinto da specifici compiti evolutivi e da traiettorie di sviluppo non lineari (Smetana et al., 2006). Tuttavia, gran parte dei giovani di alcune delle moderne società contemporanee si ritrova ad affrontare le transizioni tipiche del periodo adolescenziale anche in età più avanzate rispetto al passato (Smetana & Rote, 2019), al punto che alcuni studiosi propongono di distinguere il periodo di vita che va dai 18 anni alla prima metà/fine dei vent'anni come una fase di sviluppo distinta denominata “età adulta emergente” (Arnett, 2014).

L'idea stessa di adolescenza, così come oggi la intendiamo, è il risultato di un'evoluzione teorica complessa che affonda le sue radici agli inizi del Novecento. Con l'opera storica di Hall (1904), l'adolescenza veniva descritta come un periodo intrinsecamente turbolento, caratterizzato da conflitti con i genitori, instabilità emotiva e comportamenti a rischio: si tratta della celebre *storm and stress theory*. Questa visione ha dominato per decenni il pensiero psicologico occidentale. A partire dagli anni '70 del secolo scorso, tuttavia, diversi studi condotti su campioni scolastici – e non più clinici – hanno mostrato che i conflitti non rappresentavano affatto la norma all'interno delle famiglie con figli adolescenti, con circa il 75% dei giovani che dichiarava di avere una relazione felice e soddisfacente con i propri genitori (Steinberg, 2001). La visione di Hall era quindi stata generalizzata all'intera popolazione a partire da osservazioni condotte su famiglie problematiche.

Negli anni Novanta la *storm and stress theory* è stata oggetto di una revisione critica ancora più approfondita. Arnett (1999) ha proposto una reinterpretazione più sfumata, mostrando come le caratteristiche conflittuali non siano né universali né inevitabili, ma

dipendano da fattori culturali e contestuali. Le ricerche successive hanno ulteriormente ridimensionato l'idea di un'adolescenza intrinsecamente conflittuale, evidenziando una notevole variabilità interindividuale e interculturale. Una sintesi recente di questo percorso è offerta da Buchanan e colleghi (2023), che sottolineano come la narrativa della “tempesta” sia spesso il risultato di stereotipi più che di evidenze empiriche. Infatti, come riporta Steinberg (2001), lo stereotipo dell'individuo che rimugina in modo enigmatico e infastidito dopo un litigio si addice maggiormente ai genitori piuttosto che agli adolescenti, dal momento che esistono numerose evidenze del fatto che i conflitti quotidiani tipici dell'adolescenza costituiscono una fonte di preoccupazione e stress più per i genitori.

Parallelamente, i modelli contemporanei dello sviluppo hanno contribuito a ridefinire l'adolescenza come un periodo di straordinaria plasticità e opportunità. In questa direzione si colloca anche la proposta di Sawyer et al. (2018), che amplia i confini dell'adolescenza fino ai 24 anni, integrando cambiamenti biologici, sociali ed economici tipici delle società contemporanee. Nel loro insieme, queste prospettive mostrano come l'adolescenza non possa più essere considerata unicamente come una fase di crisi, ma debba essere compresa come un periodo dinamico, eterogeneo e profondamente influenzato dal contesto culturale.

1.1.2 Un corpo che cambia

In adolescenza, i cambiamenti più evidenti sono quelli fisico-corporei che accompagnano l'avvio della pubertà, meglio definibile come “periodo puberale”: un processo, e non un singolo evento, che si colloca tra l'infanzia e l'età adulta e durante il quale si verificano importanti cambiamenti fisici, ormonali e biologici, modificazioni interne ed esterne nelle caratteristiche sessuali primarie e secondarie, nella struttura cerebrale e nel comportamento dell'individuo (Dorn & Biro, 2011; Vijayakumar et al., 2018). Il traguardo biologico della pubertà è il raggiungimento della piena maturazione sessuale, che avviene quando le funzioni riproduttive diventano stabili e pienamente operative.

Tradizionalmente, il periodo puberale viene suddiviso in due fasi: adrenarca e gonadarca, innescate rispettivamente dall'attivazione degli assi ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPG) e ipotalamo-ipofisi-gonadi (Vijayakumar et al., 2018). L'adrenarca viene considerata la prima scintilla, si verifica tipicamente tra i 6 e i 9 anni (esordio più precoce

nelle femmine rispetto ai maschi), e porta allo sviluppo di alcuni caratteri sessuali secondari quali i peli pubici, l'odore corporeo e l'acne (Vijayakumar et al., 2018).

La gonadarca, invece, coincide popolarmente – ed erroneamente – con la “pubertà vera e propria”, in quanto comporta trasformazioni fisiche ben più evidenti: nelle femmine gli estrogeni stimolano la crescita del seno, il menarca e l'ovulazione, mentre nei maschi il testosterone promuove lo sviluppo testicolare e il cambiamento del timbro della voce (Vijayakumar et al., 2018). Come per l'adrenarca, anche la gonadarca si verifica più precocemente nelle femmine (tra i 9 e i 14 anni) rispetto ai maschi (tra i 10 e i 15 anni) (Dorn et al., 2006, citato in Vijayakumar et al., 2018). In sintesi, si può affermare che la pubertà biologica inizia con l'adrenarca, quella visibile con la gonadarca.

Sebbene il metodo più diffuso per misurare lo sviluppo puberale sia quello degli stadi di sviluppo fisico proposto da Tanner (1962), la presente tesi enfatizza un altro indicatore fondamentale, in funzione della sua importanza rispetto agli esiti di sviluppo dell'adolescente: il *timing*, che descrive lo stato puberale di un bambino rispetto ai coetanei dello stesso sesso ed età (Vijayakumar et al., 2018).

Due condizioni cliniche estreme come l'adrenarca prematura (PA) e la pubertà precoce (PP) costituiscono esempi chiari del legame tra timing puberale precoce ed esiti di sviluppo negativi. La PA è particolarmente dannosa per le femmine, le quali sono esposte a una maggiore probabilità di sviluppare disturbi dell'umore e problemi comportamentali in età adolescenziale e adulta (Dorn, Hitt, & Rotenstein, 1999; Dorn et al., 2008, citati in Dorn & Biro, 2011). La PP, similmente, correla con un rischio aumentato di sviluppare problemi internalizzanti e una scarsa immagine di sé in adolescenza (Baumann et al., 2001; Officioso et al., 2000, citati in Dorn & Biro, 2011).

In generale, dunque, un *timing* puberale precoce viene considerato un fattore di rischio per esiti psicologici e comportamentali negativi, tra cui depressione, *acting out*, maggiore frequenza di comportamenti a rischio, abuso di sostanze, isolamento sociale, comportamenti sessuali precoci, comportamenti antisociali e bullismo perpetrato (Dorn & Biro, 2011; Sun et al., 2024).

Nonostante la relazione tra pubertà precoce ed esiti psicologici e comportamentali negativi in adolescenza ed età adulta sia ben documentata, la letteratura presenta alcune limitazioni. In particolare, sono ancora pochi gli studi che si concentrano specificamente sugli esiti cognitivi e psicosociali e sul ruolo di ormoni specifici in tali processi. È inoltre

auspicabile che maggiore attenzione venga rivolta al contesto sociale in cui è inserito il bambino/adolescente, dal momento che potrebbe mediare gli effetti della pubertà sullo sviluppo. Infine, la ricerca futura dovrà approfondire maggiormente la pubertà precoce nei maschi, attualmente meno studiati rispetto alle femmine.

1.1.3 Cambiamenti neurobiologici ed emotivi

Dal punto di vista neurobiologico, l'adolescenza costituisce un periodo di intensa plasticità cerebrale. Le evidenze neuroscientifiche mostrano che il cervello attraversa una fase di ristrutturazione profonda, caratterizzata da modificazioni sia nella struttura sia nel funzionamento delle principali reti neurali (Blakemore & Choudhury, 2006; Choudhury et al., 2006). Studi di risonanza magnetica strutturale indicano che le regioni frontali e parietali seguono un andamento di sviluppo non lineare: “il volume della sostanza grigia nei lobi frontali aumenta durante la preadolescenza raggiungendo un picco intorno ai 12 anni nei maschi e agli 11 anni nelle femmine. Successivamente, si osserva un declino durante la post-adolescenza” (Blakemore & Choudhury, 2006, p. 299). Parallelamente, anche il volume della sostanza bianca aumenta costantemente dalla preadolescenza fino all'età adulta nella corteccia prefrontale e nella corteccia parietale (Blakemore & Choudhury, 2006). Tali cambiamenti riflettono processi di sinaptogenesi, potatura sinaptica e mielinizzazione, che contribuiscono a ottimizzare l'efficienza dei circuiti neurali coinvolti nelle funzioni esecutive, nella regolazione emotiva e comportamentale e nella cognizione sociale (Blakemore & Choudhury, 2006).

Tuttavia, la maturazione delle strutture limbiche e dei circuiti socioaffettivi procede secondo tempistiche differenti rispetto allo sviluppo delle aree prefrontali deputate al controllo cognitivo ed emotivo. Questa asincronia costituisce un elemento cruciale per comprendere la vulnerabilità psicologica tipica del periodo adolescenziale. Steinberg (2005) osserva che “i cambiamenti nell'*arousal* e nella motivazione provocati dalla maturazione puberale precedono lo sviluppo delle competenze regolative, in un modo che crea una disgiunzione tra l'esperienza affettiva dell'adolescente e la sua capacità di regolare arousal e motivazione” (pp. 69-70). In modo complementare, Casey e colleghi (2008) descrivono “uno sviluppo differenziale dei sistemi limbici '*bottom-up*', implicati nell'elaborazione degli incentivi e delle emozioni, rispetto ai sistemi di controllo '*top-down*' durante l'adolescenza, in confronto all'infanzia e all'età adulta” (p.111),

sottolineando come tale configurazione renda gli adolescenti particolarmente sensibili agli stimoli emotivi e sociali, soprattutto in contesti che richiedono decisioni rapide o che implicano la presenza dei pari. Dunque, se da una parte le regioni frontali e parietali deputate al controllo e alla regolazione emotivo-comportamentale maturano lentamente fino alla metà dei primi vent'anni, dall'altra i circuiti cerebrali che si occupano di esperire l'emozione sono ampiamente formati e bersagliati dall'aumento di arousal tipico della pubertà, creando un *gap* che aumenta la vulnerabilità dell'adolescente a problemi sia internalizzanti che esternalizzanti (Steinberg, 2005; Dahl & Gunnar, 2009).

Questi cambiamenti neurobiologici hanno ricadute significative innanzitutto sul piano emotivo-motivazionale. L'adolescenza è infatti associata a un aumento normativo della reattività emotiva e dello stress, come evidenziato da Dahl e Gunnar (2009). La regolazione emotiva – definita da Thompson (1994) come l'insieme dei processi che permettono di monitorare, valutare e modificare le proprie reazioni emotive per raggiungere obiettivi personali – diventa progressivamente più complessa nel corso dell'adolescenza. Tuttavia, il suo sviluppo continua a essere fortemente influenzato sia dalla maturazione neurobiologica sia dalle esperienze relazionali significative (Silk et al., 2003). In questa fase, infatti, la capacità di modulare l'intensità e la durata delle emozioni è ancora in via di consolidamento, rendendo gli adolescenti più vulnerabili a oscillazioni emotive e a risposte impulsive in situazioni ad alta salienza affettiva.

In sintesi, l'adolescenza rappresenta un periodo di marcata riorganizzazione neurobiologica, in cui la maturazione asincrona dei sistemi di controllo e dei sistemi socio-affettivi contribuisce a definire sia le potenzialità sia le vulnerabilità tipiche di questa fase dello sviluppo.

1.1.4 Lo sviluppo della cognizione

Durante l'adolescenza si osserva una profonda riorganizzazione dei processi cognitivi, sostenuta dalla maturazione progressiva delle reti fronto-parietali e dall'affinamento delle funzioni esecutive. Numerosi studi mostrano che abilità come la memoria di lavoro, il controllo inibitorio, la pianificazione e la flessibilità cognitiva continuano a migliorare lungo tutta la seconda decade di vita, in parallelo alla prolungata maturazione della corteccia prefrontale (Casey et al., 2008). Steinberg (2005), inoltre, sottolinea che il nucleo dello sviluppo cognitivo adolescenziale risiede nella costruzione di una mente “più

pienamente consapevole, autodiretta e autoregolata”, sostenuta dalla maturazione della corteccia prefrontale e dal rafforzamento delle connessioni con il sistema limbico. Tuttavia, la piena maturità delle funzioni esecutive si raggiunge solo nella tarda adolescenza o, addirittura, nella prima età adulta, determinando una discrepanza tra competenze cognitive formali – spesso già comparabili a quelle degli adulti più maturi – e capacità di applicarle efficacemente in contesti reali, soprattutto quando sono coinvolti fattori emotivi o pressioni sociali (Steinberg, 2005).

La maggiore efficienza dei circuiti di controllo cognitivo si accompagna inoltre a un progressivo miglioramento delle capacità di pianificazione, regolazione del comportamento e gestione di compiti complessi, aspetti fondamentali per l’adattamento alle crescenti richieste sociali e scolastiche tipiche di questa fase di sviluppo (Crone & Dahl, 2012). Nel complesso, l’adolescenza rappresenta quindi una finestra critica di plasticità neurocognitiva, in cui cambiamenti strutturali e funzionali del cervello sostengono l’emergere di competenze cognitive più mature e sofisticate.

Infine, è importante sottolineare che tali traiettorie non sono uniformi: differenze individuali legate a fattori genetici, ambientali e contestuali modulano la velocità e la qualità dello sviluppo cognitivo in adolescenza.

1.1.5 La vita sociale dell’adolescente

Sul versante sociale, l’adolescenza comporta una riorganizzazione profonda delle relazioni interpersonali. Le relazioni con i pari assumono un ruolo centrale nei processi identitari e nella regolazione emotiva. Somerville (2013) evidenzia che gli adolescenti mostrano una particolare sensibilità alla valutazione sociale, e che eventi che implicano giudizi da parte dei coetanei possono essere vissuti come “altamente intensi, salienti, persistenti ed emotivamente evocativi”.

Parallelamente, si osserva un progressivo distanziamento dai genitori e un crescente orientamento verso i pari, fenomeno che Nelson e colleghi (2005) descrivono come una vera e propria “riorganizzazione sociale”, caratterizzata dall’aumento del tempo trascorso con i coetanei, dalla maggiore importanza attribuita alle relazioni amicali e dall’emergere di interessi romantici e sessuali. Tale riorganizzazione sarebbe in larga misura sostenuta dalla maturazione del cosiddetto *social brain*, un insieme di regioni – tra cui corteccia prefrontale mediale, solco temporale superiore e amigdala – coinvolte

nell'elaborazione delle informazioni sociali (Blakemore, 2008), e più in generale da modificazioni nei circuiti cerebrali deputati alla cognizione sociale (Nelson et al., 2005).

Anche le relazioni familiari subiscono trasformazioni significative. La relazione genitore–figlio, caratterizzata da un numero maggiore di conflitti rispetto all'infanzia, tende a evolvere da una struttura verticale, basata su un forte differenziale di potere e conoscenza, verso forme più orizzontali e reciproche. Branje (2018) sottolinea che genitori e adolescenti “devono riorganizzare le responsabilità e muoversi verso una relazione più egualitaria” (p. 171), e che i conflitti, qualora caratterizzati da flessibilità emotiva – ossia la capacità di entrambi gli attori relazionali di “passare in modo flessibile attraverso una gamma di emozioni positive e negative” (p.171) –, possono rappresentare un meccanismo adattivo di rinegoziazione della relazione. In questo processo, il monitoraggio genitoriale assume un significato diverso rispetto all'infanzia: Stattin e Kerr (2000) mostrano che non è il controllo diretto dei genitori sui figli a predire esiti di sviluppo positivi, bensì la disponibilità degli adolescenti a condividere spontaneamente informazioni con i genitori, ossia ciò che gli autori definiscono “*child disclosure*”. Come affermano gli autori, “il ‘*monitoring*’ non è ciò che il termine implica davvero: un’attività dei genitori. È piuttosto un’attività del figlio” (p.1082), e la *child disclosure* rappresenta il predittore più forte di comportamenti adattivi nei ragazzi.

In conclusione, l'adolescenza rappresenta un periodo di profonda riorganizzazione sociale, in cui trasformazioni neurobiologiche e cambiamenti relazionali si intrecciano nel definire nuove forme di appartenenza, autonomia e regolazione emotiva.

1.1.6 L'attaccamento in adolescenza

Un ulteriore elemento rilevante riguarda l'evoluzione del sistema di attaccamento nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Come osservato da Allen e Manning (2007), il comportamento di attaccamento non perde la propria funzione, ma si riorganizza profondamente, trasformandosi da un sistema primariamente orientato alla protezione e alla sopravvivenza del bambino a un meccanismo più ampio di regolazione affettiva in adolescenza. Gli stessi autori sottolineano che il sistema e i comportamenti di attaccamento cambiano dall'infanzia all'adolescenza: nel bambino garantisce la sopravvivenza, nell'adolescente ha la funzione di cercare la regolazione affettiva, evidenziando come la vicinanza alla figura di attaccamento non sia più necessaria per la

sicurezza fisica, ma rimanga cruciale per la gestione degli stati emotivi (Allen & Manning, 2007). A livello neurale, questa trasformazione è sostenuta dal fatto che “i sistemi responsabili del mantenimento dell’attaccamento sembrano essere praticamente identici a quelli responsabili della regolazione affettiva” (Coan, Schaefer e Davidson, 2006; Hofer, 2006, citati in Allen & Manning, 2007, p.5). Di conseguenza, l’attaccamento può essere considerato “un precursore di schemi più ampi di regolazione affettiva sociale” (Allen & Manning, 2007, p. 5), che nell’adolescenza diventano centrali per il funzionamento psicologico. Inoltre, mentre i bambini dipendono da un numero ristretto di *caregiver* non scelti, “gli adolescenti, al contrario, possono sviluppare e selezionare individui che li aiutino a gestire situazioni emotive difficili, includendo genitori, pari, insegnanti, partner romantici e terapeuti” (Allen & Manning, 2007, p.7).

1.1.7 Direzioni future

In sintesi, la preadolescenza e l’adolescenza costituiscono periodi di sviluppo complessi, caratterizzati dall’interazione dinamica tra maturazione neurobiologica, cambiamenti emotivi e cognitivi e riorganizzazione delle relazioni sociali. Questi processi, spesso contraddistinti da traiettorie non lineari e da una marcata eterogeneità individuale, contribuiscono alla costruzione dell’identità, all’acquisizione dell’autonomia e allo sviluppo delle competenze necessarie per affrontare le sfide della vita adulta. L’adolescenza si configura dunque come una fase di particolare plasticità e vulnerabilità, ma anche come un periodo di straordinario potenziale evolutivo, in cui si gettano le basi per il funzionamento psicologico futuro e in cui è possibile implementare interventi preventivi e precoci (Dahl & Gunnar, 2009).

Infine, è auspicabile che la ricerca futura ponga maggiore attenzione ad alcuni aspetti fondamentali, tra cui la comprensione della variabilità individuale, l’impatto delle nuove tecnologie digitali sullo sviluppo e le variabili storico-culturali che sembrano spostare sempre più avanti la fine del periodo adolescenziale. Approcci longitudinali e multimodali saranno fondamentali per cogliere la complessità delle traiettorie evolutive in questa fase dello sviluppo.

1.2 Genitorialità in adolescenza: ruolo e funzioni

1.2.1 Genitorialità in adolescenza, tra difficoltà e opportunità

Sebbene non sia un'impresa semplice racchiudere in un'unica definizione tutti gli aspetti complessi che compongono la genitorialità, è ugualmente possibile avanzare che essa consiste in un processo complesso e multidimensionale che comprende atteggiamenti, credenze, competenze e comportamenti messi in atto dai genitori per sostenere lo sviluppo fisico, emotivo, cognitivo e sociale dei figli (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Essa non coincide con il semplice legame biologico, ma riguarda l'insieme delle funzioni di cura, protezione, educazione e socializzazione che accompagnano il bambino dalla nascita fino all'età adulta (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

La genitorialità in adolescenza si declina come una fase particolarmente delicata per il genitore, il quale deve affrontare e supportare i numerosi cambiamenti psicologici, cognitivi, emotivi e sociali che avvengono nel figlio (vedi Paragrafo 1.1). In questo periodo particolarmente sensibile, infatti, il ruolo della famiglia cambia, complice anche il fatto che l'adolescente attribuisce una sempre più crescente importanza al gruppo dei pari e alle relazioni romantiche tipiche di questo periodo. Ciononostante, le evidenze ad oggi disponibili confermano che la famiglia, e in particolare i genitori, rimane il principale sistema ecologico in grado di influenzare le decisioni e la vita dell'adolescente (Guy-Evans, 2025, citato in Dimitrova & Zaborskis, 2025). Come ricorda Steinberg (2001), infatti, è necessario fare attenzione a non sovrastimare l'influenza esercitata dai pari in adolescenza e ricordare che gran parte delle relazioni amicali adolescenziali rimangono gestite dai genitori, sia attivamente che passivamente. Invero, partendo dall'assunto che gli adolescenti tendono a scegliere come amici persone simili a loro sulla base dei propri valori, tratti e inclinazioni (Harris, 1998, citato in Steinberg, 2001), questi ultimi derivano dalle interazioni significative con i genitori, tenutesi molto tempo prima del periodo adolescenziale (Steinberg, 2001). Sintetizzando, ciò che potrebbe essere evidente come un'influenza diretta dei pari, spesso può essere reinterpretato come un'influenza indiretta dei genitori (Steinberg, 2001). Tuttavia, i pari costituiscono un importante sistema ecologico della vita adolescenziale, e tale assunzione non può essere ignorata.

1.2.2 Stili genitoriali e pratiche genitoriali non sono la stessa cosa

Nello studio della genitorialità una prima distinzione teorica e metodologica è quella tra le “pratiche genitoriali” e gli “stili genitoriali”. Troppo spesso, in letteratura, questi due termini vengono utilizzati come sinonimi, quando in realtà si riferiscono a due dimensioni distinte, anche se interdipendenti. Il modello integrato proposto da Darling & Steinberg (1993), infatti, chiarisce che le pratiche genitoriali sono quell’insieme di comportamenti concreti e specifici (riferiti a uno specifico contesto) che il genitore mette in atto per ottenere un outcome specifico di socializzazione nel bambino, mentre lo stile genitoriale è definito come il clima emotivo dentro cui si esprimono tutti i comportamenti del genitore. Se le pratiche genitoriali si riferiscono a cosa un genitore fa, gli stili genitoriali fanno riferimento a come tali pratiche sono messe in atto. L’assunto più importante di questo modello è che lo stile genitoriale non influenza direttamente gli esiti di sviluppo dell’adolescente, ma modera l’efficacia delle pratiche genitoriali (Darling & Steinberg, 1993).

Il modello classico circa stili genitoriali prevede che, incrociando le dimensioni di responsività e controllo, si possano identificare quattro tipologie di stili differenti (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983): autorevole (alta responsività e alto controllo), autoritario (bassa responsività e alto controllo), permissivo (alta responsività e basso controllo) e negligente/trascurante (bassa responsività e basso controllo). In altre parole, i genitori autoritari adottano un controllo rigido e settano regole e standard molto severi, manifestando al contempo scarso livelli di supporto e calore emotivi; i genitori permissivi, al contrario, sono altamente supportivi dal punto di vista emotivo ma carenti dal punto di vista disciplinare; i genitori autorevoli, adottando una via di mezzo, combinano efficacemente alti livelli di supporto e responsività affettiva con un moderato controllo disciplinare, finalizzato allo sviluppo dell’autonomia nell’adolescente; i genitori negligenti, infine, si caratterizzano per bassi livelli sia di responsività affettiva sia di controllo disciplinare (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983). Le evidenze dimostrano ampiamente che lo stile genitoriale autorevole è il più efficace nel promuovere esiti di sviluppo favorevoli nell’adolescente, tra cui rendimento scolastico migliore, livelli minori di problemi sia internalizzanti che esternalizzanti, alta autostima, resilienza e minore frequenza di comportamenti antisociali, tra cui abuso di sostanze (Steinberg, 2001). Al contrario, esiti di sviluppo meno positivi sono associati agli stili

autoritario e permissivo, mentre lo stile negligente si associa a conseguenze di sviluppo ben più nefaste nell'adolescente (Steinberg et al. 1994).

La robustezza delle evidenze sugli effetti positivi della genitorialità autorevole solleva un interrogativo rilevante: tali benefici possono andare oltre alcune variabili culturali rilevanti come l'etnia e lo status socioeconomico della famiglia (Steinberg, 2001)? Le ricerche suggeriscono di sì. Diversi studi statunitensi, ad esempio, hanno riscontrato che gli esiti di sviluppo più favorevoli emergono quando i genitori adottano uno stile autorevole, indipendentemente dal background etnico o socioeconomico (Steinberg, 1990, citato in Steinberg, 2001). Questi risultati sono stati replicati anche in campioni provenienti da Paesi con sistemi di valori estremamente diversi (Steinberg, 2001).

Infine, urge sottolineare che pochi studi in letteratura hanno finora esaminato l'effetto congiunto degli stili genitoriali dei due caregiver. La maggior parte delle ricerche si è concentrata su un solo genitore – tipicamente la madre – trascurando il fatto che l'adolescente è influenzato dagli stili di entrambi, incluso il padre. È auspicabile che la ricerca futura ponga sempre più attenzione al ruolo della figura paterna; allo stesso modo, sarà necessario rivolgere l'attenzione scientifica alla genitorialità in tutte quelle famiglie definite “non tradizionali”, tra le quali, ad esempio, le famiglie omogenitoriali o con genitori separati/divorziati, sempre più frequenti nella società moderna.

1.2.3 Autonomia e conflitto, due lati della stessa medaglia

Come discusso nel Paragrafo 1.1, l'autonomia diventa una questione centrale in adolescenza, al punto da interessare anche la qualità della relazione con i genitori. Numerosi studi hanno evidenziato che una genitorialità autonomia-supportiva risulta particolarmente benefica per lo sviluppo psicologico del figlio (Fiore et al., 2025).

Per meglio comprendere l'autonomia nel periodo adolescenziale e la sua centralità in questa delicata fase evolutiva è necessario fare riferimento alla Teoria dell'Autodeterminazione (SDT; Ryan & Deci, 2000), una teoria sulla motivazione umana che postula l'esistenza di tre bisogni psicologici di base, innati e universali: autonomia, competenza e relazionalità. Secondo la definizione data dagli autori stessi, un bisogno di base, quando soddisfatto, promuove salute e benessere, mentre si associa a malessere e vulnerabilità patologica quando non soddisfatto. Pur non approfondendo qui le diverse

forme di motivazione proposte dalla teoria (si veda Ryan & Deci, 2000), il presente lavoro si concentra sui bisogni psicologici di base, con particolare attenzione all'autonomia. Nonostante la SDT avanzi l'ipotesi che tutti gli esseri umani, per natura, sono curiosi, attivi e desiderosi di apprendere e crescere, la realtà è spesso diversa: non di rado le persone sono apatiche, alienate, frustrate e lontane da uno stato ottimale di funzionamento psicologico (Ryan & Deci, 2000). Tale variabilità, secondo gli autori, è attribuibile ai differenti contesti sociali in cui gli individui sono immersi, i quali possono soddisfare od ostacolare l'espressione dei bisogni psicologici di base. Tra questi contesti rientra anche la famiglia, che nell'adolescenza ha un ruolo cruciale.

In linea con i principi della SDT, la genitorialità che sostiene l'autonomia, valorizzando il punto di vista dell'adolescente e promuovendo attività auto-iniziate, si è dimostrata efficace nel favorire sia la performance scolastica che l'adattamento psicologico dei figli (Teuber et al., 2022). All'interno di questa cornice teorica è stato proposto un modello recente che identifica quattro stili genitoriali: supportivo, controllante, non-supportivo-non-controllante e moderatamente supportivo (Teuber et al., 2022). Nello specifico, i genitori supportivi sono coerenti nei comportamenti educativi, emotivamente calorosi, utilizzano scarso controllo psicologico e rispettano la prospettiva mentale dei figli, incoraggiandoli a sperimentare; i genitori controllanti utilizzano un alto grado di controllo psicologico per controllare le emozioni e i comportamenti dei figli, trascurando i loro bisogni evolutivi; i genitori non-supportivi-non-controllanti, invece, pur non ostacolando l'autonomia dei figli tramite il controllo, rimangono emotivamente distanti e non preoccupati dei bisogni degli adolescenti; infine, i genitori moderatamente supportivi offrono livelli moderati di supporto all'autonomia e calore emotivo, mantenendo bassi livelli di controllo psicologico (Teuber et al., 2022). Le ricerche condotte seguendo tale modello hanno sottolineato che gli adolescenti di genitori supportivi riportano risultati scolastici migliori, basso rischio di psicopatologia e punteggi elevati nei comportamenti prosociali (Teuber et al., 2022). Tali evidenze confermano gli effetti positivi di una genitorialità autonomia-supportiva negli adolescenti.

Nonostante ciò, un numero relativamente ridotto di studi ha finora indagato la genitorialità basandosi sulla cornice teorica fornita dalla SDT, e la speranza è che sempre maggiore attenzione verrà data anche ai bisogni di competenza e relazionalità, poiché gli

studi condotti finora sulle dimensioni dell'autonomia e del controllo sono promettenti (Teuber et al., 2022).

Un'ulteriore dimensione genitoriale di crescente interesse scientifico è il controllo. Una prima classificazione di tale costrutto è rintracciabile all'interno del modello classico sugli stili genitoriali (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983), dove si distingue tra controllo coercitivo e confrontivo (Smetana & Rote, 2019). Nello specifico, il controllo coercitivo sarebbe agito principalmente dai genitori autoritari a livello comportamentale e verbale, mentre il controllo confrontivo sarebbe tipico di una genitorialità autorevole, che lo utilizza in maniera ragionata, negoziabile e orientata agli esiti di sviluppo dei figli (Smetana & Rote, 2019). Le due forme di controllo hanno effetti diversi sullo sviluppo dell'adolescente: il controllo confrontivo è associato a relazioni genitore-figlio migliori, mentre il controllo coercitivo è associato a relazioni qualitativamente peggiori (Sorkhabi & Middaugh, 2014, citato in Smetana & Rote, 2019).

Inserendo il controllo all'interno della SDT è possibile introdurre il concetto di "controllo psicologico", tipico di una genitorialità controllante. Il controllo psicologico è tradizionalmente definito come un costrutto ampio e complesso che si riferisce a quell'insieme di "comportamenti genitoriali che invadono i pensieri e i sentimenti dei figli" (Barber, 1996, citato in Soenens & Vansteenkiste, 2010), tra i quali rientrano, ad esempio, il ritiro dell'amore, l'induzione del senso di colpa, l'umiliazione e l'invalidazione della prospettiva del figlio (Barber et al. 2005, citato in Teuber et al., 2022). Integrando il controllo genitoriale nella SDT è possibile operare delle distinzioni concettuali importanti: è fondamentale distinguere il controllo psicologico dal controllo comportamentale e da quello esterno – basato su punizioni e ricompense: mentre questi ultimi si basano su pressioni, regole e comportamenti osservabili, il controllo psicologico opera attraverso vie sottili e difficilmente tangibili (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Secondo la SDT, il controllo psicologico è correlato a una mancata soddisfazione dei bisogni psicologici di base dell'adolescente – in primis l'autonomia –, a un maggior rischio di sviluppo di psicopatologie, maggiori problemi internalizzanti, minori comportamenti prosociali e a un rendimento scolastico deficitario (Joussemet et al., 2008; R. M. Ryan et al., 2006; Pinquart, 2017; Wong et al., 2021, citati in Teuber et al., 2022).

La prevalenza di disturbi internalizzanti nei figli di genitori che utilizzano il controllo psicologico può essere interpretata alla luce della Teoria dell'Apprendimento

Sociale (Bandura, 1977), la quale prevede che i bambini modellino il proprio comportamento osservando quello dei genitori: di conseguenza, i figli di genitori che esercitano un controllo esterno sono più propensi a mettere in atto comportamenti aggressivi verso gli altri, mentre i figli di genitori che utilizzano il controllo psicologico imparano a esercitare pressione sugli altri in modo più manipolativo, sperimentando un profondo conflitto interno che li porta costantemente a scegliere tra il perseguire i propri obiettivi e il conformarsi alle richieste genitoriali (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Tale conflitto, in ultima istanza, sarebbe responsabile di un enorme disagio emotivo in grado di generare ansia e depressione (Soenens & Vansteenkiste, 2010).

Il filone di ricerca che si è occupato di definire gli antecedenti del controllo psicologico è ampio e consolidato. Tra i principali antecedenti sono stati identificati bassa qualità della relazione coniugale, alti livelli di conflitto intergenitoriale, attaccamento insicuro, perfezionismo maladattivo e ansia da separazione nei genitori (Fauber et al., 1990; Krishnakumar et al., 2003; Verschueren et al., 2006; Soenens et al., 2005; Soenens et al., 2006, citati in Soenens & Vansteenkiste, 2010).

Infine, un costrutto rilevante ma ancora oggi poco studiato in relazione agli stili genitoriali è la *parental conditional regard (PCR)*, strettamente legata al controllo psicologico. Si tratta di una “pratica attraverso cui i genitori mostrano amore e apprezzamento quando i figli soddisfano le loro aspettative” (Assor et al., 2014, citato in Teuber et al., 2022, p. 1335), che può essere distinta in PCR positiva e PCR negativa: nella prima i genitori ritirano l'affetto se il figlio non rispetta le loro aspettative, nella seconda offrono maggiore amore e attenzione quando il figlio si adegua al volere dei genitori (Roth et al., 2009, citato in Teuber et al., 2022). L'unica differenza della PCR rispetto al controllo psicologico è che essa è comportamento-dipendente. Infatti, il controllo psicologico induce sentimenti negativi che l'adolescente non può modificare tramite il proprio comportamento, mentre la PCR riguarda ripercussioni che l'adolescente può evitare conformandosi al volere genitoriale. Sebbene esista una modesta letteratura sugli effetti negativi della PCR sullo sviluppo del bambino (si veda Teuber et al., 2022), è auspicabile che questa dimensione venga al più presto inserita nello studio degli stili genitoriali, in particolar modo con campioni costituiti da adolescenti.

1.2.4 Stress e capacità riflessiva genitoriale, un legame inseparabile

I turbamenti emotivi tipici dell'adolescenza e lo stress genitoriale, inter-genitoriale e genitore-adolescente sono in grado di ostacolare la capacità dei genitori di adottare pratiche che sostengono l'autonomia, aumentando di conseguenza le strategie controllanti, spesso viste come delle scorciatoie (Fiore et al., 2025). Recentemente, Fiore e colleghi (2025) hanno proposto che la capacità riflessiva dei genitori sia in grado di modulare l'impatto dello stress sul comportamento. La capacità riflessiva viene intesa come "la capacità dei genitori di comprendere il proprio figlio come motivato da sentimenti, desideri e intenzioni, così come la capacità dei genitori di riflettere sui propri stati mentali in relazione al figlio" (Luyten et al., 2017b; Slade, 2005, citati in Fiore et al., 2025, p.1141) e getta le sue radici nella concetto di mentalizzazione elaborato da Peter Fonagy e colleghi (2002). Come ricordano Fiore e colleghi (2025), essa non è un costrutto unitario, bensì composto da tre dimensioni: *prementalizing*, *certainty about mental states*, *interest and curiosity*. La prima riflette una tendenza a interpretare il comportamento del figlio in termini non mentalistici, spesso attribuendo intenzioni malevole al figlio. La seconda dimensione riguarda un'eccessiva sicurezza nel conoscere gli stati mentali del figlio, mentre la terza esprime una disposizione aperta ed esplorativa verso gli stati mentali del figlio.

I risultati mostrano che, nelle giornate caratterizzate da maggiori livelli di stress o da un incremento delle difficoltà comportamentali dell'adolescente, i genitori tendono a ridurre il supporto all'autonomia e a ricorrere più frequentemente a pratiche controllanti; tuttavia, tali associazioni risultano significativamente eterogenee in funzione della qualità della capacità riflessiva (Fiore et al., 2025). In particolare, livelli elevati di *premetalizing* e di *certainty about mental states* amplificano gli effetti negativi dello stress e delle difficoltà esternalizzanti, favorendo risposte più rigide e controllanti. Al contrario, la dimensione dell'*interest and curiosity* si configura come una risorsa protettiva, capace di attenuare l'impatto dello stress e delle difficoltà quotidiane del figlio sul ricorso a pratiche coercitive. Complessivamente, la capacità riflessiva genitoriale contribuisce a preservare flessibilità psicologica e regolazione emotiva nelle situazioni stressanti, riducendo la probabilità che lo stress quotidiano si traduca in comportamenti educativi disfunzionali.

1.2.5 Direzioni future

Riassumendo quanto detto finora, la famiglia continua a esercitare una forte influenza sui comportamenti e sull'adattamento psicologico del figlio anche quando questi fa il suo ingresso in adolescenza. Considerata l'importanza delle pratiche genitoriali autorevoli che sostengono l'autonomia, il ruolo dei genitori rimane cruciale. Tuttavia, qui emerge un paradosso: le conoscenze sempre più approfondite circa il periodo adolescenziale sembrano essere applicate quasi esclusivamente al benessere diretto degli adolescenti, tramite interventi diretti a quest'ultimi. In altre parole, permane l'errata convinzione che intervenire sui genitori non costituisca una strategia efficace per favorire lo sviluppo dell'adolescente. Tuttavia, in virtù della loro centralità, è auspicabile che le ricerche future prestino maggiore attenzione anche al benessere e al vissuto psicologico dei genitori – senza trascurare quello degli adolescenti –, con il fine ultimo di educarli nell'adozione di pratiche e stili genitoriali efficaci e consapevoli attraverso *parenting program* ben strutturati (Steinberg, 2001).

1.3 Interventi school-based: una panoramica

1.3.1 Interventi school-based: definizione ed excursus storico

Con il termine “interventi *school-based*” si fa riferimento a un vasto insieme di attività strutturate e teoricamente fondate, progettate per essere implementate, monitorate e valutate all’interno dell’ambiente scolastico. Tali interventi si integrano nelle *routine* educative e organizzative della scuola e mirano a promuovere il benessere complessivo degli studenti attraverso azioni di prevenzione, promozione o supporto. Oltre al benessere psicologico, altri obiettivi includono il miglioramento della *performance* accademica, la prevenzione e/o riduzione di comportamenti problematici, il potenziamento dello sviluppo socio-emotivo, cognitivo e comportamentale e il rafforzamento del clima scolastico. Gli interventi *school-based* possono essere condotti da diverse figure professionali – tra cui psicologi, insegnanti, personale scolastico formato, assistenti sociali e, più raramente, psichiatri – a seconda della struttura del programma e delle leggi nazionali o locali che regolano l’erogazione di servizi di questo tipo in un determinato Paese.

L’importanza di tali interventi deriva innanzitutto dall’osservazione che bambini e adolescenti sono una delle fasce di popolazione con il maggior rischio di sviluppo di psicopatologia (per una trattazione più approfondita, si rimanda il lettore a Fazel et al., 2014); tuttavia, i servizi psicologici tradizionali faticano spesso a raggiungerli in modo tempestivo a causa di diversi fattori: le decisioni circa la salute sono in larga misura gestite dai genitori, vi è una generale tendenza a minimizzare i problemi psicologici che insorgono in età scolare e, infine, spesso scarseggia la disponibilità di servizi specialistici a cui rivolgersi. Gli interventi *school-based*, erogati con l’aiuto della scuola, superano in parte tali barriere, raggiungendo preventivamente una popolazione altrimenti difficilmente intercettabile.

L’implementazione degli interventi *school-based* si è rafforzata parallelamente all’accumularsi di evidenze che mostrano una relazione positiva tra il benessere psicologico degli studenti e il loro rendimento scolastico. Meta-analisi e studi su larga scala indicano che livelli più elevati di benessere sono moderatamente associati a migliori esiti accademici (Kaya & Erdem, 2021). Nello specifico, un adeguato funzionamento psicologico sembra sostenere i processi cognitivi, motivazionali e relazionali che favoriscono la *performance* scolastica; a sua volta, il successo accademico contribuisce a

rafforzare l'autostima, il senso di competenza e l'adattamento generale dello studente, generando così un circolo vizioso di natura positiva (Marrone et al., 2024).

L'origine degli interventi *school-based* può essere ricondotta ai primi programmi di educazione alla salute sviluppati tra gli anni '60 e '70 negli Stati Uniti, quando la scuola iniziò a essere riconosciuta come un contesto privilegiato per la promozione del benessere e la prevenzione dei comportamenti a rischio. In questa fase iniziale, tuttavia, gli interventi erano prevalentemente informativi, centrati sulla trasmissione di conoscenze riguardanti igiene, sicurezza e stili di vita salutari. Si trattava, dunque, di programmi poco strutturati, spesso privi di una base teorica solida e di una valutazione precisa degli esiti.

Un cambiamento di paradigma avvenne negli anni '80, con la diffusione dei primi programmi di prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti problematici. Secondo Flay e Collins (2005), questo periodo rappresentò l'inizio dell'era dei trial randomizzati nelle scuole, in cui gli interventi iniziarono a essere progettati e valutati con maggiore rigore metodologico. In questa fase emersero interventi più strutturati, basati su modelli teorici e accompagnati da valutazioni empiriche.

Negli anni '90 si assistette a un'ulteriore espansione del campo, con l'introduzione di programmi focalizzati sul clima scolastico, sulla prevenzione del bullismo e sullo sviluppo socio-emotivo. Nel 1994 il *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL) formalizzò il concetto di *Social and Emotional Learning* (SEL), definendolo come un insieme di competenze – autoconsapevolezza, autogestione, consapevolezza sociale, abilità relazionali, decision-making responsabile – fondamentali per il benessere e il successo scolastico. Questa fase segnò il passaggio da interventi focalizzati sul singolo comportamento a programmi più ampi, orientati alla promozione del benessere globale e basati sulle competenze SEL.

A partire dagli anni 2000, gli interventi *school-based* si sono progressivamente orientati verso approcci *whole-school* e multi-livello, integrando componenti rivolte agli studenti, agli insegnanti e alla famiglia. La diffusione massiccia di *framework evidence-based* multi-livello come il *Positive Behavioral Interventions and Supports* (PBIS) ha contribuito a consolidare l'idea che la scuola debba essere considerata un sistema complesso, in cui la prevenzione richiede coerenza tra formazione, pratiche, politiche e cultura scolastica e dove gli interventi devono essere adattati in base al grado di prevenzione/intervento che si intende adottare o che viene richiesto. Flay e Collins (2005)

sottolineano come in questo periodo si è assistito a un miglioramento significativo nella qualità metodologica degli studi, con una maggiore attenzione all'implementazione, alla misurazione degli esiti, alla sostenibilità e alla personalizzazione dei programmi.

Negli ultimi dieci-quindici anni, la letteratura ha evidenziato una crescente attenzione ai processi di implementazione, riconoscendo che l'efficacia degli interventi dipende non solo dal contenuto, ma anche dal modo in cui essi vengono integrati nella vita scolastica quotidiana. Come osserva Schultes (2021), la ricerca contemporanea si concentra sempre più su variabili come il coinvolgimento degli insegnanti, il supporto organizzativo e l'adattamento culturale, elementi considerati cruciali per garantire l'efficacia a lungo termine degli interventi.

Parallelamente, si è assistito a una diversificazione dei modelli teorici e delle tipologie di intervento, con l'emergere di programmi basati sulla *mindfulness*, sulla regolazione emotiva e sull'utilizzo di dispositivi digitali. Questa evoluzione riflette una visione sempre più ecologica dello sviluppo, in linea con il modello proposto da Bronfenbrenner, secondo cui il funzionamento degli studenti è influenzato da molteplici sistemi interconnessi.

In sintesi, l'evoluzione degli interventi *school-based* (vedi Figura1) mostra un passaggio da programmi informativi e monodimensionali a interventi complessi, teoricamente fondati, *evidence-based* e orientati alla prevenzione multi-livello. Questa prospettiva storica spiega la varietà di tassonomie oggi disponibili per classificare gli interventi *school-based* e giustifica l'importanza di considerare sia i livelli di prevenzione (universale, selettivo, indicato) sia la prospettiva ecologica nello studio degli interventi scolastici.

Figura1 – *Evoluzione storica degli interventi school-based*



1.3.2 Tassonomie degli interventi school-based

Gli interventi *school-based* sono estremamente eterogenei per quanto riguarda i contenuti, le modalità di implementazione, gli obiettivi e i *target* a cui sono rivolti. Tale varietà ha condotto diversi autori a formulare numerose tassonomie, con lo scopo di orientarsi al meglio all'interno della letteratura esistente e di classificare gli interventi secondo criteri condivisi. Queste tassonomie, sebbene apparentemente incompatibili, nella realtà sono complementari: ognuna pone l'accento su una o più dimensioni specifiche dell'intervento in questione, in modo da non escludersi l'una con l'altra. In questa sezione verranno presentate le principali tassonomie ad oggi disponibili per descrivere gli interventi *school-based*, necessarie per comprendere al meglio i risultati proposti dalla successiva *scoping review*.

La tassonomia più diffusa a livello internazionale si basa sul modello proposto da Gordon (1983), il quale distingue gli interventi in base al grado di rischio del *target*, proponendo tre livelli di intervento possibile: universale, selettivo e indicato. Gli interventi universali sono rivolti all'intera scuola, comportano una trasformazione dell'ambiente scolastico e permettono di raggiungere l'intera coorte di studenti (Birrell et al., 2025; Miller et al., 2016); il loro scopo è prevenire possibili problemi di natura psico-sociale prima che emergano, agendo sull'intera popolazione. Gli interventi che agiscono a livello selettivo, invece, sono rivolti a quegli studenti considerati a rischio di sviluppare una psicopatologia e hanno l'obiettivo di prevenire il disturbo e/o migliorare il funzionamento psicologico, sociale e relazionale; spesso questi interventi utilizzano componenti terapeutiche eterogenee, derivanti da diversi programmi, piuttosto che seguire un piano terapeutico ben strutturato (Miller et al., 2016). Gli interventi indicati, più intensivi, sono invece rivolti agli studenti che presentano sintomi sub-clinici o una diagnosi specifica e hanno come obiettivi fornire supporto e far rientrare nella norma il funzionamento di questa popolazione di studenti.

La popolarità del modello proposto da Gordon è stata ulteriormente amplificata dall'*Institute of Medicine* (IOM), che con le sue linee guida ha formalizzato questa classificazione integrandola in un *framework* più ampio che distingue tra prevenzione, trattamento e mantenimento. Nella prevenzione figurano le categorie proposte dallo stesso Gordon, nel trattamento rientrano gli interventi rivolti a studenti con un disturbo diagnosticabile e nel mantenimento sono inclusi gli interventi che mirano a prevenire

ricadute, mantenendo così i progressi del trattamento. Ad oggi, la tassonomia IOM rappresenta il *gold standard* internazionale per gli interventi sulla salute mentale.

La seconda tassonomia più diffusa in letteratura fa riferimento al modello ecologico di Bronfenbrenner (1979) e deriva dalla considerazione che la *performance* accademica è influenzata anche da fattori che non rientrano nella salute mentale dello studente: tra questi, i più importanti sono il clima scolastico, il benessere degli insegnanti, le relazioni studente-insegnante e studente-genitori (Hamre & Pianta, 2001; Jennings & Greenberg, 2009; Thapa et al., 2013). Il modello di Bronfenbrenner, infatti, teorizza che lo sviluppo umano sia il risultato dell'interazione dinamica tra il soggetto e diversi sistemi ambientali, suddivisi dall'autore in cinque sistemi ecologici: microsistema, mesosistema, esosistema, macrosistema e cronosistema. Ciascuno di questi sistemi sarebbe responsabile – più o meno indirettamente – di diversi esiti di sviluppo, tra cui la salute mentale e il successo scolastico. Dunque, la tassonomia basata su questo modello permette di classificare gli interventi *school-based* sulla base del livello del sistema su cui agiscono. Nello specifico, essa distingue gli interventi in: *student-focused*, *classroom-focused*, *school-wide* e *community-focused* (Domitrovich et al., 2008; Greenberg et al., 2001). Gli interventi *student-focused* sono rivolti esclusivamente allo studente, mentre quelli *classroom-focused* agiscono sulle dinamiche relazionali e sul clima di classe. Parallelamente, gli interventi *school-wide* coinvolgono l'intera scuola – intesa come organizzazione –, mentre quelli *community-focused* prevedono delle componenti rivolte a figure esterne alla scuola, come i genitori.

L'importanza della tassonomia ecologica è evidente: permette di comprendere l'influenza dei diversi sistemi ambientali sul funzionamento dello studente, aprendo la strada all'implementazione di interventi multi-livello. A livello di microsistema figurano la relazione studente-insegnante e studente-genitori. Il mesosistema riguarda invece le connessioni tra i microsistemi, come la comunicazione scuola-famiglia. L'esosistema comprende quei contesti che non coinvolgono direttamente lo studente, ma che influenzano comunque la sua *performance* scolastica, come le politiche dei servizi sociali, le condizioni lavorative dei genitori o le risorse territoriali disponibili. In aggiunta, tale sistema classificatorio considera anche il macrosistema, qui inteso come l'insieme di norme e valori culturali che possono determinare l'efficacia e l'accettabilità di un intervento. Infine, il cronosistema fa riferimento ai cambiamenti storici e temporali – ad

es., la pandemia di COVID-19 – che possono modificare profondamente l’impatto degli interventi e rendere necessarie nuove forme di supporto psicologico.

Oltre alle appena discusse tassonomie, all’interno della letteratura è possibile rintracciare altri sistemi di classificazione meno utilizzati ma altrettanto validi. Il primo è proposto dall’organizzazione CASEL, che divide gli interventi *school-based* in base a quale/i competenze/i dell’approccio SEL (vedi sottoparagrafo precedente) mirano a sviluppare. Inoltre, è possibile classificare un intervento anche secondo la modalità di erogazione – tassonomia del *delivery* –, ponendo maggiore attenzione agli erogatori del programma, all’intensità, alla durata e al formato del programma.

In sintesi, sebbene sia possibile classificare gli interventi school-based secondo un numero ampio di criteri, il presente lavoro terrà maggiormente in considerazione le seguenti tassonomie per organizzare i risultati della *scoping review*: modello di Gordon, tassonomia ecologica e tassonomia del *delivery*.

1.3.3 Vantaggi e svantaggi degli interventi school-based

Nonostante l’adozione e l’implementazione degli interventi all’interno del contesto scolastico siano una componente essenziale per il corretto funzionamento degli studenti, non si possono ignorare i diversi vantaggi e svantaggi che essi comportano – tralasciando, per il momento, la questione dell’efficacia, che verrà approfondita nel sottoparagrafo successivo.

Per quanto riguarda gli interventi universali, essi risultano particolarmente invitanti per le scuole poiché meno invasivi, meno costosi, più facilmente integrabili nell’organizzazione scolastica e capaci di raggiungere l’intera popolazione di studenti, evitando così l’effetto stigmatizzante intrinseco agli interventi più mirati. Tuttavia, proprio a causa della loro ampiezza, tali programmi presentano spesso difficoltà nel processo di implementazione e producono, in media, una dimensione dell’effetto da piccola a moderata (Fazel et al., 2014; Birrell et al., 2025). Inoltre, rimane ancora poco studiato il potenziale delle nuove tecnologie – come le applicazioni digitali – nel favorire l’accessibilità di tali programmi anche per quegli studenti che, per ragioni diverse, non possono frequentare fisicamente l’ambiente scolastico.

I programmi selettivi e indicati – spesso riuniti sotto l’etichetta di “interventi mirati” – riescono invece a produrre dimensioni dell’effetto superiori rispetto ai programmi

universali, proprio perché concentrano i loro sforzi esclusivamente sugli studenti che presentano fattori di rischio o una psicopatologia conclamata. Sebbene il *target* ridotto possa far pensare che tali interventi siano i meno costosi, nella realtà non è così: infatti, le risorse economiche che vengono risparmiate dall'implementazione all'intera coorte scolastica devono essere reinvestite nell'identificazione corretta degli studenti a rischio – tramite *screening* accurati – e nella formazione intensiva del personale scolastico; laddove quest'ultima non fosse sufficiente, si rende quasi sempre necessario il coinvolgimento di clinici esperti esterni. Perdi più, ottenere il consenso dei genitori risulta generalmente più complesso rispetto ai programmi universali, in virtù della natura selettiva dell'intervento e del possibile effetto stigmatizzante (Birrell et al., 2025).

Infine, un'ulteriore problematica trasversale ai programmi *school-based* riguarda la loro accettabilità. Atkins e colleghi (2010) hanno sapientemente esposto questo ostacolo richiamando la *diffusion of innovations theory* (Rogers, 2003, citato in Atkins et al., 2010): in ogni scuola ci sono *early adopters* (chi adotta subito le novità introdotte), *late adopters* (chi aspetta un po' prima di accettare la novità) e *laggards* (chi accetta la novità dopo che lo ha già fatto la maggioranza delle persone). La letteratura mostra che spesso è sufficiente che circa il 25% delle persone adotti un intervento affinché questo venga percepito come "normale" (Valente & Davis, 1999, citato in Atkins et al., 2010); tale dinamica è valida sia per gli studenti che per gli insegnanti, i quali possono manifestare resistenze nei confronti dei programmi di prevenzione della salute mentale. Tutto ciò ha importanti implicazioni anche sul piano valutativo: l'efficacia di un programma risulta più chiaramente interpretabile quando valutata a distanza di molto tempo dalla conclusione dell'intervento, attraverso *follow-up* longitudinali. In caso contrario, si rischia di sottostimare il potenziale del programma e di interrompere prematuramente il processo di adozione.

1.3.4 Evidenze di efficacia degli interventi school-based

Numerose evidenze nel corso degli anni hanno confermato l'efficacia degli interventi *school-based*, mostrando un *pattern* ricorrente: i programmi universali producono effetti minori o simili rispetto a quelli selettivi e indicati, e solo raramente superiori. Ad esempio, Werner-Seidler e colleghi (2017), attraverso una *review* meticolosa, hanno trovato effetti di piccola entità dei programmi universali su ansia e depressione sia al post-intervento

che ai vari *follow-up* longitudinali, mentre gli interventi mirati mostravano benefici significativamente maggiori. In linea con tali risultati, Mackenzie & Williams (2018) hanno dimostrato che gli interventi scolastici universali – nel Regno Unito – producono prevalentemente effetti neutri o di piccola entità sul benessere mentale ed emotivo.

In generale, gli interventi *school-based* producono effetti da piccoli a moderati su diverse forme di disagio psicologico e comportamentale, tra cui ansia, depressione, bullismo, comportamenti violenti, aggressività, gestione dei conflitti, rabbia e comportamenti dirompenti in classe (Weare & Nind, 2011); tali effetti, sebbene modesti, sono spesso sufficienti a produrre cambiamenti significativi in contesti reali come quello scolastico. Tuttavia, una precisazione all'apparenza ovvia è obbligatoria: l'efficacia di un programma scolastico di prevenzione della salute mentale può essere influenzato da una vasta gamma di fattori, a partire dalla tipologia di intervento adottato. È naturale, infatti, che alcune tipologie di programmi siano state oggetto di un numero maggiore di studi e dispongano quindi di un corpus di evidenze più solido. In questo ambito, ad esempio, la maggior parte dell'attenzione scientifica è stata rivolta ai programmi SEL, che si sono dimostrati ampiamente efficaci nel migliorare competenze socio-emotive, comportamenti prosociali, problemi di condotta, disagio emotivo e successo scolastico, con effetti anche a lungo termine (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

Sebbene i fattori che influenzano l'efficacia degli interventi *school-based* siano numerosi e complessi, questa tesi si concentrerà su quello che viene considerato il principale moderatore degli esiti: la qualità dell'implementazione.

L'implementazione di un intervento *school-based* è il processo attraverso cui un programma viene tradotto in pratica all'interno del contesto scolastico e include 8 componenti principali (Durlak & Dupre, 2008):

1. Fedeltà (*fidelity*, *adherence*, *compliance* o *integrity*): fa riferimento a quanto l'intervento viene realizzato così com'era stato originariamente pensato; in altre parole, si tratta del grado di corrispondenza tra la parte teorica e pratica di un programma.
2. Qualità (*quality*): si riferisce al modo in cui l'intervento viene effettivamente erogato dagli insegnanti o dagli operatori.

3. Dosaggio (*dosage*): fa riferimento alla quantità del programma originale effettivamente erogata; vengono qui racchiusi aspetti importanti come l'intensità e la durata dell'intervento.
4. Responsività dei partecipanti (*participant responsiveness*): ovvero quanto gli studenti partecipano, sono coinvolti, trovano utile o rilevante il programma.
5. Differenziazione del programma (*program differentiation*): fa riferimento all'unicità dell'intervento, ossia quanto la sua teoria e la sua pratica possono essere distinte da quelle di altri programmi.
6. Monitoraggio delle condizioni di controllo: si riferisce all'attenzione metodologica che deve essere posta ai gruppi di controllo, i quali spesso ricevono altri trattamenti diversi da quello sperimentale.
7. Copertura del programma (*program reach*): fa riferimento al tasso di partecipazione e alla rappresentatività dei partecipanti.
8. Adattamento (*adaptation*): si riferisce alle modifiche – non sempre necessarie – che vengono apportate al programma originale durante lo svolgimento dello stesso.

Le evidenze dimostrano che la qualità dell'implementazione fa davvero la differenza nel determinare gli esiti di un intervento *school-based*: le dimensioni dell'effetto risultano due o tre volte maggiori per i programmi con una buona implementazione rispetto a quelli con una scarsa e, in condizioni ideali, possono essere fino a dodici volte superiori (Derzon et al, 2005, citato in Durlak & Dupre, 2008). Durlak e Dupre (2008) hanno confermato il ruolo fondamentale dell'implementazione sull'efficacia degli interventi *school-based*, evidenziando in particolare la rilevanza della fedeltà e del dosaggio, mentre le altre dimensioni – seppur significative – mostrano effetti modesti. Gli autori hanno inoltre identificato 23 fattori che, a loro volta, influenzano la qualità dell'implementazione, suddividendoli in cinque 5 categorie: fattori comunitari, caratteristiche dei *provider*, caratteristiche dell'intervento, capacità organizzativa, sistema di supporto alla prevenzione. Nel presente sottoparagrafo verranno discussi solamente alcuni di questi fattori; pertanto, si rimanda il lettore alla lettura dell'articolo originario di Durlak & Dupre (2008) per una trattazione più approfondita.

Tra i fattori comunitari, assumono particolare rilievo i finanziamenti disponibili e le politiche pubbliche che possono facilitare od ostacolare l'implementazione. Per quanto

riguarda le caratteristiche dei *provider*, le percezioni relative al programma risultano determinanti: chi riconosce la necessità dell'intervento tende a implementarlo con maggiore competenza, autoefficacia e impegno, aumentando così la probabilità di ottenere esiti positivi. Le caratteristiche dell'intervento più rilevanti riguardano l'adattabilità (*flexibility*) e la compatibilità (*compatibility* o *fit*): la prima indica la possibilità di modellare il programma in base ai bisogni di *provider*, scuole e comunità; la seconda suggerisce che l'implementazione è più efficace quando il programma è coerente con priorità e pratiche già presenti nell'organizzazione. A livello di capacità organizzativa, un ruolo centrale è svolto dalla condivisione delle decisioni tra *provider*, ricercatori, amministratori e membri della comunità. Infine, il sistema di supporto alla prevenzione comprende la formazione iniziale e l'assistenza tecnica durante l'implementazione, elementi essenziali per garantire una buona qualità implementativa (Durlak & Dupre, 2008).

Un'ulteriore attenzione ai fattori che influenzano l'implementazione e l'efficacia degli interventi *school-based* deriva dall'autorevole lavoro di Nation e colleghi (2003), i quali hanno individuato 9 principi trasversali e comuni a tutti i programmi scolastici che sono risultati realmente efficaci:

1. *Comprehensive*: il programma deve adottare un approccio comprensivo e multicomponente, intervenendo su più fattori di rischio e in più contesti (scuola, famiglia, pari, comunità).
2. *Varied teaching methods*: l'intervento deve includere attività pratiche, interattive, esperienziali e basate sulle competenze, non solo conoscenze o informazioni.
3. *Sufficient dosage*: l'intensità del programma (durata, numero di sessioni, sessioni *booster*, *follow-up*) deve essere adeguata per produrre cambiamenti stabili.
4. *Theory driven*: il programma deve fondarsi su teorie eziologiche e di intervento validate empiricamente.
5. *Positive relationships*: l'intervento deve offrire opportunità per costruire relazioni significative con adulti o pari prosociali.
6. *Appropriately timed*: il programma deve essere erogato nel momento evolutivo del bambino in cui può avere il massimo impatto. Purtroppo, molti programmi tendono a essere implementati quando i bambini mostrano già il comportamento problematico.

7. *Socioculturally relevant*: l'intervento deve essere culturalmente sensibile e adattato ai valori, alle norme e ai bisogni della popolazione *target*.
8. *Outcome evaluation*: è necessario monitorare e valutare sistematicamente i risultati per verificare l'efficacia e migliorare il programma.
9. *Well-trained staff*: gli implementatori devono essere competenti, formati, supportati e supervisionati, poiché la qualità dell'implementazione è cruciale.

In sintesi, l'insieme delle evidenze mostra come l'efficacia degli interventi *school-based* non dipenda unicamente dal contenuto del programma, ma soprattutto dalla qualità con cui esso viene implementato. La presenza di principi trasversali – individuati da Nation et al. (2003) – e di fattori strutturali e contestuali – descritti da Durlak e Dupre (2008) – suggerisce che l'implementazione rappresenti una dimensione cruciale e imprescindibile per comprendere perché alcuni programmi risultino efficaci e altri no.

1.3.5 Limiti esistenti e direzioni future

Nonostante il crescente *corpus* di evidenze a supporto degli interventi *school-based*, la letteratura mette in luce anche diversi limiti che meritano attenzione. Uno di questi riguarda l'eterogeneità metodologica degli studi: molti interventi differiscono per durata, intensità, contenuti, modalità di erogazione e strumenti di valutazione, rendendo complessa la comparazione tra programmi e la generalizzazione dei risultati. Inoltre, numerosi studi si basano su misure *self-report*, spesso soggette a diversi *bias*, tra cui quello di desiderabilità sociale. Un ulteriore limite riguarda la scarsità di *follow-up* a lungo termine: sebbene alcuni programmi mostrino effetti immediati, non è sempre chiaro se tali benefici si mantengano nel tempo, soprattutto in assenza di sessioni *booster*. Infine, molti interventi sono stati sviluppati e testati in contesti socioculturali circoscritti, con limitata attenzione alla trasferibilità culturale dei programmi scolastici.

Alla luce di tali criticità, è auspicabile che la ricerca futura si orienti verso alcune direzioni prioritarie. In primo luogo, è necessario sviluppare studi metodologicamente più rigorosi e comparabili, con disegni sperimentali solidi, misure multimodali e *follow-up* estesi. In secondo luogo, occorre approfondire i meccanismi di funzionamento degli interventi, identificando quali componenti producono gli effetti maggiori e in quali condizioni. Un'attenzione crescente dovrebbe essere rivolta anche alla personalizzazione e alla sensibilità culturale dei programmi, affinché risultino estensibili a diverse popolazioni

scolastiche. Infine, un'area di ricerca particolarmente promettente riguarda l'utilizzo di tecnologie digitali per potenziare l'*engagement*, il monitoraggio e la sostenibilità degli interventi. Solo attraverso un approccio più sistematico, culturalmente tarato e orientato alla qualità dell'implementazione sarà possibile massimizzare l'impatto degli interventi scolastici sulla salute mentale degli studenti in futuro.

1.4 Interventi a sostegno della genitorialità

1.4.1 Parent training: definizione e obiettivi

Una distinzione fondamentale all'interno della letteratura è quella tra *parenting programs* e *parent training*, due termini usati spesso come sinonimi, sebbene impropriamente. I *parenting programs*, infatti, possono essere definiti come una vasta gamma di interventi psicoeducativi che fornisce informazione, formazione, educazione, *coaching* e/o supporto direttamente ai *caregiver* primari di bambini dall'età prescolare fino all'adolescenza, con il fine di migliorare gli esiti di sviluppo, la relazione genitore-bambino e il benessere familiare e genitoriale (Strawa, 2025). I *parent training*, invece, sono una sottocategoria dei *parenting programs* e consistono in interventi strutturati – e tipicamente manualizzati – finalizzati a modificare le pratiche genitoriali e ad aiutare i *caregiver* nella gestione di comportamenti problematici nei figli. In sintesi, si potrebbe affermare che tutti i *parent training* sono *parenting programs*, ma non tutti i *parenting programs* sono *parent training*. Indipendentemente dal termine preso in considerazione, gli interventi rivolti ai genitori possono variare in base a diversi fattori: contenuto, formato, modalità di erogazione (gruppi vs. singoli), *target* di popolazione (bambini in età prescolare, scolare o adolescenti), teorie di riferimento, contesti di erogazione (a casa, in contesti clinici, a scuola, via Internet), durata del trattamento e facilitatori del programma (professionisti della salute mentale, insegnanti, altri genitori) (Strawa, 2025).

Analogamente a quanto discusso nel paragrafo dedicato agli interventi *school-based*, anche i *parenting programs* possono essere distinti in universali, selettivi (o indicati) e *treatment-focused*. In breve, i programmi universali sono rivolti preventivamente all'intera popolazione di genitori e hanno lo scopo di sostenere esiti adattivi nei bambini e nelle famiglie; i programmi selettivi, invece, sono rivolti a genitori di figli che mostrano un rischio di sviluppo di esiti negativi e mirano a ridurre la probabilità che tali esiti si realizzino; infine, i programmi *treatment-focused* sono rivolti a genitori di figli che mostrano già delle problematiche evidenti (Strawa, 2025).

Attualmente, i programmi che sostengono la genitorialità rivestono un ruolo centrale nel panorama della salute mentale, grazie crescente numero di evidenze che ne sostengono l'efficacia e che suggeriscono come modifiche nelle pratiche genitoriali possano ridurre diversi problemi nei figli, garantendo loro esiti di sviluppo positivi (si veda il paragrafo 1.4.3 per le evidenze sull'efficacia). Lo scenario socio-politico attuale

circa i *parenting programs* affonda le sue radici nei concetti di interventi *evidence-based* e, soprattutto, in quello di “genitorialità positiva”. Quest’ultima è stata introdotta nella Raccomandazione n.19 del 2006, adottata formalmente dal Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa, nella quale si specifica che la genitorialità positiva è un “comportamento genitoriale basato sul superiore interesse del bambino, che sia responsabilizzante, non violento e che fornisca riconoscimento e guida, includendo la definizione di limiti che consentano il pieno sviluppo del bambino” (Committee of Ministers of the Council of Europe, 2006; citato in Rodrigo et al., 2012, p.4). Tale Raccomandazione rappresenta un importante passo in avanti nel panorama delle relazioni genitore-bambino ed esorta gli Stati membri ad adottare programmi di *parenting evidence-based* a tutti i genitori che ne sentissero il bisogno. Tuttavia, nonostante la Raccomandazione rappresenti un documento di grande rilevanza, lo scenario attuale evidenzia alcune criticità: se da un lato è aumentata l’implementazione dei *parenting programs*, dall’altro persistono problemi legati alla fedeltà d’implementazione, alla limitatezza delle risorse economiche, alla scarsa generalizzabilità interculturale, all’eterogeneità dei programmi e, in alcuni casi, all’adozione di interventi non supportati da evidenze scientifiche.

Nel loro insieme, questi sono solamente alcuni degli ostacoli che auspicabilmente saranno affrontati nel prossimo futuro attraverso rigorose ricerche scientifiche e linee guida politiche più specifiche.

1.4.2 Storia dei parenting programs

I *parenting programs* come li conosciamo oggi – strutturati, manualizzati ed empiricamente fondati – nascono tra la fine degli anni ’60 e gli inizi degli anni ’70 del secolo scorso. Tuttavia, già in precedenza esistevano diverse forme di *parent education*, definita come “l’attività di apprendimento intenzionale dei genitori che cercano di modificare i loro metodi di interazione con i figli allo scopo di favorire comportamenti positivi nei bambini” (Croake & Glover, 1977, p.152). La *parent education*, nata addirittura nel 1815 negli Stati Uniti, consisteva principalmente in:

- *Maternal associations*: riunioni informali di gruppo tra madri che condividevano le loro esperienze di cura genitoriale e problemi legati alla crescita dei figli

- Lezioni informative e conferenze pubbliche tenute da esperti (principalmente pedagogisti) rivolte ai genitori
- Forme precoci di consulenza genitoriale individuale, non teoricamente fondate e spesso svolte da pediatri, infermiere, assistenti sociali
- Osservazione guidata dei figli sotto la supervisione di un esperto, il quale poi insegnava ai genitori come interpretare il comportamento del bambino
- Riviste e libri di genitorialità diffuse su larga scala e rivolte principalmente alle madri

Per una trattazione più approfondita circa il tema della parent education si rimanda al meticoloso lavoro di Croake & Glover (1977).

La svolta paradigmatica avviene con i primi studi osservazionali di Gerald Roy Patterson alla fine degli anni '60, che condurranno l'autore a definire il concetto di “cicli coercitivi” all'inizio degli anni '70. Brevemente, tali cicli descrivono un pattern interattivo disfunzionale in cui il comportamento problematico del bambino viene rinforzato negativamente dal genitore, che tende a cedere alle sue richieste, riducendo momentaneamente il proprio stress (Kaehler et al., 2016). L'osservazione di questa dinamica suggerisce, per la prima volta, che il comportamento genitoriale può essere concettualizzato come un insieme di pratiche modificabili attraverso tecniche comportamentali sistematiche per garantire minore stress genitoriale ed esiti di sviluppo positivi nei figli. Infatti, dagli studi pionieristici di Patterson derivano i primi interventi genitoriali sul condizionamento operante e sulla teoria dell'apprendimento sociale, noti come *Behavioral Parent Training*.

Nello specifico, il primo modello “moderno” di *parent training* viene proposto da Constance Hanf all'inizio degli anni '70. Inizialmente sviluppato per bambini con disabilità dello sviluppo, viene poi ampliato anche a popolazioni con problemi del comportamento. Hanf sottolinea l'importanza di coinvolgere i genitori: anche se il comportamento del bambino migliora all'interno del *setting* clinico, i miglioramenti appresi potrebbero svanire quando lo si reinserisce in un contesto familiare responsabile delle sue problematiche (Reitman & McMahon, 2013). È quindi necessario trattare il bambino partendo proprio dal contesto reale in cui vive, in primis dai genitori. Per una trattazione completa della struttura del modello di Hanf si consiglia la lettura dell'articolo di Reitman & McMahon (2013). In questa sede è necessario sapere che il modello di Hanf

si basa sulle teorie comportamentali del condizionamento operante, sulla teoria dell'apprendimento sociale, su una concezione del bambino inserito in un sistema socio-relazionale più ampio. L'influenza di tale modello è centrale nella storia dei *parent training*, poiché costituisce la base per programmi successivi quali *Helping the Noncompliant Child* (HNC; McMahon & Forehand, 1981; McMahon & Forehand, 2003, citati in Reitman & McMahon, 2013), *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT; Hembree-Kigin & McNeil, 1995, citato in Reitman & McMahon, 2013), *Defiant Children* (DC; Barkley, 1987; Barkley 1997, citati in Reitman & McMahon, 2013), *Incredible Years* (IY; Webster-Stratton, 2000, citato in Reitman & McMahon, 2013) e *Community Parent Education* (COPE; Cunningham, Bremner & Boyle, 1995, citato in Reitman & McMahon, 2013).

Parallelamente, Patterson e Forgatch lavorano allo sviluppo di un modello derivato direttamente dalle osservazioni sui cicli coercitivi. Nasce così, tra la fine degli anni '70 e gli inizi degli anni '80, il *Parent Management Training – Oregon Model* (PMTO), un programma basato sul *Social Interaction Learning* (SIL), una teoria che integra elementi dell'apprendimento sociale, del *coercion model* e dell'analisi delle interazioni sociali, all'interno di una cornice ecologica dello sviluppo (Forgatch & Patterson, 2010). L'obiettivo del programma – in breve – è identificare e interrompere i cicli coercitivi che compromettono la relazione genitore-bambino attraverso tecniche comportamentali specifiche insegnate ai genitori tramite *modeling*, *role-play* e *coaching*.

Tra gli anni '80 e l'inizio degli anni '90 i modelli comportamentali di *parent training* si diffondono ulteriormente, iniziando ad essere valutati con maggiore rigore scientifico e ampliando il corpus di evidenze a supporto della loro efficacia. Nel 1981 Forehand & McMahon introducono la prima versione del programma HNC, che mira a interrompere i cicli coercitivi attraverso l'uso di attenzione selettiva, descrizione del comportamento del bambino, imitazione, lodi specifiche, comandi efficaci, *follow-through* coerente, *time-out* strutturato, rinforzo positivo e *return to compliance* (Reitman & McMahon, 2013). Nel 1987 Barkley sistematizza la prima versione di DC, basata su lodi e rinforzi positivi, *token economy*, comandi efficaci, *time-out*, costo della risposta, contratti comportamentali, monitoraggio e *routine* e gestione delle crisi e delle *escalation*. Nel 1995 Hembree-Kigin & McNeil manualizzano formalmente la PCIT, già utilizzata clinicamente dagli anni '70-'80 grazie al lavoro di Sheila Eyberg. PCIT, derivata dal

modello di Hanf, utilizza tecniche comportamentali simili a quelle di altri modelli per ridurre la *non-compliance* e l'oppositività del bambino, con l'aggiunta del *coaching* in vivo (*bug-in-the-ear*), che consente un apprendimento immediato e altamente ecologico. Nello stesso anno, Cunningham, Bremner e Boyle sviluppano e formalizzano COPE, uno dei primi programmi a integrare *problem-solving* collaborativo, *video-modelling* e *role-play* di gruppo. La principale innovazione di tale intervento consiste proprio nel formato di gruppo, in contrasto con i modelli precedenti, tipicamente erogati singolarmente. Inoltre, COPE anticipa alcuni elementi centrali nei programmi dei primi anni 2000, come l'attenzione all'economicità del programma, la facilità di implementazione e la replicabilità in diversi contesti comunitari.

Questi aspetti convergono all'interno del programma Triple-P – Positive Parenting Program, un sistema integrato e multilivello formalizzato nella sua versione attuale da Sanders nel 1999 (Sanders, 1999; Sanders, 2023). Triple-P rappresenta il primo *parent training* multilivello, dal momento che combina sia programmi universali che mirati distribuiti su 5 livelli di intensità, così da permettere ai genitori di accedere immediatamente al livello più adeguato alle loro esigenze (Sanders, 2023). Il modello si fonda sui principi della salute pubblica ed è pensato per essere accessibile a un numero maggiore di famiglie, in risposta ai bassi tassi di *engagement* osservati nei modelli comportamentali tradizionali (Sanders, 2023). Un'ulteriore novità introdotta nel modello di Sanders, che costituisce il cuore del programma, è l'enfasi posta all'autoregolazione dei genitori, i quali vengono istruiti a sviluppare autosufficienza, autoefficacia, a definire obiettivi personali e a monitorare il proprio comportamento in completa autonomia (Sanders, 1999). Oggi Triple-P è diffuso in oltre 70 Paesi, con diversi adattamenti culturali disponibili.

Negli ultimi decenni, infine, l'attenzione della letteratura si è spostata dallo sviluppo di nuovi *parent training* verso aspetti quali l'efficacia a lungo termine, l'implementazione in contesti reali, la sostenibilità, l'adattamento culturale e l'identificazione dei componenti maggiormente associati all'efficacia dei programmi (Durlak & DuPre, 2008; Leijten et al. 2019). In aggiunta a ciò, negli ultimi 10-15 anni è aumentata la diffusione di programmi alternativi a quelli comportamentali e cognitivo-comportamentali, come gli interventi genitoriali basati sull'attaccamento e sulle emozioni: questi programmi, infatti, mirano a migliorare la relazione genitore-figlio

lavorando su sensibilità, regolazione emotiva, attaccamento, mentalizzazione e responsività, piuttosto che su tecniche comportamentali (Jugovac et al., 2022).

1.4.3 Tassonomie degli interventi genitoriali

Attualmente, la letteratura non offre un'unica e condivisa tassonomia degli interventi genitoriali, spesso classificati in base a criteri eterogenei: tale eterogeneità rende complessa la possibile comparazione dei diversi programmi ad oggi disponibili. Ciononostante, è possibile delineare una breve panoramica dei principali sistemi classificatori utilizzati negli studi odierni.

La tassonomia maggiormente citata, soprattutto nell'ambito della salute pubblica e dell'implementazione su larga scala, è il *framework* proposto direttamente dall'UNICEF, che distingue tra *universal support*, *targeted support* e *intensive support* (UNICEF, n.d). In breve, il livello universale comprende interventi di prevenzione primaria accessibili a tutti i *caregiver*, con il fine di promuovere pratiche di *parenting* positivo; il livello *targeted* rientra nella prevenzione secondaria ed è rivolto ai genitori che versano in condizioni di rischio come povertà, difficoltà di salute mentale, violenza familiare e altro ancora; infine, il livello *intensive* è rivolto ai *caregiver* che necessitano di un intervento individualizzato e intensivo perché si trovano a far fronte a sfide complesse che compromettono la capacità della famiglia di fornire cure adeguate (UNICEF, n.d).

Un'ulteriore modalità di classificazione riguarda le modalità del *delivery*, considerando aspetti quali la durata (breve, moderata, lunga), il formato (individuale, di gruppo, ibrido) e il *setting* (clinico, scolastico, domiciliare, comunitario, online). Un'altra tassonomia si basa sui contenuti del programma e sulle competenze che mira a promuovere nei genitori, come ad esempio competenze genitoriali, salute mentale dei genitori, sviluppo socio-emotivo del bambino, interazione genitore-bambino e regolazione emotiva. Inoltre, una distinzione preliminare spesso necessaria riguarda la cornice teorica di riferimento. Tradizionalmente, gli interventi genitoriali sono stati suddivisi in "comportamentali" e "non-comportamentali" (Jugovac, 2022). I primi, già discussi in precedenza, si basano sull'apprendimento sociale e sul condizionamento operante e mirano a interrompere i cicli coercitivi tramite l'insegnamento ai genitori di specifiche strategie comportamentali; i secondi, più recenti, racchiudono invece un ampio

insieme di programmi basati sull'attaccamento, sulle emozioni, sulle teorie cognitive e sui sistemi multilivelli (vedi il caso Triple-P al paragrafo precedente).

Infine, un ulteriore sistema classificatorio considera gli *outcome* attesi nei genitori e nei figli, e viene utilizzato soprattutto nelle delle metanalisi, che frequentemente distinguono i programmi in base agli esiti primari che intendono modificare.

1.4.4 Vantaggi e svantaggi degli interventi genitoriali: tra efficacia, ostacoli e implementazione

L'efficacia dei *parenting programs* – e, in particolare, dei *parent training evidence-based* – è oggi ampiamente documentata da una vasta letteratura che ne evidenzia l'impatto positivo sia sui figli sia nei genitori. Nei ragazzi, gli interventi manualizzati e standardizzati, soprattutto quelli basati sulle teorie comportamentali e sull'apprendimento sociale, producono miglioramenti da piccoli a moderati – ma comunque sufficienti per osservare un cambiamento reale – nella sfera comportamentale, sociale ed emotiva dall'infanzia fino all'adolescenza (Sanders et al., 2014; Furlong et al., 2012; Piquero et al., 2016; Medlow et al., 2016). Nei genitori, invece, tali programmi favoriscono un incremento significativo delle pratiche genitoriali positive, dell'autoefficacia genitoriale, e della soddisfazione genitoriale, migliorando anche la relazione tra genitori, il monitoraggio, la supervisione, il *problem solving* e la comunicazione genitore-figlio (Furlong et al., 2012; Sanders et al., 2014; Medlow et al., 2016).

Alcuni programmi risultano inoltre più efficaci di altri, anche a causa del maggior numero di studi disponibili su di essi: tra questi, in particolare, la PCIT, il Triple-P e l'Incredible Years (Piquero et al., 2016). Più di recente, inoltre, Jugovac e colleghi (2022) hanno dimostrato l'efficacia anche degli interventi basati sull'attaccamento e sulle emozioni nel ridurre sia i problemi esternalizzanti che internalizzanti, suggerendo un'alternativa ai più tradizionali BPT.

Nell'ultimo decennio, invece, l'attenzione della ricerca si è progressivamente spostata verso sull'analisi dei singoli componenti dei programmi, con l'obiettivo di identificare quali elementi siano realmente essenziali per l'efficacia. Come sottolineato da Kaminski e colleghi (2008), “le componenti del programma costantemente associate a effetti più ampi includevano l'aumento delle interazioni positive genitore-bambino e delle competenze di comunicazione emotiva, l'insegnamento ai genitori dell'uso del

time-out e dell'importanza della coerenza educativa, e la richiesta ai genitori di esercitare nuove abilità con i loro figli durante le sessioni di *parent training*.” (p. 567). È tuttavia necessario precisare che l'associazione tra componenti e risultati varia in funzione di diversi fattori, come il grado di prevenzione dell'intervento, il *setting*, l'età del bambino e la difficoltà affrontata (Leijten et al., 2019).

Nonostante l'efficacia dei *parent training* sia corroborata da un numero sempre maggiore di studi, alcuni ostacoli non possono essere ignorati. Tra questi, lo scarso coinvolgimento (o *engagement*) dei genitori rappresenta una criticità ricorrente: come mostrato dalla *review* sui tassi di partecipazione genitoriale ai BPT di Chacko e colleghi (2016), meno della metà dei genitori che necessitano di un *parent training* ne riceve effettivamente i benefici. Infatti, “circa il 25% dei soggetti che soddisfano i criteri di inclusione non si iscrive allo studio, e questa stima non considera coloro che hanno rifiutato di partecipare allo *screening*. Un ulteriore 26% abbandona durante il trattamento, quasi la metà dei quali prima ancora di partecipare alla prima sessione” (Chacko et al., 2016, pp. 209-210). Sebbene uno status socio-economico basso sia stato indicato come principale mediatore della scarsa partecipazione, la letteratura riporta risultati contrastanti riguardo a questa associazione (Chacko et al., 2016).

Un'ulteriore questione spinosa riguarda l'implementazione dei programmi in contesti reali, fortemente associata alla loro efficacia. Una prima distinzione che andrebbe sempre operata all'interno degli studi è quella tra esiti di implementazione ed esiti di efficacia, dal momento che i primi sono considerati una *conditio sine qua non* per i secondi (Pinto et al., 2024). Per una descrizione accurata degli esiti di implementazione – ancora oggi spesso trascurati e descritti superficialmente – è opportuno che gli studi futuri seguano il *framework* proposto da Proctor e colleghi (2011, citato in Pinto et al., 2024), che identifica 8 dimensioni: accettabilità, adozione, appropriatezza, costo, fattibilità, fedeltà, penetrazione e sostenibilità (vedi Figura 2).

Figura 2 – *framework di Proctor (da Pinto et al., 2024)*

Implementation outcome	Description
Acceptability	The perception among implementation stakeholders that a given program is agreeable or satisfactory. Other terms used in literature are related to the satisfaction with various aspects of the program (e.g., content, complexity, and delivery)
Adoption	The intention or initial decision to employ the program. Adoption also may be referred to as uptake
Appropriateness	The perceived fit, relevance, or compatibility of the program for a given practice setting, provider, or consumer; and/or perceived fit of the program to address a particular issue
Cost	The cost of implementing the program, and any costs required to support its implementation
Feasibility	The extent to which the program can be successfully used or carried out within a given setting
Fidelity	The degree to which the program was implemented as it was prescribed in the original protocol
Penetration	The integration of the program within a service setting and its subsystems. From a service system perspective, the construct is similar to “Reach” in the RE-AIM framework
Sustainability	The extent to which a newly implemented program is maintained or institutionalized within a service setting’s ongoing operations. The construct is similar to “Maintenance” in the RE-AIM framework

Alla luce di tali premesse, le componenti di implementazione più frequentemente misurate e associate all’efficacia risultano essere, rispettivamente, fedeltà, accettabilità, fattibilità e sostenibilità, mentre le altre dimensioni rimangono ancora poco esplorate (Pinto et al., 2024). Infine, da vari studi implementativi è emerso un aspetto importante, ovvero gli “adattamenti” (o *adaptations*). Questi consistono in modifiche apportate a un intervento rispetto alla sua versione originale, con lo scopo di migliorarne la pertinenza, la fattibilità, l’adattamento culturale e la sostenibilità. Gli studi mostrano che tali adattamenti possono essere gestiti efficacemente, purché non compromettano i componenti centrali del programma (Pinto et al., 2024).

1.4.5 Interventi genitoriali school-based: il punto di incontro

Gli interventi genitoriali *school-based* rappresentano una forma ibrida di supporto alla genitorialità che si colloca all’intersezione tra gli interventi *school-based* e i *parenting programs*. Nello specifico, si tratta di interventi erogati all’interno del contesto scolastico, svolti o coordinati dalla scuola e rivolti ai genitori degli alunni, con l’obiettivo di migliorare le pratiche genitoriali, la comunicazione scuola-famiglia e la relazione genitore-figlio, informare i genitori e sostenere il benessere degli studenti. Tali interventi devono essere necessariamente distinti dagli interventi “*school-linked*”, ovvero programmi rivolti a genitori e alunni collegati in qualche modo alla scuola, ma non implementati fisicamente al suo interno (Adelman & Taylor, 1997); in questi casi, la scuola funge spesso da mero canale di reclutamento, mentre le attività vengono svolte altrove.

L'importanza degli interventi genitoriali *school-based* è in linea con il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979), che identifica scuola e famiglia come due sistemi centrali nello sviluppo del bambino. Proprio per questo motivo, infatti, si ritiene che il contesto scolastico offra un'opportunità unica per estendere gli interventi supportivi anche ai genitori, altrimenti difficilmente raggiungibili attraverso i servizi tradizionali. L'erogazione dei programmi a scuola consente infatti di ridurre barriere logistiche e percezioni di stigma, aumentando l'accessibilità e la probabilità di raggiungere famiglie che altrimenti non parteciperebbero (Fazel et al., 2014).

Gli interventi genitoriali *school-based* possono assumere forme diverse: adattamenti di programmi già consolidati – come le versioni scolastiche del Triple P (Sanders et al., 2014) – oppure iniziative più brevi come *workshop*, serate informative o programmi psicoeducativi specifici. Pur condividendo le tecniche tipiche dei *parenting programs*, quali *modeling*, *role-play* e promozione di pratiche educative positive, questi interventi si distinguono per il ruolo attivo della scuola, che funge da promotore, facilitatore e talvolta co-erogatore del programma (Kaminski et al., 2008).

Le evidenze ad oggi disponibili suggeriscono che gli interventi genitoriali *school-based* producono effetti positivi sia sugli studenti che sui genitori. Per i primi, infatti, si osserva una riduzione dei problemi emotivi e comportamentali, un aumento dei comportamenti prosociali e un miglioramento della performance accademica (Nitsch et al., 2015; Evans et al., 2004). Per i secondi, si riscontra una riduzione dei comportamenti genitoriali negativi, un aumento dell'autoefficacia genitoriale e della soddisfazione genitoriale (Buchanan-Pascall et al., 2021). La letteratura riporta invece risultati più eterogenei per quanto riguarda l'aumento dei comportamenti genitoriali positivi e la riduzione dello stress genitoriale (Buchanan-Pascall et al., 2021).

Una delle principali criticità riguarda tuttavia la partecipazione dei genitori alla componente parentale degli interventi *school-based*: spesso i tassi di partecipazione sono spesso bassi e i *drop-out* numerosi, soprattutto quando la partecipazione non è obbligatoria ma solamente consigliata (Dumas et al., 2007). Inoltre, come già osservato negli interventi *school-based* e nei *parenting programs*, l'implementazione può risultare difficoltosa, con la conseguente compromissione dell'efficacia del programma (Durlak & DuPre, 2008).

1.4.6 Limiti esistenti

Ad oggi, la letteratura sugli interventi di supporto alla genitorialità implementati nel contesto scolastico è ancora limitata. Le *review* e le metanalisi rigorose circa tale tema sono poche e le evidenze principali derivano da singoli studi primari. Nonostante questi studi mostrino risultati promettenti a favore degli interventi genitoriali *school-based*, la metodologia con cui vengono condotti è fortemente eterogenea, ostacolando così un possibile confronto tra i vari programmi. Inoltre, molti studi non monitorano longitudinalmente i benefici degli interventi e, quando lo fanno, i *follow-up* difficilmente vanno oltre un anno dalla fine dell'intervento. Infine, un'ulteriore problematica riguarda le fasce d'età degli studenti coinvolti: la maggior parte delle ricerche si concentra sui genitori di bambini che frequentano la scuola primaria, mentre i genitori di preadolescenti e adolescenti rappresentano ancora un campione poco studiato.

CAPITOLO 2 – RAZIONALE, OBIETTIVI E DOMANDE DI RICERCA

L'adolescenza rappresenta una fase critica per lo sviluppo, caratterizzata da rapidi e profondi cambiamenti a vari livelli, da quello socio-emotivo a quello comportamentale, passando anche per la sfera neurobiologica. In questa finestra di transizione, i genitori costituiscono il principale fattore protettivo: la loro partecipazione attiva e consapevole al percorso di crescita dei figli e il supporto educativo da loro fornito possono favorire il benessere mentale degli adolescenti e rafforzare il loro rapporto con la scuola.

Parallelamente, negli ultimi decenni la scuola è stata considerata come uno dei contesti ecologici essenziali dove poter prevenire e promuovere il benessere psicosociale degli adolescenti. A tal proposito, quando gli interventi a sostegno della genitorialità vengono realizzati in collaborazione con le istituzioni scolastiche, diventa possibile raggiungere i genitori in modo più capillare e accessibile, sfruttando un contesto familiare, non stigmatizzante e aperto a tutti. Tutto ciò favorisce la partecipazione delle famiglie, rafforza il dialogo scuola–genitori e consente di sostenere in modo più efficace gli adolescenti nelle sfide tipiche di questa fase di vita.

Nonostante la rilevanza di tali iniziative, la letteratura ad oggi disponibile sugli interventi scolastici rivolti ai genitori di adolescenti appare frammentata ed eterogenea, con una mancanza di sintesi complessive che rendano conto delle tipologie di interventi scolastici sviluppati, dei contenuti proposti, delle modalità di implementazione e degli esiti valutati. In questo scenario, risulta utile – e necessario – condurre una *scoping review* per mappare sistematicamente lo stato dell'arte, offrire una visione d'insieme del campo e identificare eventuali lacune conoscitive e direzioni future di ricerca.

Pertanto, la presente *scoping review* mira a mappare la letteratura sugli interventi rivolti ai genitori di adolescenti implementati in ambito scolastico. Nello specifico, gli obiettivi sono:

1. Descrivere le caratteristiche generali degli interventi, includendo informazioni circa la popolazione *target*, la denominazione del programma, l'anno dello studio e il Paese in cui è stato condotto.

2. Delineare le modalità attraverso cui la scuola è stata coinvolta negli interventi (reclutamento dei partecipanti, spazi scolastici, erogazione da parte del personale scolastico, integrazione nel *curriculum* scolastico).
3. Analizzare i contenuti e i temi trattati dagli interventi.
4. Raccogliere informazioni sulle caratteristiche di implementazione quali durata, formato, modalità di erogazione e livello di partecipazione genitoriale.
5. Identificare le tipologie di *outcome* valutate (esiti sui genitori, esiti sugli adolescenti ed esiti di implementazione) e sintetizzare – anche solo descrittivamente – i risultati riportati.
6. Individuare le aree maggiormente esplorate e le lacune della letteratura in termini di tipologie di intervento, popolazioni target e aspetti metodologici.

Coerentemente con gli obiettivi sopra delineati, la *scoping review* qui presentata intende rispondere ai seguenti quesiti di ricerca:

1. Quali interventi rivolti ai genitori di adolescenti sono stati implementati in contesto scolastico e descritti all'interno letteratura scientifica?
2. Quali caratteristiche generali presentano tali interventi, in termini di popolazione *target*, contesto di realizzazione e denominazione dei programmi?
3. In che modo la scuola è coinvolta nella progettazione, nel reclutamento, nell'erogazione o nell'integrazione degli interventi?
4. Quali contenuti, temi e componenti vengono affrontati dagli interventi rivolti ai genitori?
5. Quali caratteristiche di implementazione (durata, formato, modalità di erogazione, partecipazione genitoriale) vengono riportate negli studi?
6. Quali tipologie di *outcome* vengono valutate (esiti sui genitori, sugli adolescenti, indicatori di implementazione) e quali risultati emergono?
7. Quali aree della letteratura risultano maggiormente esplorate e quali lacune emergono in termini di tipologie di intervento, popolazioni *target* o aspetti metodologici?

CAPITOLO 3 – METODO

3.1 Disegno dello studio

Il presente lavoro adotta il disegno della *scoping review*, un approccio metodologico particolarmente adatto quando l'obiettivo è mappare in modo sistematico, ampio e strutturato un corpo di letteratura eterogeneo, identificando le evidenze disponibili, le caratteristiche principali, le tendenze, le lacune e le direzioni di sviluppo future. A differenza delle revisioni sistematiche, generalmente volte a rispondere a quesiti più circoscritti attraverso una sintesi critica delle evidenze disponibili, la *scoping review* privilegia l'individuazione, la descrizione e l'organizzazione della conoscenza disponibile in un determinato campo, offrendo una panoramica delle evidenze utili anche a orientare le future direzioni di ricerca e di intervento. Questo disegno risulta quindi pienamente coerente con lo scopo della presente tesi, che mira a individuare, analizzare e sintetizzare la produzione scientifica relativa agli interventi *school-based* di sostegno alla genitorialità rivolti ai genitori di adolescenti, caratterizzata da una marcata eterogeneità di interventi, contesti applicativi e tipologie di studio.

La metodologia adottata segue il *framework* originariamente proposto da Arksey e O'Malley (2005), successivamente ampliato e rivisto da Levac et al. (2010) e ulteriormente consolidato nelle linee guida metodologiche del Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). L'integrazione di questi contributi consente di garantire la massima trasparenza del processo e la replicabilità dello studio, mantenendo al contempo un allineamento rigoroso agli standard internazionali per la conduzione delle *scoping review*.

In particolare, lo sviluppo della *review* ha seguito le fasi individuate da Arksey e O'Malley (2005): definizione della domanda di ricerca; identificazione delle fonti rilevanti; selezione degli studi secondo criteri predefiniti; estrazione dei dati; sintesi e presentazione dei risultati. Il protocollo metodologico è stato definito a priori, specificando obiettivi, criteri di eleggibilità, strategie di ricerca e procedure di selezione, estrazione e rappresentazione dei dati. Inoltre, la selezione degli articoli è stata condotta da più revisori, al fine di ridurre l'arbitrarietà decisionale e aumentare l'affidabilità del processo.

In sintesi, il disegno della *scoping review* consente di impostare domande esplorative, mappare la natura e l'ampiezza degli studi disponibili e rilevare eventuali *gap*

e mancanze nella letteratura sul tema interventi scolastici a sostegno della genitorialità. Tale approccio costituisce la base preliminare per una comprensione approfondita del tema oggetto del presente studio e per l'identificazione di implicazioni teoriche, applicative e di ricerca futura.

3.2 Linee guida di riferimento (PRISMA-ScR)

La presente *scoping review* è stata condotta e riportata seguendo le linee guida PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Scoping Reviews), sviluppate da Tricco e colleghi (2018) come estensione alle *scoping review* delle linee guida originarie PRISMA per le *systematic review*. Lo scopo del PRISMA-ScR è fornire uno standard internazionale per la trasparenza, la completezza e la tracciabilità dell'intero processo di conduzione e reportistica di una *scoping review*, definendo un insieme di elementi fondamentali per garantire che ogni fase venga descritta in modo chiaro, preciso e replicabile.

In particolare, il PRISMA-ScR fornisce indicazioni specifiche per la descrizione della strategia di ricerca, dei criteri di eleggibilità, del processo di selezione degli studi, delle modalità di estrazione dei dati e della sintesi narrativa delle evidenze.

Il processo di selezione degli studi è stato documentato attraverso il diagramma di flusso PRISMA-ScR, che illustra in modo trasparente il numero di *record* identificati, sottoposti a *screening*, esclusi e infine inclusi nella sintesi. Tale diagramma costituisce un elemento centrale delle *scoping review*, poiché permette di visualizzare con immediatezza le fasi del processo e le motivazioni delle esclusioni.

In sintesi, l'adozione delle linee guida PRISMA-ScR consente di organizzare e descrivere il processo di revisione secondo passaggi metodologici condivisi, favorendo la trasparenza, la completezza e la replicabilità delle procedure adottate.

3.3 Criteri di eleggibilità

I criteri di eleggibilità sono stati definiti a priori coerentemente con gli obiettivi della *scoping review* e con le raccomandazioni metodologiche di Arksey e O'Malley (2005), Levac et al. (2010) e PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Nel corso del processo di revisione, alcuni criteri sono stati successivamente affinati sulla base delle caratteristiche della letteratura individuata. In particolare, il target primario riguardava genitori o caregiver di adolescenti di età compresa tra 14 e 19 anni. Poiché una prima ricognizione della letteratura ha evidenziato un numero limitato di studi riferiti esclusivamente a questa fascia, il criterio anagrafico è stato ampliato alla fascia 10–19 anni, includendo così l'intero periodo adolescenziale.

3.3.1 Criteri di inclusione

Sono stati considerati eleggibili gli studi che descrivono interventi rivolti ai genitori o *caregiver* di adolescenti, con figli nella fascia d'età compresa tra i 10 e i 19 anni, includendo l'intero periodo adolescenziale. Sono stati inclusi anche gli studi in cui l'intervento era rivolto a più *target* (adolescenti, insegnanti, genitori), a patto che fosse presente una componente genitoriale sufficientemente descritta e ben implementata.

Un ulteriore criterio di inclusione riguardava il contesto scolastico: sono stati inclusi solo gli interventi erogati, promossi o veicolati dalla scuola, oppure implementati con un coinvolgimento diretto dell'istituzione scolastica come setting di implementazione.

Per quanto riguarda la tipologia di studi, sono stati considerati eleggibili gli studi primari con dati empirici, indipendentemente dal disegno metodologico: studi quantitativi, qualitativi, *mixed-method*, *trial*, studi pilota e studi osservazionali. Sono stati inclusi anche studi di implementazione o descrittivi, purché presentassero in modo originale un intervento genitoriale scolastico, anche in assenza di dati di efficacia. Inoltre, sono stati considerati eleggibili anche capitoli di libri o contributi in atti di conferenza, a patto che fornissero una descrizione rilevante dell'intervento genitoriale e della sua implementazione.

Infine, sono stati inclusi solamente articoli pubblicati in lingua inglese.

3.3.2 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli studi focalizzati esclusivamente su genitori di bambini al di sotto dei 10 anni e quelli dove i dati relativi agli adolescenti non erano distinguibili. Inoltre, sono stati esclusi anche gli studi che descrivevano interventi solo sugli adolescenti, senza alcuna componente rivolta ai genitori/*caregiver*.

In aggiunta, sono stati esclusi gli interventi realizzati esclusivamente in contesti clinici, comunitari o domiciliari privi di un legame strutturato con la scuola.

Per quanto riguarda la tipologia di studi, sono stati invece esclusi articoli di letteratura secondaria (*review*, meta-analisi, editoriali, commenti), *abstract* privi di testo completo e tesi.

Infine, sono stati esclusi gli articoli pubblicati in lingue diverse da quella inglese.

3.4 Strategia di ricerca

La strategia di ricerca è stata definita con l'obiettivo di identificare la letteratura empirica relativa agli interventi school-based rivolti ai genitori o caregiver di adolescenti. Coerentemente con gli obiettivi della scoping review, sono stati utilizzati termini di ricerca riferiti alla popolazione, alla tipologia di intervento e al contesto scolastico.

La costruzione della strategia ha seguito un processo iterativo: a partire dalla domanda di ricerca e dai criteri di eleggibilità, sono stati individuati i concetti chiave da includere nelle stringhe di ricerca e sono stati selezionati i *database* più rilevanti per il tema. Le stringhe sono state sviluppate combinando parole chiave, attraverso l'uso di operatori booleani, con l'obiettivo di massimizzare la sensibilità della ricerca senza comprometterne la specificità. La struttura delle stringhe è stata mantenuta coerente, adattandola tuttavia alle caratteristiche dei diversi *database*.

La ricerca è stata limitata agli studi pubblicati tra gennaio 2000 e dicembre 2025. Il limite inferiore consente di escludere i programmi più datati e meno rappresentativi delle realtà scolastiche moderne, mentre il limite superiore corrisponde alla data dell'ultima ricerca bibliografica condotta. Sono stati considerati solo articoli pubblicati in lingua inglese e disponibili in testo completo, coerentemente con i criteri di eleggibilità.

La ricerca bibliografica iniziale è stata condotta da due docenti, che hanno fornito all'autore un corpus preliminare di studi. Su tale corpus, l'autore ha svolto le fasi di screening, valutazione dei full text, selezione ed estrazione dei dati secondo i criteri descritti nel paragrafo 3.3.

Complessivamente, la strategia di ricerca è stata progettata per garantire un equilibrio tra ampiezza e precisione, assicurando l'identificazione del maggior numero possibile di studi pertinenti e, al contempo, la coerenza con il *focus* specifico della *review*.

La ricerca bibliografica è stata condotta nei principali *database* internazionali di ambito psicologico, educativo e sanitario. In particolare, sono stati consultati *database* che includono studi empirici, trial, ricerche osservazionali e contributi metodologici pertinenti alla genitorialità in adolescenza e ai programmi *school-based*. Nello specifico, la ricerca è stata condotta nei seguenti *database*: Scopus, APA PsycInfo, APA PsycArticles, Web of Science.

3.4.1 Stringhe di ricerca

Le stringhe di ricerca sono state costruite dai docenti responsabili della fase di identificazione degli studi, combinando parole chiave e termini controllati relativi ai concetti centrali della *review*: adolescenza, genitorialità, interventi scolastici e programmi di sostegno alla genitorialità. Le stringhe hanno utilizzato operatori booleani e adattamenti specifici per ciascun *database*, con l'obiettivo di massimizzare la sensibilità della ricerca senza comprometterne la specificità. Le stringhe di ricerca complete sono consultabili in Appendice.

3.5 Processo di selezione degli studi

A partire dal corpus preliminare di articoli, la selezione è stata effettuata attraverso un processo indipendente e in doppio, condotto da due revisori indipendenti, ovvero l'autore della presente tesi e la correlatrice.

In una prima fase, entrambi hanno eseguito in modo indipendente lo *screening* dei titoli e degli *abstract*, applicando i criteri di eleggibilità descritti nel paragrafo 3.3. Questa procedura ha permesso di identificare gli articoli potenzialmente pertinenti e di escludere quelli che non presentavano una componente genitoriale, che descrivevano interventi rivolti esclusivamente ai bambini, agli adolescenti o agli insegnanti, oppure che non prevedevano un coinvolgimento diretto della scuola come contesto di implementazione. Inoltre, sono stati esclusi *review*, meta-analisi, editoriali, commenti, *abstract* privi di testo completo e articoli pubblicati in lingue diverse dall'inglese.

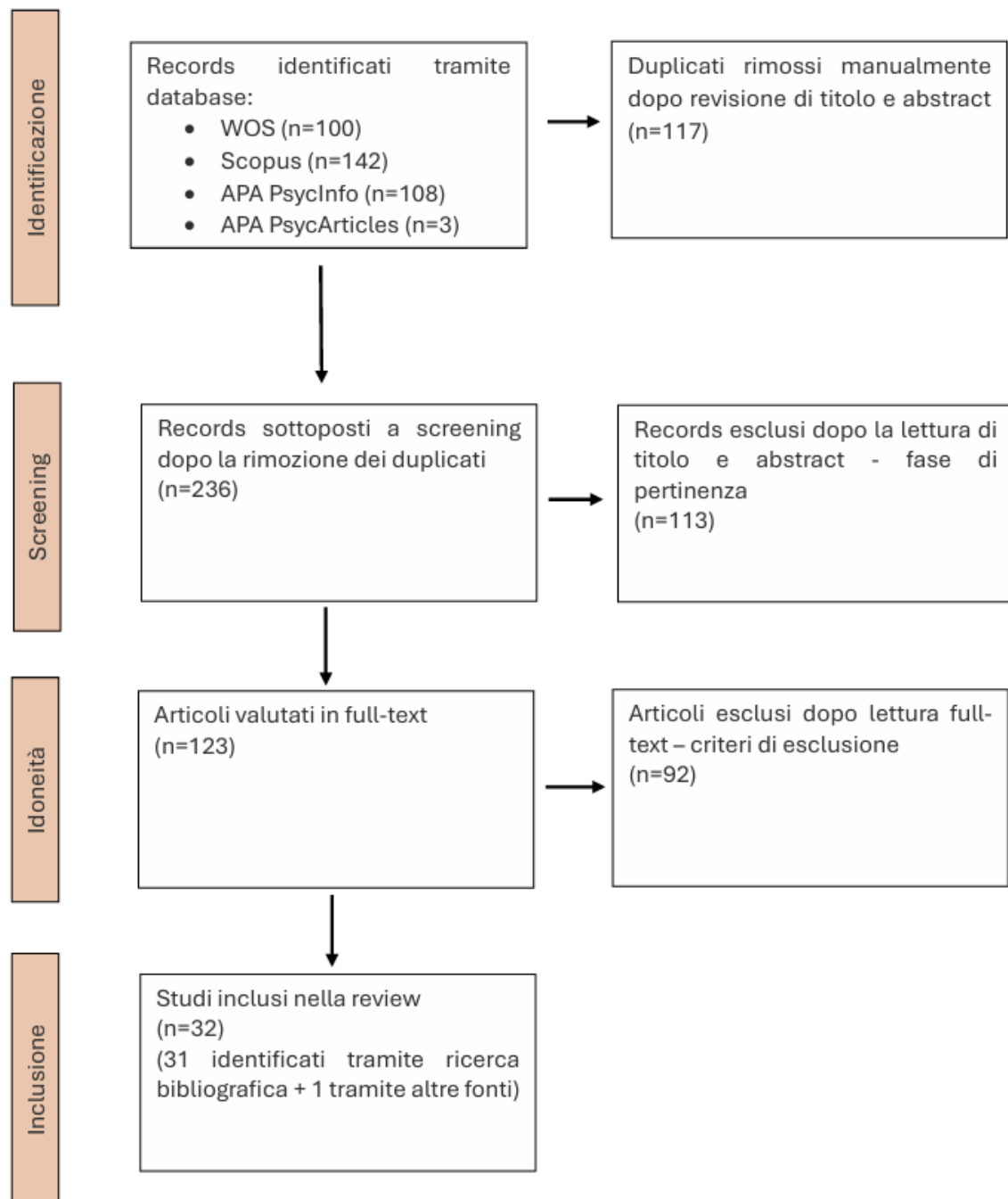
Gli articoli ritenuti eleggibili da almeno uno dei due revisori sono stati sottoposti alla valutazione *full-text*, anch'essa condotta in modo indipendente. In questa fase è stata

verificata la presenza di una componente chiaramente rivolta ai genitori o ai *caregiver*, la coerenza con la fascia d'età considerata (10-19 anni) e l'effettivo coinvolgimento della scuola come promotrice, erogatrice o veicolatrice dell'intervento.

Al termine della valutazione indipendente, i due revisori hanno svolto un incontro di confronto per discutere eventuali discrepanze e chiarire i casi dubbi. Le divergenze sono state risolte tramite consenso, in linea con le raccomandazioni metodologiche per le *scoping review*. L'esito dell'incontro ha permesso di definire una lista unica e condivisa degli studi da includere nella *review*.

Il flusso completo delle fasi di identificazione, screening, valutazione e inclusione degli studi è illustrato nel diagramma PRISMA-ScR riportato al termine del presente paragrafo (Figura 3), che sintetizza visivamente il numero di record esaminati.

Figura 3 – *Diagramma di flusso PRISMA-ScR*



3.6 Estrazione e sintesi dei dati

Il processo di estrazione dei dati è stato condotto in modo sistematico e coerente con gli obiettivi della *scoping review*, seguendo le raccomandazioni metodologiche di Arksey e O'Malley (2005), Levac et al. (2010) e PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Dopo aver

definito la lista finale degli studi inclusi, gli articoli sono stati analizzati utilizzando una griglia predefinita di elementi chiave da rilevare, elaborata a partire dai criteri di eleggibilità e dagli obiettivi della presente *review*. La griglia comprendeva le seguenti categorie:

- informazioni bibliografiche (autore, anno, Paese);
- tipologia di studio;
- caratteristiche del campione (numero genitori, numero dei figli, età dei genitori, età dei figli, sesso dei partecipanti);
- nome dell'intervento genitoriale;
- durata e struttura dell'intervento genitoriale;
- modalità di implementazione e di erogazione;
- livello di coinvolgimento scolastico e di adesione genitoriale;
- *outcome* misurati (sui genitori e sui figli) e principali risultati riportati.

L'estrazione dei dati è stata effettuata dall'autore della tesi, applicando la griglia in modo uniforme a tutti gli studi inclusi. Nei casi dubbi o nelle situazioni in cui le informazioni risultavano incomplete o ambigue, l'autore ha discusso i punti critici con la correlatrice, al fine di garantire coerenza interpretativa e accuratezza nella codifica dei dati.

Per facilitare la lettura, la comparazione e la sintesi dei risultati, le informazioni estratte sono state organizzate in tre tabelle Word, che costituiscono la base della presentazione dei risultati nel Capitolo 4. Le tre tabelle sintetizzano rispettivamente:

1. le caratteristiche generali degli studi;
2. la struttura dell'intervento, il livello di implementazione nel contesto scolastico e l'adesione genitoriale ;
3. gli *outcome* misurati e i risultati riportati.

La sintesi dei dati è stata condotta attraverso un approccio narrativo e tematico, coerente con la natura esplorativa delle *scoping review*. Gli studi non sono stati sottoposti a valutazione della qualità metodologica, ma sono stati analizzati per identificare *pattern* ricorrenti, differenze tra interventi, modalità di implementazione e aree di convergenza o divergenza nella letteratura.

Nel complesso, il processo di estrazione e sintesi dei dati ha permesso di ottenere una rappresentazione chiara e strutturata della letteratura disponibile, consentendo di mappare gli interventi *school-based* rivolti ai genitori di adolescenti e di evidenziarne le caratteristiche distintive, le modalità di implementazione e gli esiti riportati.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

4.1 Caratteristiche generali degli studi inclusi

La Tabella 1 – consultabile in Appendice – riporta le caratteristiche generali dei 32 studi inclusi nella scoping review in termini di: Paese e anno in cui sono stati condotti gli studi, disegno metodologico adottato, tipologia di *setting* scolastico, informazioni sul campione di riferimento e nome dell'intervento implementato. Gli studi coprono un arco temporale ampio, con pubblicazioni che vanno dal 2001 al 2025, riflettendo l'evoluzione delle iniziative scolastiche rivolte ai genitori di ragazzi adolescenti.

Emerge chiaramente una notevole eterogeneità per quanto riguarda il contesto geografico, con il 56% degli studi condotti negli Stati Uniti, che rappresentano, ad oggi, il contributo più consistente alla letteratura disponibile. Una minoranza di studi è stata condotta anche in Europa (Irlanda del Nord, Irlanda, Scozia, Spagna, Germania e Svezia), in Africa (Tanzania e Uganda) e in Australia, indicando un crescente interesse internazionale verso le iniziative di intervento nella scuola rivolte ai genitori.

Tale eterogeneità si riflette anche a livello metodologico, dove emergono diversi approcci utilizzati per valutare gli interventi scolastici rivolti ai genitori. Il 75% degli studi adotta il disegno del *Randomized Controlled Trial* (RCT), sia esso individuale o a *cluster*, con punti temporali variabili da un minimo di 2 a un massimo di 6, riflettendo l'importanza attribuita alle valutazioni di *follow-up*. Alcuni studi – il 12% –, invece, adottano disegni *pre-post single group*, mentre altri – il 6% – si configurano come *implementation study*. All'interno degli studi inclusi, inoltre, si possono rintracciare un'*overview narrativa* di RCT precedenti e un quasi-esperimento con assegnazione per coorte.

Per quanto riguarda il *setting* scolastico, gli studi sono stati condotti principalmente nella *middle school* e nella *secondary school*, con alcune eccezioni in *primary school* e *post-primary school*, a seconda delle nomenclature dei sistemi educativi dei diversi Paesi. Tale distribuzione conferma che la maggior parte degli interventi si concentra sulla fascia d'età preadolescenziale e adolescenziale. Tuttavia, per risolvere la confusione creata dai diversi sistemi scolastici nazionali si consiglia di fare affidamento al campione analitico.

La variabilità metodologica si riflette anche sui campioni analitici: alcuni studi coinvolgono piccoli gruppi di studenti (ad es. Evans et al., 2004, N=7), mentre altri

includono campioni molto ampi (ad es. Lachman et al., 2024, N=24863). Sebbene i principali referenti degli interventi presi in analisi siano gli studenti (tutti gli studi, ad eccezione di Stormshak e Dishion (2009), riportano infatti informazioni su tale campione), il 34% degli studi inclusi fornisce informazioni anche sui genitori, come numero di genitori coinvolti, età e distribuzione di genere, come riportato nella Tabella 1 (da notare che l'età dei partecipanti fa sempre riferimento al baseline, anche qualora siano presenti dei *follow-up*). In molti studi, tuttavia, le informazioni sul numero, sul genere e sull'età dei genitori non sono presenti, riflettendo la maggior importanza rivolta agli studenti: nello specifico, il 62% degli studi inclusi non riporta informazioni di alcun tipo riguardo i caregiver.

Infine, gli interventi implementati sono numerosi e diversi, includendo programmi di prevenzione e promozione delle competenze familiari, interventi psicoeducativi e iniziative *evidence-based* ampiamente diffuse (ad es. Family Check-Up, Strengthening Families Programme, LifeSkills Training, Resilient Families, FRIENDS, STAMPP). Questa varietà riflette la pluralità di approcci adottati nei diversi contesti scolastici e nei diversi Paesi per sostenere la genitorialità durante l'adolescenza attraverso la scuola.

4.2 Tipologie di interventi scolastici rivolti ai genitori

Gli interventi rivolti ai genitori possono essere classificati in diverse tipologie, le quali riflettono approcci teorici, formati e livelli di intensità differenti. Questa categorizzazione permette di cogliere la varietà degli interventi implementati in contesto scolastico e, al contempo, di identificare pattern ricorrenti e aree meno esplorate della letteratura. Emergono infatti cinque grandi famiglie di interventi: (1) *parent training* comportamentali, (2) interventi motivazionali e *family-centered*, (3) interventi psicoeducativi brevi, (4) interventi cognitivi e di resilienza e (5) interventi familiari complessi. Tuttavia, urge notare come queste categorie non si escludano a vicenda, ma rappresentano *cluster* concettuali utili per comprendere come sono costruiti gli interventi *school-based* rivolti ai genitori.

La prima tipologia – implementata nel 12% degli studi inclusi – è costituita dagli interventi di *parent training* comportamentali, che si fondano su tecniche di gestione del comportamento, definizione di regole e limiti, uso coerente delle conseguenze e strategie di *parenting* positivo. Programmi come Strengthening Families Program 10–14 (Spoth et

al., 2002; Trudeau et al., 2016), ICC-P (Kabelege et al., 2024) e FPNG (Williams et al., 2016) rientrano in questa categoria. Questi interventi condividono l'obiettivo di rafforzare le competenze genitoriali attraverso attività pratiche, *role-play*, *video modeling* ed esercitazioni guidate, con un *focus* sulla gestione dei comportamenti problematici e sulla costruzione di routine familiari più stabili ed efficaci.

La seconda tipologia comprende gli interventi motivazionali e *family-centered*, caratterizzati da una struttura breve, centrata sulla valutazione familiare, e sul *feedback* motivazionale. L'unico intervento – presente nel 22% degli studi analizzati – che rientra in questa categoria è il Family Check-Up, compresa la sua versione scolastica PFS (Stormshak & Dishion, 2009; Stormshak et al., 2009; Stormshak et al., 2019; Fosco et al., 2013; Connell et al., 2024; Smolkovski et al., 2017), che combina *assessment multi-informant*, *motivational interviewing* e selezione di moduli specifici basati sui bisogni della famiglia. Inoltre, questa tipologia si distingue per la capacità di coinvolgere i genitori attraverso una relazione collaborativa e un approccio motivazionale, risultando particolarmente efficace con famiglie ad alto rischio.

La terza tipologia – rintracciabile nel 25% degli studi – è invece costituita dagli interventi psicoeducativi brevi, spesso implementati come *workshop*, serate informative o incontri una tantum. A questa categoria appartengono programmi come STAMPP (Cole et al., 2021; McKay et al., 2018), Thriving Teens (Bruzzeese et al., 2009), Resilient Families (Toumbourou et al., 2013), BEST (Müller-Riemenschneider et al., 2014) e PPAP (Nitsch et al., 2015; Rickard et al., 2016). Tali interventi si caratterizzano per un'intensità sicuramente ridotta e per un *focus* su temi specifici, come la definizione di regole familiari sull'alcol, la comunicazione genitore-figlio, la prevenzione del fumo o la gestione dei conflitti. Pur essendo meno intensivi rispetto ai *parent training* comportamentali o ai programmi motivazionali, rappresentano una strategia frequentemente implementata nelle scuole per coinvolgere i genitori in modo accessibile ed economico.

La quarta tipologia – presente nel 12% degli studi – comprende gli interventi cognitivi e di resilienza, basati su tecniche di ristrutturazione cognitiva, gestione dei pensieri negativi, *coping* e assertività. Il Penn Resiliency Program for Parents (Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2012) è un esempio di questa categoria, dal momento che mira a migliorare le abilità cognitive dei genitori e a promuovere la resilienza familiare.

Fanno parte di questa categoria anche programmi come RAP-F (Shochet et al., 2001) e FRIENDS (Lowry-Webster et al., 2001).

Infine, la quinta tipologia comprende gli interventi familiari complessi – implementati nel 25% degli studi –, che lavorano su dinamiche sistemiche, narrazione familiare, supporto tra famiglie e transizioni evolutive. Interventi come CHP (Evans et al., 2004), MFG (Ssewamala et al., 2025), Step-Up (Alicia et al., 2012), IFAFS (Garcia-Lopez et al., 2014), FOCUS-AD (Marlotte et al., 2023), Furaha Teens (Lachman et al., 2024), Transitioning Together (Kuhn et al., 2022) e GREAT Families (Multisite Violence Prevention Project, 2009) rientrano in questa categoria. Questi programmi combinano componenti multiple, lavorano su vari livelli (famiglia, scuola e comunità) e risultano particolarmente adatti per famiglie che affrontano sfide complesse, come la neurodivergenza, la povertà, la violenza domestica o la depressione.

In sintesi, gli interventi psicoeducativi brevi e i modelli familiari complessi sono, ad oggi, i programmi maggiormente implementati nel contesto scolastico per supportare la genitorialità. Tale risultato potrebbe riflettere due aspetti completamente estremi tra di loro: alcune scuole adottano programmi psicoeducativi a causa dei bassi costi richiesti e della facilità di implementazione, mentre altre utilizzano interventi familiari più complessi a causa delle difficoltà più severe che devono affrontare gli studenti e i genitori (come povertà e maltrattamento, che tipicamente richiedono di agire a vari livelli e con varie intensità). Inoltre, sebbene il 22% degli studi abbia implementato interventi motivazionali, tale percentuale risulta “gonfiata” dal fatto che tutti gli studi appartenenti a questa categoria hanno adottato esclusivamente il Family Check Up (nelle sue varie versioni), suggerendo come esso sia uno dei programmi maggiormente sviluppati e utilizzati. Sorprendentemente, un numero minore di studi ha implementato training di tipo puramente comportamentale. Tuttavia, è utile precisare che la categorizzazione tipologica degli interventi non segue una logica rigida, dal momento che la quasi totalità dei programmi adotta una struttura ibrida, integrando componenti appartenenti a categorie diverse. In aggiunta, la mappatura appena presentata permette di identificare non solo le aree maggiormente sviluppate, ma anche alcune delle lacune più significative della letteratura, come la scarsità di interventi rivolti ai padri, la limitata presenza di programmi digitali, la ridotta attenzione alle famiglie con bisogni complessi e la mancanza di *follow-up* estesi.

4.3 Temi, contenuti, componenti e obiettivi degli interventi

Accanto alla categorizzazione tipologica proposta nel paragrafo precedente, è possibile adottare anche una classificazione degli interventi genitoriali *school-based* che segua i temi, i contenuti e le componenti da essi affrontati. Tuttavia, gli interventi rivolti ai genitori mostrano una notevole eterogeneità in termini di temi, contenuti, componenti e obiettivi. Nonostante ciò, è possibile identificare quattro macro-aree ricorrenti che caratterizzano la componente genitoriale degli interventi *school-based*: (1) competenze genitoriali e gestione del comportamento, (2) funzionamento familiare e regolazione emotiva del *caregiver*, (3) comunicazione e relazione genitore–figlio, e (4) supporto scolastico e prevenzione dei comportamenti a rischio.

La prima macro-area riguarda le competenze genitoriali e la gestione del comportamento, un tema presente in circa il 53% degli studi presi in analisi. Interventi come Step-Up (Alicea et al., 2012), Thriving Teens (Bruzzeze et al., 2009), Family Check-Up nelle sue varianti in presenza e online (Stormshak & Dishion, 2009; Stormshak et al., 2009; Stormshak et al., 2019), FRIENDS (Lowry-Webster et al., 2001), ICC-P (Kabelege et al., 2024), PPAP (Nitsch et al., 2015), WTOPPAP (Rickard et al., 2016), FOCUS-AD (Marlotte et al., 2023), BEST (Müller-Riemenschneider et al., 2014), SFP 10–14 (Spoth et al., 2002; Trudeau et al., 2016) e FPNG (Williams et al., 2016) includono moduli dedicati al *parenting* positivo, alla definizione di regole e limiti, all'uso coerente delle conseguenze, alle tecniche comportamentali (rinforzo, ignorare pianificato, *modeling*, *role-play*) e alla gestione dei comportamenti problematici. Questa macro-area riflette, di fatto, la praticità degli interventi, fornendo ai genitori strumenti concreti per affrontare le sfide quotidiane della genitorialità in adolescenza.

La seconda macro-area – trattata nel 47% degli studi inclusi – riguarda il funzionamento familiare e la regolazione emotiva del *caregiver*, un tema centrale nei programmi che mirano a migliorare il clima familiare e il benessere dei genitori. Interventi come Family Check-Up (Stormshak & Dishion, 2009; Stormshak et al., 2019), IFAPS (Garcia-Lopez et al., 2014), PRP-P (Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2012), FOCUS-AD (Marlotte et al., 2023), Furaha Teens (Lachman et al., 2024), MFG (Ssewamala et al., 2025), PPAP (Nitsch et al., 2015), RAP-F (Shochet et al., 2001) e

GREAT Families (Multisite Violence Prevention Project, 2009) includono componenti dedicate alla riduzione dello stress genitoriale, all'aumento della soddisfazione genitoriale, alla diminuzione del conflitto familiare, alla gestione dell'*Expressed Emotion*, al potenziamento dell'autoefficacia genitoriale e alla cura di sé. Alcuni programmi, come FOCUS-AD, integrano anche tecniche di resilienza familiare e narrazione condivisa, mentre altri, come Furaha Teens, affrontano temi quali la violenza domestica e le difficoltà contestuali legate alla povertà. Inoltre, in diversi interventi, tra cui l'MFG, è presente una componente di supporto sociale tra famiglie, che permette ai genitori di confrontarsi con altri *caregiver* che vivono sfide simili, creando un contesto di apprendimento tra pari.

La terza macro-area – presente in circa il 53% degli studi – riguarda la comunicazione e la relazione genitore–figlio. Interventi come Step-Up (Alicia et al., 2012), Thriving Teens (Bruzzese et al., 2009), FCU/FCU-O (Stormshak & Dishion, 2009; Stormshak et al., 2019), Furaha Teens (Lachman et al., 2024), SFP 10–14 (Spath et al., 2002; Trudeau et al., 2016), FPNG (Williams et al., 2016), Resilient Families (Toumbourou et al., 2013), GREAT Families (Multisite Violence Prevention Project, 2009), Transitioning Together (Kuhn et al., 2022) e RAP-F (Shochet et al., 2001) dedicano moduli specifici all'ascolto attivo, alla comunicazione efficace, all'assertività, alla gestione dei conflitti, alla promozione dell'autostima dell'adolescente e al dialogo su temi sensibili quali la cultura giovanile, la salute sessuale, l'uso di sostanze e la rivalità tra fratelli. Perdi più, alcuni programmi, come il PRP-P, introducono il concetto di “*teachable moments*”, aiutando i genitori a cogliere le occasioni quotidiane per modellare abilità cognitive e relazionali; in altri casi, come Step-Up, la comunicazione viene invece rafforzata attraverso attività esperienziali uniche, come il ritiro familiare del fine settimana.

Infine, la quarta macro-area riguarda il supporto scolastico e la prevenzione dei comportamenti a rischio, particolarmente rilevante negli interventi con scopi preventivi e presente nel 53% degli studi analizzati. Programmi come STAMPP (Cole et al., 2021; McKay et al., 2018), BEST (Müller-Riemenschneider et al., 2014), SFP 10–14 (Spath et al., 2002; Trudeau et al., 2016), FPNG (Williams et al., 2016), Resilient Families (Toumbourou et al., 2013), GREAT Families (Multisite Violence Prevention Project, 2009) e Challenging Horizons Program (Evans et al., 2004) includono momenti dedicati

al monitoraggio accademico, alla comunicazione scuola–famiglia, alla definizione di regole familiari sull'alcol, alla prevenzione del fumo e dell'uso di droghe, alla psicoeducazione sui rischi, al supporto alle relazioni tra pari e alla riduzione delle opportunità di consumo di sostanze in casa.

Riassumendo, la componente genitoriale degli interventi *school-based* si articola attorno a quattro aree tematiche ricorrenti che, sebbene siano declinate in modi diversi, convergono verso alcuni obiettivi comuni: sostenere i genitori nel loro ruolo educativo, migliorare il funzionamento familiare e favorire lo sviluppo positivo degli adolescenti. Tuttavia, com'è possibile notare da quanto appena descritto, tutti gli interventi implementano in realtà componenti appartenenti ad aree tematiche differenti, riflettendo l'eterogeneità delle tecniche adottate dai vari programmi in contesto scolastico per supportare la genitorialità.

4.4 Caratteristiche di implementazione degli studi inclusi

Gli interventi identificati negli studi inclusi mostrano una notevole eterogeneità in termini di durata, struttura, modalità di erogazione, livello di coinvolgimento scolastico e adesione genitoriale. La Tabella 2 – disponibile in Appendice – sintetizza tali dati, evidenziando come i programmi rivolti ai genitori nel contesto scolastico differiscano ampiamente per complessità, intensità e modalità di implementazione. Questa varietà riflette indubbiamente la pluralità di approcci adottati nei diversi sistemi educativi per sostenere la genitorialità durante l'adolescenza.

La durata degli interventi varia estremamente. I programmi più brevi consistono in una singola sessione informativa di 2 ore (ad es. Cole et al., 2021; Shaykhi et al., 2018), mentre nello studio condotto da Müller-Riemenschneidere et al. (2014) l'intervento genitoriale consiste addirittura in una singola sessione informativa della durata di 30 minuti. I programmi più estesi, invece, prevedono cicli di formazione genitoriale articolati in 8–16 sessioni (ad es. Nitsch et al., 2015; Rickard et al., 2016; Lachman et al., 2024; Multisite Violence Prevention Project, 2009). Alcuni interventi intensivi concentrano la formazione genitoriale in giornate di *training* di lunga durata (ad es. Kabelege et al., 2024, con 3 giornate di 8,5 ore), mentre altri si sviluppano nell'arco di più mesi o di un intero anno scolastico, con possibilità di prolungamento pluriennale (ad es. Alicea et al., 2012; Evans et al., 2004).

Considerando l'insieme degli studi, la durata media degli interventi rivolti ai genitori si colloca tra le 6 e le 8 sessioni, con una frequenza prevalentemente settimanale e una durata compresa tra 90 minuti e 2 ore per incontro. Tuttavia, la presenza di interventi sia molto brevi (1–3 sessioni) sia molto estesi (10–16 sessioni o giornate intensive) contribuisce a una distribuzione complessivamente eterogenea.

In aggiunta, la quasi totalità degli interventi analizzati prevedono sessioni parallele per genitori e adolescenti, talvolta integrate da incontri familiari congiunti (ad es. Skärstrand et al., 2013; Rickard et al., 2016; Spoth et al., 2002; Lachman et al., 2024). Questa struttura è particolarmente frequente nei programmi orientati al miglioramento delle competenze comunicative e relazionali all'interno del nucleo familiare.

Alcuni studi, inoltre, prevedono delle sessioni di richiamo (o *booster sessions*) per i genitori, puntando a una maggiore intensità dell'intervento e a un maggior mantenimento degli effetti prodotti dalle sessioni principali del programma (ad es. Gillham et al., 2012; Lowry-Webster et al., 2001; Spoth et al., 2002; Trudeau et al., 2016).

Una caratteristica ricorrente e di importanza fondamentale è la presenza di interventi multilivello, che includono componenti universali rivolte a tutte le famiglie e a tutti gli studenti, componenti selettive per genitori o studenti a rischio e interventi indicati per situazioni più complesse (ad es. Fosco et al., 2013; Smolkowski et al., 2017; Stormshak et al., 2009; Stormshak et al., 2010). In tutti questi casi la scuola ha anche l'importante funzione di identificare quali siano gli studenti a rischio e bisognosi di interventi più intensivi al fine di facilitare l'attivazione precoce e immediata di tali servizi.

La maggior parte degli interventi è erogata in presenza, all'interno degli spazi scolastici, con sessioni organizzate durante l'orario scolastico per gli studenti e in fascia serale o nel fine settimana per i genitori. Le sessioni genitoriali si svolgono prevalentemente in orario serale (ad es. Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2012; Shochet et al., 2001; Spoth et al., 2002), oppure nel tardo pomeriggio o nei finesettimana (ad es. Williams et al., 2016). Questa scelta organizzativa è dettata dall'obiettivo di massimizzare la partecipazione dei genitori, tipicamente impegnati sul lavoro durante i giorni feriali.

Alcuni interventi prevedono componenti erogate in contesti comunitari, soprattutto nei programmi che coinvolgono famiglie ad alto rischio o che richiedono spazi dedicati (ad es. Lachman et al., 2024; Ssewamala et al., 2025; Trudeau et al., 2016). In questi casi,

la scuola mantiene un ruolo di coordinamento, ma l'erogazione avviene in sedi esterne tramite professionisti.

Un numero sorprendentemente limitato – solamente il 9% – di studi include anche componenti digitali, che rappresentano una delle innovazioni più recenti nella letteratura. Tra di essi spiccano gli studi condotti da Stormshak e colleghi (2019) e da Connell e colleghi (2024), che implementano il Family Check-Up Online tramite piattaforma web con valutazione iniziale digitale, moduli multimediali interattivi, *coaching* telefonico e *feedback* automatizzati. Il principale vantaggio di questi programmi digitali è quello di offrire maggiore flessibilità, consentendo ai genitori di accedere ai contenuti in modo autonomo e asincrono e di ricevere supporto personalizzato tramite *feedback* automatizzati o *coaching* telefonico da remoto.

Procedendo con l'analisi delle caratteristiche di implementazione, il livello di coinvolgimento scolastico è stato classificato lungo un *continuum* basso-moderato-alto, costruito *ad hoc*, secondo i seguenti parametri:

- Coinvolgimento basso: la scuola partecipa principalmente al reclutamento del campione
- Coinvolgimento moderato: la scuola fornisce gli spazi fisici per l'erogazione dell'intervento, ma il personale scolastico non è direttamente coinvolto
- Coinvolgimento alto: il personale scolastico è attivamente coinvolto nell'erogazione o nella gestione di componenti specifiche del programma

Nel complesso, il coinvolgimento scolastico è stato classificato come alto in 18 studi, come moderato in 11 studi e come basso in soli 3 studi.

Anche l'adesione genitoriale mostra una variabilità significativa. Per categorizzare il livello di adesione genitoriale è stato creato un sistema classificatorio *ad hoc* che utilizza il *continuum* bassa-moderata-alta in base ai seguenti criteri:

- Adesione genitoriale bassa: $\leq 30\%$ dei genitori completa gran parte delle sessioni del programma
- Adesione genitoriale moderata: tra il 31% e il 59% dei genitori porta a termine la maggior parte delle sessioni del programma
- Adesione genitoriale alta: $\geq 60\%$ dei genitori partecipa alla maggior parte delle sessioni del programma

Adottando tale sistema di classificazione, è emerso che 10 studi hanno riscontrato un'adesione genitoriale alta, 4 studi riportano un'adesione genitoriale moderata e 4 studi evidenziano un'adesione genitoriale bassa. In due casi particolari l'adesione genitoriale è stata classificata come Moderata-Bassa e Bassa-Moderata, poiché l'intervento implementato prevedeva due componenti distinte durante le quali sono stati rilevati tassi di adesione diversi (Skärstrand et al., 2013; Stormshak et al., 2009). In aggiunta, uno studio ha riportato solamente misure qualitative dell'adesione genitoriale, mentre 11 studi non hanno riportato alcuna informazione quantitativa a riguardo.

Nel complesso, la varietà delle caratteristiche di implementazione evidenzia la pluralità di approcci utilizzati nel contesto scolastico, con differenze rilevanti nella durata, nella struttura dei programmi, nelle modalità di erogazione e nel livello di partecipazione delle famiglie.

4.5 Outcome considerati e principali risultati emersi

Gli studi analizzati hanno valutato una gamma molto ampia di *outcome*, riflettendo la diversità degli obiettivi degli interventi rivolti ai genitori nel contesto scolastico. Complessivamente, gli *outcome* misurati possono essere suddivisi in quattro macrocategorie: (a) funzionamento sociale, emotivo e comportamentale degli adolescenti, (b) competenze genitoriali e funzionamento familiare, (c) uso di sostanze e comportamenti a rischio, (d) *outcome* di implementazione, *engagement* e fattibilità. Ciascuno di questi domini, assieme ai relativi risultati, verrà analizzato nel dettaglio nei seguenti paragrafi.

Per un'analisi più dettagliata e precisa degli *outcome* e dei principali risultati emersi negli studi inclusi si rimanda alla Tabella 3 – disponibile in Appendice –, che sintetizza in maniera ordinata ed esaustiva questi due punti.

4.5.1 Funzionamento sociale, emotivo e comportamentale degli adolescenti

All'interno dell'area del funzionamento sociale, emotivo e comportamentale degli adolescenti – che rappresenta il dominio maggiormente misurato negli studi con una percentuale attorno al 59% di studi che la indagano – rientrano diversi *outcome* valutati direttamente sugli adolescenti, quali sintomi ansiosi, depressivi e post-traumatici,

autoregolazione, problemi emotivi e comportamentali, aggressività, bullismo e funzionamento scolastico.

Un *pattern* ricorrente riguarda l'importanza posta ai sintomi ansiosi e depressivi. Molti degli studi inclusi, infatti, hanno implementato interventi *multi-target* per la riduzione di queste due categorie diagnostiche, con risultati generalmente incoraggianti: emergono riduzioni significative dei sintomi ansiosi e depressivi sia nel breve che nel medio termine (ad es. Gillham et al., 2006; Shochet et al., 2001; Lowry-Webster et al., 2001). Tuttavia, l'efficacia di tali interventi *multi-target* sull'ansia e sulla depressione non sembra essere attribuibile alla componente genitoriale del programma; il 50% degli studi che hanno misurato tali *outcome*, infatti, non riportano differenze significative tra gli studenti i cui genitori hanno ricevuto la componente genitoriale e quelli che hanno ricevuto esclusivamente la componente rivolta agli adolescenti (ad es. Garcia-Lopez et al., 2014; Gillham et al., 2006; Gillham et al., 2012; Schochet et al., 2001; Trudeau et al., 2016).

Un ulteriore risultato interessante emerge dallo studio condotto da Gillham e colleghi (2006), dove gli effetti su ansia e depressione – sia nelle condizioni con coinvolgimento genitoriale sia in quelle rivolte solo agli adolescenti – compaiono esclusivamente ai *follow-up* dopo 6 e 12 mesi dalla conclusione del programma e non nel post-intervento, suggerendo che il programma mostri i reali effetti solo nel medio-lungo periodo. Inoltre, in due studi sono stati utilizzati strumenti diversi per misurare i sintomi depressivi (CDI e RADS), con risultati discordanti: il CDI rileva una riduzione significativa dei sintomi, mentre il RADS non evidenzia alcun miglioramento (Gillham et al., 2012; Shochet et al., 2001). Tale discrepanza mette in allerta sull'utilizzo corretto degli strumenti diagnostici e sulla loro diversa sensibilità.

Per quanto riguarda l'autoregolazione, due studi (Fosco et al., 2013; Stormshak et al., 2010) hanno riscontrato un aumento significativo dopo l'implementazione del Family Check-Up, con effetti indiretti sul comportamento antisociale, sull'uso di sostanze e sui sintomi depressivi. Tuttavia, in entrambi i casi non è possibile isolare l'effetto della componente genitoriale da quello delle altre componenti del programma.

Altri studi evidenziano pattern più complessi. Multisite Violence Prevention Project (2009) mostra che gli interventi universali possono generare effetti controproducenti su aggressività e clima scolastico, mentre le condizioni selettive risultano più efficaci per gli

studenti ad alto rischio; questo risultato è in parte coerente con quanto osservato da Stormshak et al. (2019), secondo cui gli adolescenti a maggior rischio al baseline tendono a beneficiare maggiormente degli interventi.

Un risultato incoraggiante deriva anche dagli unici due studi che hanno indagato *outcome* relativi alla performance scolastica, i quali si sono dimostrati efficaci nel migliorare il funzionamento scolastico, i voti e nel ridurre le assenze. Evans et al. (2004) hanno infatti dimostrato che gli alunni della *middle school* nella condizione intervento miglioravano significativamente nel funzionamento scolastico e nel funzionamento in classe, con dei leggeri effetti positivi anche sui voti. Allo stesso modo, anche Stormshak et al. (2009) riportano che, nella transizione dalla *middle school* alla *high school*, gli studenti che ricevono il Family Check-UP mantengono stabile il proprio rendimento scolastico e diminuiscono le assenze. Tuttavia, in entrambi questi studi non è possibile isolare l'effetto della sola componente genitoriale dei programmi.

Infine, diversi studi riportano miglioramenti significativi nelle difficoltà emotive e comportamentali degli adolescenti, con effetti che si mantengono anche a lungo termine (ad es. Marlotte et al., 2023; Nitsch et al., 2015; Rickard et al., 2016; Stormshak et al., 2019).

In sintesi, se da una parte emergono effetti positivi sugli adolescenti degli interventi *school-based* che implementano componenti genitoriali, dall'altra emerge una criticità metodologica non trascurabile: nella maggior parte degli studi disponibili non è possibile isolare l'effetto della singola componente genitoriale sugli *outcome* misurati negli studenti.

4.5.2 Competenze genitoriali e funzionamento familiare

Nella categoria delle competenze genitoriali e del funzionamento familiare – presente nel 28% degli studi presi in analisi – rientrano tutti gli *outcome* misurati direttamente non solo sugli adolescenti, ma in gran parte sui genitori: stress genitoriale, soddisfazione genitoriale, *negative parenting*, *limit-setting*, conflitto familiare, *Expressed Emotion*, autoefficacia genitoriale, comunicazione genitore-figlio, supervisione genitoriale, violenza domestica e maltrattamento infantile.

I risultati mostrano un pattern evidente: gli interventi che coinvolgono attivamente i genitori producono miglioramenti significativi nelle competenze genitoriali, anche nel

medio-lungo periodo. Ad esempio, Connell et al. (2024) evidenzia che il *coaching* attivo migliora lo stress percepito, il *negative parenting*, il *limit-setting* e il conflitto familiare. In aggiunta, Nitsch et al. (2015) riporta riduzioni consistenti dello stress genitoriale e aumenti della soddisfazione genitoriale sia al post-intervento che al *follow-up* di 6 mesi. Analogamente, Rickard et al. (2016) rileva miglioramenti significativi nello stress, nella soddisfazione genitoriale e nel raggiungimento degli obiettivi familiari, con effetti che si mantengono fino al *follow-up* di 5 mesi.

Altri studi evidenziano cambiamenti più specifici: Garcia-Lopez et al. (2014) mostra una riduzione significativa dell'Expressed Emotion nei genitori fino al *follow-up* di 1 anno, mentre Stormshak et al. (2019) evidenzia un aumento dell'autoefficacia genitoriale esclusivamente nel caso in cui venga implementato il *coaching* telefonico attivo (condizione *web+coach*).

Infine, per quanto riguarda il funzionamento familiare, i risultati sono contrastanti: Marlotte et al. (2023) non riporta alcun miglioramento significativo, mentre Rickard et al. (2016) riporta un ampio *effect size*, ma senza miglioramenti statisticamente significativi. Tuttavia, l'apparente contraddizione dei risultati trovati nello studio di Rickard e colleghi (2016) potrebbe essere riconducibile alla scarsa numerosità del campione analitico; ciò indica che l'intervento potrebbe produrre effetti sostanziali dal punto di vista pratico, ma la potenza statistica insufficiente non consente di escludere che tali effetti siano dovuti al caso.

4.5.3 Uso di sostanze e altri comportamenti a rischio

Nel dominio dell'uso di sostanze e dei comportamenti – i cui *outcome* sono misurati nel 31% degli studi inclusi – a rischio emerge un quadro complesso, caratterizzato da risultati eterogenei che riflettono la diversità degli interventi implementati e dei campioni coinvolte. Nello specifico, alcuni programmi mostrano effetti preventivi chiari e duraturi, mentre altri non producono cambiamenti significativi o, in alcuni casi, evidenziano addirittura *pattern* controproducenti.

Il 62% degli studi che hanno valutato *outcome* relativi al consumo di alcol hanno documentato effetti preventivi positivi, soprattutto con campioni appartenenti sia alle *middle school* che alle *secondary school* (Fosco et al., 2013; McKay et al., 2018; Spoth et al., 2002; Toumbourou et al., 2013; Williams et al., 2016). Il programma STAMPP, ad

esempio, ha ridotto in modo significativo la prevalenza di *heavy episodic drinking* a 33 mesi, con una probabilità inferiore del 40% di riportare episodi di *binge drinking* rispetto ai controlli (McKay et al., 2018). Tuttavia, va precisato che il programma STAMPP concentra i suoi sforzi maggiormente sugli adolescenti, riservando ai genitori una singola serata informativa; questo, probabilmente, significa che gli effetti positivi dell'intervento sono dovuti principalmente alla componente rivolta agli adolescenti. Risultati simili emergono anche nello studio di Toumbourou et al. (2013), dove gli adolescenti esposti all'intervento mostrano una minore probabilità di aver mai usato alcol, una riduzione della transizione verso un uso frequente e una diminuzione degli episodi di *binge drinking*. Tuttavia, anche in questo caso non è possibile isolare l'effetto della sola componente genitoriale. Un ulteriore risultato interessante deriva dallo studio condotto da Spoth et al. (2002), che dimostra come l'intervento combinato – adolescenti che partecipano al programma LST + genitori che partecipano al programma SFP:10-14 – sia più efficace nel prevenire l'iniziazione all'uso di alcol rispetto alla sola condizione LST, suggerendo che la componente genitoriale giochi un ruolo cruciale. Anche Shaykhi et al. (2018) conferma la centralità della componente genitoriale: gli effetti positivi sulla riduzione del comportamento antisociale negli adolescenti emergono solamente nel gruppo di studenti i cui genitori hanno partecipato alle sessioni genitoriali del programma Resilient Families, mentre la componente rivolta esclusivamente agli adolescenti non produce effetti significativi.

Lo studio condotto da Stormshak e Dishion (2009), invece, mostra effetti positivi più circoscritti: il Family Check-Up si dimostra efficace nel ridurre l'uso di alcol, tabacco, marijuana e di altri comportamenti antisociali specialmente negli studenti ad alto rischio e con problemi più gravi, in accordo con quanto trovato dallo stesso autore in uno studio sull'autoregolazione (Stormshak et al., 2019). Questo potrebbe suggerire che gli studenti e le famiglie che necessitano maggiormente degli interventi sono anche quelli che ne beneficiano di più.

Accanto a questi risultati incoraggianti, urge sottolineare che il 40% degli studi che hanno indagato l'abuso di sostanze e altri comportamenti a rischio non rilevano effetti positivi significativi sull'abuso di sostanze e altri comportamenti a rischio, e uno di essi riporta addirittura effetti controproducenti. Cole et al. (2021) osserva una riduzione dell'*heavy episodic drinking* (HED) nel breve termine, ma senza alcun effetto duraturo

né sull'HED né sugli *alcohol-related harms*. Analogamente, dallo studio condotto da Skärstrand et al. (2013) non emergono differenze tra il gruppo intervento e quello di controllo per quanto riguarda il fumo, l'ubriachezza, l'uso di droghe illecite o i comportamenti devianti; anzi, al momento dei *follow-up* emergono pattern controproducenti nei maschi del gruppo intervento, con maggiore ubriachezza *lifetime* e maggiore uso di tabacco. Anche Müller-Riemenschneider et al. (2014) non rileva effetti sugli atteggiamenti genitoriali, sulle regole o sui comportamenti di fumo, né sugli altri comportamenti di salute degli adolescenti; gli effetti non si riscontrano né nel gruppo di studenti che ha ricevuto solo la componente rivolta agli adolescenti né in quello i cui genitori hanno ricevuto la componente genitoriale del programma. Inoltre, Williams e colleghi (2016) confermano questa eterogeneità: non emergono differenze significative tra i gruppi intervento e quello di controllo nell'iniziazione all'uso di sostanze post-intervento, e solo nel *follow-up* gli adolescenti nella condizione combinata – studenti che ricevono il programma KiR e genitori che partecipano al programma FPNG – mostrano una minore probabilità di aver provato alcol e sigarette rispetto alla condizione rivolta esclusivamente agli studenti.

In sintesi, sembra che gli interventi *school-based* che includono una componente genitoriale più strutturata producano effetti più consistenti nella prevenzione dell'uso di sostanze e dei comportamenti a rischio, soprattutto quando coinvolgono famiglie ad alto rischio. Tuttavia, la letteratura mostra una forte variabilità: alcuni programmi generano effetti robusti e duraturi, altri producono cambiamenti circoscritti o nulli, e in pochi casi emergono addirittura pattern controproducenti. Inoltre, come già osservato precedentemente per altri domini, la natura multi-componente degli interventi rende difficile isolare l'effetto specifico della componente genitoriale.

4.5.4 Outcome di implementazione, engagement e fattibilità

Il 25% degli studi ha valutato anche *outcome* di implementazione, restituendo un quadro complessivamente positivo per quanto riguarda i genitori, caratterizzato da alti livelli di *engagement*, buona *retention*, elevata accettabilità e, in alcuni casi, ottima fedeltà di implementazione. Tuttavia, in alcuni casi emergono anche difficoltà strutturali, soprattutto quando gli interventi richiedono componenti più intensive o un coinvolgimento attivo delle scuole.

Un primo pattern ricorrente riguarda l'*engagement* iniziale, che risulta elevato in diversi studi. Alicea et al. (2012) riportano un *engagement* genitoriale del 97% e una *retention* genitoriale dell'89%, mentre Bruzzese et al. (2009) documentano una partecipazione quasi totale almeno al primo *workshop* genitoriale (97%) e una *retention* molto alta nelle valutazioni di *follow-up* (circa l'87–93% dei ragazzi completa tutte i follow-up). Anche negli interventi più recenti, come Marlotte et al. (2023), la *retention* è elevata: 21 famiglie su 25 completano il programma e il *follow-up*, con livelli di soddisfazione molto alti sia per adolescenti che per genitori.

Altri due punti di forza degli interventi *school-based* rivolti ai genitori sembrano essere l'accettabilità e la soddisfazione verso il programma. Kabelege et al. (2024) evidenzia un'accettabilità eccezionalmente alta: quasi tutti i genitori (135 su 141) desiderano che il programma venga diffuso su larga scala, e la soddisfazione *post-training* è molto elevata. Anche Kuhn et al. (2022) riporta una soddisfazione genitoriale alta, insieme a una *fidelity* media del 95% nelle scuole che hanno implementato il programma. Analogamente, anche Marlotte et al. (2023) evidenziano che i trattamenti implementati vengono percepiti come altamente soddisfacenti, con una percentuale di adolescenti e genitori che raccomandano il programma attorno al 90-100%.

Un altro *pattern* importante riguarda l'effetto del *coaching* o del supporto guidato sull'implementazione. Connell et al. (2024) evidenzia che il *coaching* attivo aumenta l'adesione genitoriale e migliora diversi *outcome* familiari e adolescenziali. Inoltre, Stormshak et al. (2019) conferma questo *pattern*: la condizione *web+coach* presenta un utilizzo significativamente maggiore della piattaforma, una *parenting confidence* più elevata e miglioramenti più consistenti negli adolescenti ad alto rischio rispetto alla condizione *web-only*. Questi risultati suggeriscono che il supporto personalizzato è un elemento chiave per sostenere l'implementazione degli interventi digitali o ibridi, aumentando di molto l'adesione genitoriale.

Dal punto di vista scolastico, gli studi evidenziano una buona implementazione delle componenti universali, ma anche difficoltà nell'implementazione dei livelli più intensivi. Smolkowski et al. (2017) documenta una forte integrazione del PFS nelle sue componenti universali, ma una *fidelity* più ridotta nei livelli selettivi e indicati, a causa di vincoli strutturali come tagli ai fondi, mancanza di tempo del personale e turnover. Kuhn et al. (2022) conferma che l'adozione del programma dipende fortemente dalla

disponibilità di facilitatori e dal supporto organizzativo: il 57% delle scuole del gruppo intervento implementa il programma, mentre le scuole che non lo adottano riportano difficoltà logistiche, scarsa motivazione o limitato interesse delle famiglie.

Infine, uno studio si è concentrato sull'analisi di costo-efficacia (Ssewamala et al., 2025) mostrano che gli interventi con componenti genitoriali più strutturate tendono a essere più efficaci e sostenuti nel tempo, ma anche più costosi. Le versioni meno intensive risultano più costo-efficienti nel breve termine, ma producono effetti meno duraturi.

Nel complesso, gli *outcome* di implementazione indicano che gli interventi school-based rivolti ai genitori sono generalmente ben accettati, con alti livelli di *engagement* e *retention*, e una buona fedeltà di implementazione quando il contesto scolastico dispone delle risorse necessarie. Tuttavia, l'implementazione delle componenti più intensive richiede supporto, facilitatori e un coinvolgimento attivo delle scuole, elementi che non sempre sono disponibili.

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati emersi dalla *scoping review* evidenziano un quadro estremamente eterogeneo per quanto riguarda gli interventi di sostegno alla genitorialità in ambito scolastico, che richiede un'analisi interpretativa più profonda di alcuni dei pattern ricorrenti e più significativi. Pertanto, nei seguenti paragrafi saranno discussi i principali risultati emersi, i principali punti di forza e criticità e saranno delineate le implicazioni teoriche e pratiche.

5.1 Discussione dei risultati

Un primo elemento che emerge con costanza negli studi è l'eterogeneità degli interventi – in termini di tipologia, durata, erogazione e struttura. Tale eterogeneità, riscontrabile anche nelle diverse tassonomie proposte nel Capitolo 1, riflette una realtà particolare: se, da una parte, la varietà di interventi rispecchia una sana ricchezza dei modelli teorici di riferimento, dall'altra mancano modelli standard solidi – e linee guida – all'interno del campo indagato, che permettano alle scuole di scegliere in maniera strategica quale intervento implementare in una determinata circostanza. Questa osservazione è coerente con lo studio di Panter-Brick e colleghi (2014), i quali hanno riscontrato un'enorme variabilità nei programmi di parenting in termini di metodologia, di campioni inclusi e di tipologia di iniziative scolastiche implementate. Gli interventi, infatti, emergono più come specifiche risposte contestuali, costruite attorno ai bisogni specifici delle famiglie e degli studenti e alle risorse disponibili nelle scuole, piuttosto che come protocolli standard condivisi a livello internazionale. Tuttavia, questa tendenza può essere interpretata alla luce del modello ecologico di Bronfenbrenner (1979): le scuole risponderebbero ai bisogni dei microsistemi familiari con iniziative proporzionate alle risorse disponibili e alla complessità delle difficoltà presenti. Naturalmente, come proposto da Durlak e Dupre (2008), gli interventi genitoriali devono accorpare la dimensione della *flexibility* per adattarsi efficacemente alle differenze socio-culturali presenti nelle scuole e negli studenti di diverse parti del mondo, ma resta comunque evidente la mancanza di un filo conduttore comune. Questa profonda diversità tra i vari

interventi implementati riflette come questo campo sia ancora nuovo e in fase di esplorazione.

Tale eterogeneità si riversa anche nella polarizzazione tra i due principali tipi di interventi implementati nelle scuole per supportare la genitorialità, molto diversi tra loro: gli interventi psicoeducativi brevi da una parte e gli interventi familiari complessi dall'altra. Sembra infatti che gli interventi non siano costruiti attorno a un unico obiettivo o modello teorico, ma in funzione delle risorse scolastiche e organizzative disponibili e dei problemi da fronteggiare nelle famiglie e negli studenti. L'effetto che si crea, dunque, è quello per cui le scuole non implementano tanto "interventi per genitori", quanto più "interventi per specifici problemi". Le scuole con poche risorse e che devono far fronte a difficoltà di minore entità tendono a implementare programmi semplici e dalla breve durata, mentre gli interventi complessi e multilivello sembrano essere preferiti in contesti dove sussistono situazioni ad alto livello di rischio, come il maltrattamento infantile o la povertà. In tal modo, tuttavia, la componente genitoriale assume un ruolo strumentale per raggiungere un obiettivo più alto, ovvero il benessere degli studenti. D'altro canto, la prevalenza di *outcome* misurata esclusivamente sugli adolescenti conferma questa lettura dei risultati: la genitorialità è intesa come una leva tramite cui modificare il comportamento degli adolescenti e aumentare il benessere dei figli, non come una dimensione a sé stante da supportare e sulla quale aspettarsi dei cambiamenti osservabili. Tale sbilanciamento dell'attenzione scientifica verso gli adolescenti limita anche una corretta valutazione dell'effetto della singola componente genitoriale dei programmi, che, come osservato nel capitolo precedente, quasi mai risulta isolabile dal resto delle componenti. Nonostante questa sia un'evidente barriera metodologica che spesso si ripresenta all'interno degli studi, essa riflette al tempo stesso l'importanza attribuita agli interventi *multi-target*, nei quali, tuttavia, è auspicabile un maggior rigore metodologico. La componente genitoriale, infatti, anche se concettualmente centrale, rimane sfumata all'interno di programmi più ampi che implementano diverse componenti, limitando la possibilità di comprendere il contributo dei genitori nei cambiamenti osservati negli studenti.

Un ulteriore risultato degno di essere interpretato in maniera più approfondita riguarda gli effetti a lungo termine degli interventi. Come è stato osservato nel capitolo precedente, infatti, in uno studio gli effetti sui sintomi ansiosi e depressivi emergono non

al post-intervento, ma ai *follow-up* estesi. Questo risultato suggerisce come i cambiamenti prodotti dagli interventi di sostegno alla genitorialità potrebbero non essere direttamente osservabili all'immediata conclusione dei programmi, necessitando di ulteriore tempo per manifestarsi. Pertanto, sembra che l'interiorizzazione di ciò che viene insegnato durante gli interventi ai genitori e agli adolescenti abbia bisogno di tempi dilatati per consolidarsi e produrre cambiamenti nel comportamento osservabile. Tutto ciò riflette la necessità di includere valutazioni di *follow-up* almeno fino ai 12 mesi negli studi che verranno condotti in futuro.

Inoltre, è interessante notare come dalla *scoping review* sia emerso che gli interventi universali non solo producono effetti ridotti, ma in alcuni casi questi riportano effetti controproducenti sul clima scolastico e sull'aggressività (Multisite Violence Prevention Project, 2009). Questi risultati sono in parte contrastanti con la letteratura preesistente, dove gli interventi universali mostravano effetti piccoli ed eterogenei, ma mai negativi (Wilson & Lipsey, 2007). Ciò non significa che si deve diffidare degli interventi universali a prescindere, ma che bisogna prestare attenzione all'individuazione degli studenti che necessitano di interventi selettivi e mirati per destinare loro misure più strutturate e intensive. Tutto ciò concorda con l'ipotesi secondo cui gli studenti a maggior rischio prima di iniziare un intervento sono anche quelli che ne beneficiano di più (Stormshak et al., 2019).

Considerando gli aspetti puramente metodologici, è emerso un punto di forza degno di nota circa la qualità dei disegni degli studi inclusi: la prevalenza di *Randomized Controlled Trial* (RCT), sia individuali che *cluster*, indica che gli interventi vengono misurati in maniera rigorosa tramite la randomizzazione, che riduce i *bias* di selezione e controlla le variabili confondenti, permettendo di attribuire con maggiore certezza gli effetti osservati sui gruppi agli interventi implementati. Inoltre, in tutti gli studi che hanno adottato il disegno dell'RCT è rintracciabile un protocollo metodologico rigoroso che garantisce trasparenza del processo e replicabilità dello studio stesso.

Un ulteriore punto di forza riguarda l'integrazione degli interventi nel contesto scolastico. In molti studi, infatti, il coinvolgimento scolastico è stato classificato come "alto", indicando che la scuola, quando implementa interventi di sostegno alla genitorialità, non si limita a fornire gli spazi fisici dove erogare il programma, ma lo integra attivamente nel proprio curriculum scolastico. In tal senso, la scuola diventa un

attore coinvolto nella progettazione, nell'erogazione – tramite il personale scolastico –, nella gestione delle attività e nella comunicazione con le famiglie. Un ulteriore vantaggio di un contesto scolastico attivo nell'implementazione del programma è la formazione di una solida coerenza educativa, soprattutto quando gli interventi prevedono componenti parallele rivolte agli adolescenti e ai *caregiver*: i contenuti rivolti ai genitori nelle sessioni apposite sono, di norma, allineati con quanto viene insegnato in classe agli studenti. Tutto ciò si traduce in una probabilità più concreta che i cambiamenti desiderati si verifichino e che questi si mantengano più a lungo in un contesto di vita reale.

Tuttavia, accanto a questi punti di forza, dalla *scoping review* sono emerse anche alcune criticità strutturali legate agli studi analizzati. Innanzitutto, un primo problema è rappresentato dal fatto che molti studi non riportano informazioni essenziali circa il campione genitoriale, l'adesione genitoriale, la fedeltà d'implementazione e il ruolo specifico del personale scolastico – quando incluso nell'erogazione dell'intervento. La totale assenza di questi dati rende complesso capire come mai un intervento abbia funzionato o meno all'interno di un determinato contesto, rendendo difficile anche la replicabilità dello studio e la generalizzabilità dei risultati.

Una seconda criticità rilevante è l'utilizzo di diversi strumenti di valutazione per misurare gli stessi costrutti e *outcome* all'interno di studi diversi, come nel caso – esposto nel capitolo precedente – dei sintomi depressivi misurati tramite CDI e RADS. Questa mancanza di un utilizzo standardizzato degli strumenti rende assai complessa la comparazione degli studi, dal momento che scale diverse possono restituire valori differenti circa lo stesso costrutto: forse gli effetti dei vari interventi non dipendono solamente dall'intervento in sé e dalla sua qualità di implementazione, ma anche dai vari strumenti di valutazione che vengono utilizzati per raccogliere i dati. Inoltre, come visto in precedenza, la quasi totale assenza di misure rivolte ai genitori rappresenta una problematica metodologica concreta: senza di esse, la comprensione del ruolo della componente genitoriale dei programmi rimane incompleta.

Un ulteriore limite importante è rappresentato dalla frequente assenza di dati circa la qualità di implementazione, in particolare riguardo la *fidelity*. Come discusso precedentemente nel Paragrafo 1.4.4, Pinto et al. (2024) mettono in guardia circa la necessità di separare e misurare gli esiti di implementazione dagli esiti di efficacia, dal momento che i primi sono fondamentali per i secondi. Senza questi dati risulta difficile

distinguere gli effetti dell'intervento in sé da quelli dettati dalla sua qualità implementativa. In altre parole, è tutt'altro che semplice stabilire se un intervento sia inefficace di per sé o se lo sia stato a causa della sua cattiva implementazione quando le informazioni sull'implementazione non sono riportate. Ovviamente, parte di questa complessità del *reporting* è legata alla natura stessa di alcuni interventi, in particolare quelli familiari complessi multilivello e *multitarget*. L'implementazione di tale tipologia di programmi, infatti, è estremamente complessa da tracciare nei suoi singoli componenti e richiede sforzi enormi in termini di spazi e personale, che deve essere continuamente formato al fine di garantire una *fidelity* più alta possibile.

In aggiunta, è emersa una criticità circa la partecipazione dei genitori alle varie iniziative implementate dalle scuole: troppo spesso l'adesione è bassa, moderata oppure non registrata all'interno dei vari studi, limitando significativamente la forza degli interventi e oscurando i potenziali veri effetti dei programmi. D'altra parte, barriere legate all'orario di lavoro, alla scarsa motivazione e alla difficile organizzazione dei gruppi di genitori costituiscono ostacoli tutt'altro che semplici da superare, come già noto da tempo in letteratura (Spoth & Redmond, 2000). Questo limite strutturale è coerente anche con la review condotta da Chacko et al. (2016) sui limitati tassi di partecipazione genitoriale ai BPT (vedi Paragrafo 1.4.4). Tuttavia, una valida soluzione alla scarsa adesione genitoriale potrebbe essere rappresentata dagli interventi erogati da remoto, ancora oggi poco utilizzati. Questo evidenzia un chiaro ritardo della letteratura rispetto alle innovazioni tecnologiche: proprio queste tipologie di intervento, infatti, potrebbero aumentare la partecipazione dei genitori, rendendo disponibili, ad esempio, moduli svolgibili in autonomia o sotto la supervisione di un coach da remoto. Inoltre, gli interventi digitali permettono anche una maggiore flessibilità degli interventi e una maggiore personalizzazione dei contenuti tramite *app* apposite.

Infine, anche nei programmi genitoriali *school-based* si ritrova un *bias* che, purtroppo, sembra essere storicamente intrinseco alla genitorialità, ovvero la quasi completa assenza di studi e componenti rivolte specificatamente ai padri. Ancora una volta, infatti, sembra che le referenti principali della genitorialità siano considerate le madri – ad esclusione degli interventi che coinvolgono l'intero nucleo familiare –, ma va sottolineato come i padri svolgono un ruolo altrettanto importante in quella che oggi viene definita cogenitorialità: un recente studio di Song e colleghi (2025) ha dimostrato come

gli adolescenti con entrambi i genitori supportivi mostrassero meno problemi internalizzanti ed esternalizzanti rispetto ai coetanei con padri meno – o non – supportivi. Questi risultati sono coerenti con quanto riportato da Panter-Brick et al. (2014), secondo cui il coinvolgimento paterno nella genitorialità promuove esiti sociali, psicologici, educativi e comportamentali positivi dall'infanzia all'adolescenza. È dunque auspicabile che la ricerca futura si soffermi maggiormente anche sugli interventi rivolti ai padri, implementando componenti apposite all'interno dei programmi di *parenting*, in modo da non creare un divario di genere tale per cui le madri vengano considerate *caregiver* responsabili e i padri intrinsecamente inaffidabili nel sostenere il funzionamento familiare (Panter-Brick et al., 2014). Questo, in ultima istanza, alimenterebbe un circolo vizioso di stereotipi e porterebbe all'aumento dei programmi di *parenting* rivolti esclusivamente alle madri, eliminando progressivamente la centralità della figura paterna. Per aggirare questa problematica, una raccomandazione utile per tutti i programmi futuri che verranno sviluppati è quella di far riferimento al modello ecologico di Bronfenbrenner (1979), dove nessuna variabile o figura familiare viene trascurata o sottopesata rispetto alle altre, riconsegnando di fatto alla genitorialità la complessità che giustamente le spetta e che spesso, all'interno degli interventi genitoriali, viene semplificata nella sola figura materna.

In sintesi, l'interpretazione dei principali risultati emersi suggerisce che gli interventi *school-based* di supporto alla genitorialità costituiscono delle iniziative sicuramente promettenti dal punto di vista dell'efficacia, ma ancora caratterizzate da forti eterogeneità e criticità metodologiche, da una limitata capacità di isolare il contributo della sola componente genitoriale e da sfide strutturali quali la scarsa adesione dei genitori, la mancata standardizzazione delle misure e la poca attenzione rivolta ai padri.

5.2 Implicazioni pratiche e direzioni future

I risultati emersi dalla *scoping review* costituiscono la base per alcuni suggerimenti pratici sulla progettazione e sull'implementazione degli interventi genitoriali *school-based*. Innanzitutto, l'eterogeneità riscontrata in questo campo e la polarizzazione tra interventi implementati (psicoeducativi brevi vs. familiari complessi) suggeriscono la necessità di alcune linee guida standard che aiutino le scuole in una selezione più mirata e strategica dei programmi da implementare, basandosi prima di tutto su una valutazione preliminare

del livello di rischio degli studenti presenti nel contesto scolastico. Tale raccomandazione è necessaria se si tiene conto del fatto che gli studenti ad alto rischio sono quelli che beneficiano maggiormente delle iniziative scolastiche, mentre gli interventi universali dovrebbero essere implementati con maggiore cautela, a causa dei possibili effetti controproducenti (Multisite Violence Prevention Project, 2009; Stormshak et al., 2019).

In aggiunta, considerato l'elevato impegno delle scuole riscontrato nella progettazione e nell'erogazione di diversi programmi, è necessario porre l'accento sulla necessità di una formazione continua del personale scolastico affinché possa implementare al meglio l'iniziativa proposta e dialogare correttamente con le famiglie e con gli studenti qualora dovessero presentarsi momenti particolarmente delicati o ostacoli che richiedono maggiore competenza. Tuttavia, ciò non esclude la presenza obbligatoria di figure professionali specializzate – come psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali – che sorveglino l'intero processo di somministrazione dell'intervento e intervengano qualora ritenuto necessario.

Inoltre, la scarsa adesione genitoriale ai programmi rappresenta una realtà critica a causa di diverse barriere come scarsa motivazione, mancanza di tempo e difficoltà nell'organizzazione dei gruppi genitoriali. Tuttavia, l'implementazione di interventi digitali che permettano una gestione autonoma dei moduli somministrati ai genitori sembra essere una frontiera incoraggiante. Accanto a tutto questo, sarebbe auspicabile che gli studi che richiedono uno sforzo attivo da parte dei genitori forniscano degli incentivi monetari più corposi, dal momento che spesso partecipare a un *workshop* genitoriale significa sacrificare ore lavorative o coprire in auto distanze considerevoli.

Perdipiù, la quasi totale assenza di componenti rivolte ai padri suggerisce che le scuole dovrebbero adottare strategie specifiche per coinvolgere maggiormente la figura paterna, ad esempio attraverso sessioni e materiali progettati appositamente per supportare i padri all'interno della genitorialità.

Ancora, dall'analisi della metodologia degli studi inclusi emerge la necessità di includere *follow-up* più estesi, almeno fino ai 12 mesi, per cogliere appieno gli effetti degli interventi. La letteratura mostra infatti che gli effetti dei programmi familiari complessi tendono a emergere in modo più marcato nel tempo, suggerendo che le misurazioni immediate potrebbero sottostimare l'impatto reale degli interventi (Gillham et al., 2006). È inoltre auspicabile che gli studi futuri dedichino maggiore attenzione alla

misurazione degli *outcome* anche sui genitori, al fine di comprendere meglio il loro contributo nei risultati osservati sui figli. La mancanza di tali misure rappresenta, ad oggi, una barriera metodologica che limita la possibilità di isolare la componente genitoriale dei programmi.

Un'altra direzione futura riguarda la standardizzazione degli strumenti di valutazione utilizzati per misurare gli *outcome*. L'uso di scale diverse per gli stessi costrutti rende difficile la comparazione tra studi e potrebbe influenzare la valutazione dell'efficacia degli interventi. Una maggiore omogeneità degli strumenti permetterebbe di ottenere risultati sicuramente più comparabili e affidabili.

È infine necessario migliorare il *reporting* della *fidelity* implementativa, soprattutto negli interventi complessi multilivello. Senza dati dettagliati sulla qualità dell'implementazione, risulta difficile distinguere gli effetti del programma da quelli derivanti da una implementazione non ottimale.

5.3 Considerazioni conclusive

Il presente lavoro ha esplorato in modo esaustivo gli interventi *school-based* di sostegno alla genitorialità rivolti ai genitori di adolescenti, delineando un quadro complesso, eterogeneo e ancora in evoluzione. Attraverso la *scoping review*, condotta secondo le linee guida PRISMA-ScR, è stato possibile mappare la varietà dei programmi implementati su scala internazionale, evidenziando sia le potenzialità sia le criticità che caratterizzano questo campo.

I risultati mostrano come gli interventi scolastici rivolti alla genitorialità siano profondamente eterogenei per tipologia, obiettivi, durata, componenti e modalità di implementazione. Questa diversità riflette un settore ancora privo di modelli teorici standardizzati, nel quale le scuole tendono a selezionare i programmi in funzione delle risorse organizzative disponibili e delle problematiche specifiche degli studenti.

La *scoping review* ha messo in luce anche una serie di criticità metodologiche che limitano fortemente la possibilità di interpretare appieno gli effetti degli interventi: la mancanza di misure sui genitori, l'assenza di dati sulla *fidelity*, la scarsa adesione genitoriale ai programmi e la variabilità degli strumenti diagnostici utilizzati costituiscono ostacoli importanti. Nonostante ciò, alcuni risultati emergono con chiarezza: gli interventi *school-based* di supporto alla genitorialità – seppur in varia

misura – sembrano produrre effetti significativi sia sui genitori che sugli studenti, sia a breve che a lungo termine, suggerendo che i cambiamenti possano richiedere anche periodi lunghi per consolidarsi. Inoltre, gli studenti ad alto rischio risultano essere i principali beneficiari dei programmi più strutturati, mentre gli interventi universali producono effetti modesti e richiedono cautela per evitare effetti indesiderati.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda il ruolo dei padri, ancora largamente sottorappresentato nei programmi e negli studi. La letteratura internazionale evidenzia come la cogenitorialità e il coinvolgimento paterno siano fattori cruciali per il benessere degli adolescenti, ma gli interventi scolastici continuano a rivolgersi quasi esclusivamente alle madri.

Nel complesso, la *scoping review* suggerisce che gli interventi *school-based* di sostegno alla genitorialità costituiscono una risorsa promettente, capace di integrare scuola e famiglia in un'educazione coerente degli adolescenti. Tuttavia, affinché il campo possa maturare, sarà necessario sviluppare modelli teorici più solidi, standardizzare le misure, migliorare il reporting metodologico e includere in modo più sistematico le figure paterne. È auspicabile che le direzioni future presentate in questo lavoro contribuiscano a uno sviluppo coerente del campo indagato e creino consapevolezza circa gap esistenti.

In conclusione, questa tesi contribuisce a colmare una lacuna nella letteratura, offrendo una mappatura aggiornata degli interventi scolastici rivolti alla genitorialità in adolescenza. In un momento storico così delicato in cui la scuola è chiamata a rispondere a bisogni sempre più complessi negli studenti, comprendere come sostenere efficacemente la genitorialità rappresenta una sfida fondamentale per promuovere il benessere degli adolescenti e rafforzare la collaborazione educativa tra scuola e famiglie.

Bibliografia

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (1997). Addressing barriers to learning: Beyond school-linked services and full-service schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(3), 408–421. <https://doi.org/10.1037/h0080243>
- Alicea, S., Pardo, G., Conover, K., Gopalan, G., & McKay, M. (2012). Step-Up: Promoting Youth Mental Health and Development in Inner-City High Schools. *Clinical social work journal*, 40(2), 175–186. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0344-3>
- Allen, J. P., & Manning, N. (2007). From Safety to Affect Regulation: Attachment from the Vantage Point of Adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (117), 23–39. <https://doi.org/10.1002/cd.192>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317–326. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
- Arnett, J.J. (2014) *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. (2nd ed.), Oxford University Press, New York. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.9>
- Atkins, M. S., Hoagwood, K. E., Kutash, K., & Seidman, E. (2010). Toward the Integration of Education and Mental Health in Schools. *Administration and policy in mental health*, 37(1–2), 40–47. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0299-7>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Birrell, L., Grummitt, L., Christensen, H., & Teesson, M. (2025). The place of school-based strategies for universal, selective and indicated prevention for depression. *Research Directions: Depression*, 2, e2. <https://doi.org/10.1017/dep.2025.1>

- Blakemore, S.-J., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 296–312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01611.x>
- Branje, S. (2018). Development of Parent–Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism of Change. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171–176. <https://doi.org/10.1111/cdep.12278>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Bruzzese, J.-M., Gallagher, R., McCann-Doyle, S., Reiss, P. T., & Wijetunga, N. A. (2009). Effective methods to improve recruitment and retention in school-based substance use prevention studies. *The Journal of School Health*, 79(9), 400–407. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00427.x>
- Buchanan, C. M., Romer, D., Wray-Lake, L., & Butler-Barnes, S. T. (2023). Editorial: Adolescent storm and stress: a 21st century evaluation. *Frontiers in Psychology*, 14, 1257641. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1257641>
- Buchanan-Pascall, S., Melvin, G. A., Gordon, M. S., & Gray, K. M. (2023). Evaluating the Effect of Parent-Child Interactive Groups in a School-Based Parent Training Program: Parenting Behavior, Parenting Stress and Sense of Competence. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(3), 692–710. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01276-6>
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., Lee, D., & Pulgarin, B. (2016). Engagement in Behavioral Parent Training: Review of the Literature and Implications for Practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204–215. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>

- Choudhury, S., Blakemore, S.-J., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(3), 165–174. <https://doi.org/10.1093/scan/nsi024>
- Cole, J. C., Percy, A., Sumnall, H. R., & McKay, M. T. (2021). An Examination of the Longer-Term Impact of a Combined Classroom and Parental Intervention on Alcohol-Related Harms and Heavy Episodic Drinking. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 22(4), 443–451. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01193-5>
- Connell, A. M., Stormshak, E. A., Mauricio, A. M., Hails, K. A., Ramirez-Miranda, J., & Inyangson, J. I. (2024). A digital health model for school-based implementation to improve parent and child outcomes: Comparison of active versus light-touch coaching effects. *Journal of Prevention*, 45(6), 927–945. <https://doi.org/10.1007/s10935-024-00806-x>
- Croake, J. W., & Glover, K. E. (1977). A history and evaluation of parent education. *The Family Coordinator*, 26(2), 151–158. <https://doi.org/10.2307/583363>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews. Neuroscience*, 13(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Dahl, R. E., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 21(1), 1–6. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000017>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Dimitrova, E., & Zaborskis, A. (2025). Parenting and Child/Adolescent Development: Current Updates and Global Perspectives. *Children*, 12(10), 1368. <https://doi.org/10.3390/children12101368>

- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., Romanelli, L. H., Leaf, P. J., Greenberg, M. T., & Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: A Conceptual Framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1(3), 6–28. <https://doi.org/10.1080/1754730x.2008.9715730>
- Dorn, L. D., & Biro, F. M. (2011). Puberty and its measurement: A decade in review. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 180–195. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00722.x>
- Dumas, J. E., Nissley-Tsiopinis, J., & Moreland, A. D. (2007). From Intent to Enrollment, Attendance, and Participation in Preventive Parenting Groups. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 1–26. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9042-0>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Epstein, J. L. (2011). *School, Family, and Community Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429494673>
- Evans, S. W., Axelrod, J., & Langberg, J. M. (2004). Efficacy of a School-Based Treatment Program for Middle School Youth With ADHD: Pilot Data. *Behavior Modification*, 28(4), 528–547. <https://doi.org/10.1177/0145445503259504>
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools 1: Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet. Psychiatry*, 1(5), 377–387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)

- Fiore, S., Mabbe, E., Luyten, P., Vliegen, N., & Soenens, B. (2025). The Role of Parental Reflective Functioning in Associations between Daily Autonomy-Relevant Parenting, Parenting Stress, and Early and Middle Adolescents' Day-to-Day Difficulties. *Journal of Youth and Adolescence*, 54(5), 1140–1162. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-02117-0>
- Flay, B. R., & Collins, L. M. (2005). Historical Review of School-Based Randomized Trials for Evaluating Problem Behavior Prevention Programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 599, 115–146. <https://doi.org/10.1177/0002716205274941>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 159–178). Guilford Press.
- Fosco, G. M., Frank, J. L., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2013). Opening the “Black Box”: Family check-up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *Journal of School Psychology*, 51(4), 455–468. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.02.001>
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(2), CD008225. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>
- Garcia-Lopez, L. J., Díaz-Castela, M. del M., Muela-Martinez, J. A., & Espinosa-Fernandez, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 812–822. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.001>

- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatté, A., & Seligman, M. E. P. (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21(3), 323–348. <https://doi.org/10.1521/scpq.2006.21.3.323>
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-Macdonald, V. M., Chaplin, T. M., Abenavoli, R. M., Matlin, S. L., Gallop, R. J., & Seligman, M. E. P. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 41(5), 621–639. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.706517>
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107–109.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1). <https://doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (Vols. 1–2). D. Appleton & Company.
- Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2001). Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72(2), 625–638. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00301>
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 749–775. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8>
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of*

Jugovac, S., O’Kearney, R., Hawes, D. J., & Pasalich, D. S. (2022). Attachment- and Emotion-Focused Parenting Interventions for Child and Adolescent Externalizing and Internalizing Behaviors: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(4), 754–773. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00401-8>

Kabelege, E., Kirika, A., Nkuba, M., Hermenau, K., Schreiber, A., Hoeffler, A., & Hecker, T. (2024). Improving parent–child interaction and reducing parental violent discipline: A multi-informant multi-method pilot feasibility study of a school-based intervention. *Journal of Family Violence*, 40, 799–810. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00679-4>

Kaehler, L. A., Jacobs, M., & Jones, D. J. (2016). Distilling Common History and Practice Elements to Inform Dissemination: Hanf-Model BPT Programs as an Example. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 236–258. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0210-5>

Kaya, M., & Erdem, C. (2021). Students’ Well-Being and Academic Achievement: A Meta-Analysis Study. *Child Indicators Research*, 14, 1–25. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09821-4>

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>

Kuhn, J., Szidon, K., Kraemer, B., Steinbrenner, J. R., Tomaszewski, B., Hume, K., & DaWalt, L. (2022). Implementation of a multi-family autism transition program in the high school setting. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(3), 615–627. <https://doi.org/10.1177/13623613211065533>

Lachman, J., Wamoyi, J., Martin, M., Han, Q., Calderón Alfaro, F. A., Mgunga, S., Nydetabura, E., Manjengenga, N., Wambura, M., & Shenderovich, Y. (2024). Reducing family and school-based violence at scale: A large-scale pre-post study

- of a parenting programme delivered to families with adolescent girls in Tanzania. *BMJ Global Health*, 9(11), e015472. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015472>
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., Knerr, W., & Overbeek, G. (2019). Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science: IS*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36–50. <https://doi.org/10.1375/bech.18.1.36>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). Wiley.
- Mackenzie, K., & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: What is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open*, 8(9), e022560. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022560>
- Marlotte, L., Klomhaus, A., Ijadi-Maghsoodi, R., Aralis, H., Lester, P., Griffin Esperon, K., & Kataoka, S. (2023). Implementing depression care in under-resourced communities: A school-based family resilience skill-building pilot randomized controlled trial in the United States. *Frontiers in Psychology*, 14, 1233901. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233901>
- Marrone, R., Lam, B., Barthakur, A., Brinkman, S., Dawson, S., & Gabriel, F. (2024). The Relationship between Wellbeing and Academic Achievement: A Comprehensive

- Cross-Sectional Analysis of System Wide Data From 2016-2019. *Journal of Learning Analytics*, 11(3), 123-141. <https://doi.org/10.18608/jla.2024.8357>
- McKay, M., Agus, A., Cole, J., Doherty, P., Foxcroft, D., Harvey, S., Murphy, L., Percy, A., & Sumnall, H. (2018). Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPP): A school-based and community-based cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(3), e019722. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019722>
- Medlow, S., Klineberg, E., Jarrett, C., & Steinbeck, K. (2016). A systematic review of community-based parenting interventions for adolescents with challenging behaviours. *Journal of Adolescence*, 52, 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.003>
- Miller, A. B., Bixby, C. B., & Ellis, B. H. (2016). School-based interventions. In S. Patel & D. Reicherter (Eds.), *Psychotherapy for Immigrant Youth* (pp. 71–86). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24693-2_4
- Müller-Riemenschneider, F., Krist, L., Bürger, C., Ströbele-Benschop, N., Roll, S., Rieckmann, N., Müller-Nordhorn, J., & Willich, S. N. (2014). Berlin evaluates school tobacco prevention - BEST prevention: Study design and methodology. *BMC Public Health*, 14, 871. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-871>
- Multisite Violence Prevention Project. (2009). The ecological effects of universal and selective violence prevention programs for middle school students: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 526–542. <https://doi.org/10.1037/a0014395>
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *The American Psychologist*, 58(6–7), 449–456. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.6-7.449>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Parenting matters: Supporting parents of children ages 0–8*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21868>

- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163–174. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003915>
- Nitsch, E., Hannon, G., Rickard, E., Houghton, S., & Sharry, J. (2015). Positive parenting: A randomised controlled trial evaluation of the Parents Plus Adolescent Programme in schools. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 43. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0077-0>
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner review: Engaging fathers--recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(11), 1187–1212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12280>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (2024 ed.). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pinto, R., Canário, C., Leijten, P., Rodrigo, M. J., & Cruz, O. (2024). Implementation of Parenting Programs in Real-World Community Settings: A Scoping Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 74–90. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00465-0>
- Piquero, A., Jennings, W., Diamond, B., Farrington, D., Tremblay, R., Welsh, B., & Reingle Gonzalez, J. (2016). A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12, 229–248. <https://doi.org/10.1007/s11292-016-9256-0>
- Reitman, D., & McMahon, R. J. (2013). Constance “Connie” Hanf (1917–2002): The mentor and the model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.02.005>

- Rickard, E. D., Brosnan, E., O’Laoide, A., Wynne, C., Keane, M., McCormack, M., & Sharry, J. (2016). A first-level evaluation of a school-based family programme for adolescent social, emotional and behavioural difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 603–617. <https://doi.org/10.1177/1359104515603216>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Rodrigo, M. J., Almeida, A., Spiel, C., & Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 2–10. <https://doi.org/10.1080/17405629.2011.631282>
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71–90. <https://doi.org/10.1023/a:1021843613840>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Sanders, M. R. (2023). The Triple P System of Evidence-Based Parenting Support: Past, Present, and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(4), 880–903. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00441-8>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Schultes, M.-T. (2023). An introduction to implementation evaluation of school-based interventions. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(1), 189–201. <https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1976633>

- Shaykhi, F., Ghayour-Minaie, M., & Toumbourou, J. W. (2018). Impact of the Resilient Families intervention on adolescent antisocial behavior: 14-month follow-up within a randomized trial. *Children and Youth Services Review*, 93, 484–491. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.08.021>
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303–315. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Skärstrand, E., Sundell, K., & Andréasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *European Journal of Public Health*, 24(4), 578–584. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt146>
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190124>
- Smetana, J. G., & Rote, W. M. (2019). Adolescent–Parent Relationships: Progress, Processes, and Prospects. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1(1), 41–68. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084903>
- Smolkowski, K., Seeley, J. R., Gau, J. M., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., Moore, K. J., Falkenstein, C. A., Fosco, G. M., & Garbacz, S. A. (2017). Effectiveness evaluation of the Positive Family Support intervention: A three-tiered public health delivery model for middle schools. *Journal of School Psychology*, 62, 103–125. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.03.004>
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.11.001>

- Somerville, L. H. (2013). The teenage brain: Sensitivity to social evaluation. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 121–127. <https://doi.org/10.1177/0963721413476512>
- Song, S., Oh, W., Li, T., Wang, Z., & Niehuis, S. (2025). Dyadic Maternal and Paternal Coparenting Change Across Childhood and Adolescent Behavioral Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 34(12), 3211–3227. <https://doi.org/10.1007/s10826-025-03156-2>
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on Family Engagement in Preventive Interventions: Toward Improved Use of Scientific Findings in Primary Prevention Practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267–284. <https://doi.org/10.1023/A:1007039421026>
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129–134. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.2.129>
- Ssewamala, F. M., Tozan, Y., Brathwaite, R., Kiyangi, J., Namatovu, P., Bahar, O. S., Nabunya, P., Nartey, P. B., & Neilands, T. B. (2025). Cost-Effectiveness of an Economic Empowerment and Family Intervention on Mental Health Among School-Going Adolescent Girls in Uganda, 2017–2022. *American Journal of Public Health*, 115(9), 1408–1416. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308135>
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072–1085. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00210>
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00001>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754–770. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00781.x>

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A School-Based, Family-Centered Intervention to Prevent Substance Use: The Family Check-Up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(4), 227–232. <https://doi.org/10.1080/00952990903005908>
- Stormshak, E. A., Connell, A., & Dishion, T. J. (2009). An Adaptive Approach to Family-Centered Intervention in Schools: Linking Intervention Engagement to Academic Outcomes in Middle and High School. *Prevention science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 10(3), 221–235. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0131-3>
- Stormshak, E. A., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2010). Implementing Interventions with Families in Schools to Increase Youth School Engagement: The Family Check-Up Model. *School Mental Health*, 2(2), 82–92. <https://doi.org/10.1007/s12310-009-9025-6>
- Stormshak, E. A., Seeley, J. R., Caruthers, A. S., Cardenas, L., Moore, K. J., Tyler, M. S., Fleming, C. M., Gau, J., & Danaher, B. (2019). Evaluating the efficacy of the Family Check-Up Online: A school-based, eHealth model for the prevention of problem behavior during the middle school years. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1873–1886. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000907>
- Strawa, C. (2025). *Effective parenting programs: What does the evidence say?* Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/effective-parenting-programs-what-does-evidence-say>
- Sun, Y., Liu, H., Mu, C., Liu, P., Hao, C., & Xin, Y. (2024). Early puberty: A review on its role as a risk factor for metabolic and mental disorders. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1326864. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1326864>
- Tanner, J. M. (1962). *Growth at adolescence* (2nd ed.). Blackwell Scientific Publications.

- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Teuber, Z., Tang, X., Sielemann, L., Otterpohl, N., & Wild, E. (2022). Autonomy-related Parenting Profiles and their Effects on Adolescents' Academic and Psychological Development: A Longitudinal Person-oriented Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(7), 1333–1353. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01538-5>
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A review of school climate research. *Review of Educational Research*, 83(3), 357–385. <https://doi.org/10.3102/0034654313483907>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.
- Toumbourou, J. W., Gregg, M. E. D., Shortt, A. L., Hutchinson, D. M., & Slaviero, T. M. (2013). Reduction of adolescent alcohol use through family-school intervention: A randomized trial. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(6), 778–784. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.005>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Trudeau, L., Spoth, R., Mason, W. A., Randall, G. K., Redmond, C., & Schainker, L. (2016). Effects of Adolescent Universal Substance Misuse Preventive Interventions on Young Adult Depression Symptoms: Mediation Modeling. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 257–268. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9995-9>

- UNICEF. (n.d.). *Global parenting support framework*. UNICEF. <https://www.unicef.org/documents/global-parenting-support-framework>
- Vijayakumar, N., Op de Macks, Z., Shirtcliff, E. A., & Pfeifer, J. H. (2018). Puberty and the human brain: Insights into adolescent development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 417–436. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.004>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26 Suppl 1, i29-69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Williams, L. R., Ayers, S., Baldwin, A., & Marsiglia, F. F. (2016). Delaying youth substance-use initiation: A cluster randomized controlled trial of complementary youth and parenting interventions. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(1), 177–200. <https://doi.org/10.1086/685298>
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2 Suppl), S130–S143. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011>

Appendice

Stringhe di ricerca utilizzate all'interno dei Database

SCOPUS

TITLE-ABS-KEY("Parent* intervention" OR "Family intervention" OR "Parent* program*" OR "Family program" OR "Parent* training" OR "Family training" OR "Parent* skills training" OR "Family skills training" OR "Parent group" OR "Family group") AND TITLE-ABS-KEY("school-based" OR "school-delivered" OR "school-located" OR "delivered in school*" OR "intervention in school*" OR "training in school*" OR "program* in school*") AND TITLE-ABS-KEY("upper secondary school" OR "secondary school" OR "high school" OR "adolescen*" OR "teenager*")

APA Psycinfo + APA PsycArticles

XB (("Parent* intervention" OR "Family intervention" OR "Parent* program*" OR "Family program" OR "Parent* training" OR "Family training" OR "Parent* skills training" OR "Family skills training" OR "Parent group" OR "Family group")) AND XB (("school-based" OR "school-delivered" OR "school-located" OR "delivered in school*" OR "intervention in school*" OR "training in school*" OR "program* in school*")) AND (("upper secondary school" OR "secondary school" OR "high school" OR adolescen* OR teenager*))

Web Of Science (WOS)

TS=("Parent* intervention" OR "Family intervention" OR "Parent* program*" OR "Family program" OR "Parent* training" OR "Family training" OR "Parent* skills training" OR "Family skills training" OR "Parent group" OR "Family group")

AND TS=("school-based" OR "school-delivered" OR "school-located" OR "delivered in school*" OR "intervention in school*" OR "training in school*" OR "program* in school*")

AND TS=("upper secondary school" OR "secondary school" OR "high school" OR adolescen* OR teenager*)

Tabella 1 – Caratteristiche generali degli studi inclusi

Autore/i e anno	Paese	Disegno dello studio	Setting scolastico	Campione	Nome dell'intervento
<i>Alicea et al. (2012)</i>	Stati Uniti	Implementation study	High school	N studenti = 91	Step-Up
<i>Bruzzese et al. (2009)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 5 punti temporali	Middle school	N studenti = 384 M età studenti = 12.8 % studenti maschi = 51.6 N genitori = 384	Thriving Teens: Parenting for Positive Growth
<i>Cole et al. (2021)</i>	Irlanda del Nord, Scozia	Cluster RCT con 6 punti temporali	Post-primary school	N studenti = 4857 M età studenti baseline = 12.6 % maschi baseline = 42.1	Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPPP)
<i>Connell et al. (2024)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 4 punti temporali	Middle school	N studenti = 161 M età studenti = 12.0 % studenti maschi = 49.1 N genitori = 161 M età genitori = 42.77 % madri = 95.03	Family Check-Up Online (FCU-O)
<i>Evans et al. (2004)</i>	Stati Uniti	Pre-post single group	Middle school	N studenti = 7 M età studenti = 12.0 % studenti maschi = 71.4	Challenging Horizons Program (CHP)
<i>Fosco et al. (2013)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 3 punti temporali	Middle school	N studenti = 593 % studenti maschi = 51.4	Family Check-Up (FCU)

Tabella 1 – *Continuazione*

Autore/i e anno	Paese	Disegno dello studio	Setting scolastico	Campione	Nome dell'intervento
<i>Garcia-Lopez et al. (2014)</i>	Spagna	Cluster RCT con 2 punti temporali	Institutos de Educación Secundaria	$N_{\text{studenti}} = 52$ $M_{\text{età studenti}} = 15.42$ $\% \text{ studenti maschi} = 34.6$	Intervención en Familias y Adolescentes con Fobia Social (IFAFS), Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS)
<i>Gillham et al. (2006)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 4 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 44$ $\% \text{ studenti maschi} = 70.5$ $N_{\text{genitori}} = 44$	Penn Resiliency Program (PRP)
<i>Gillham et al. (2012)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 3 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 408$ $\% \text{ studenti maschi} = 52.45$ $\text{Range età studenti} = 10-15$	Penn Resiliency Program (PRP)
<i>Kabelege et al. (2024)</i>	Tanzania	Pre-post single group	Secondary school	$\text{Range età studenti} = 12-14$ $N_{\text{genitori}} = 164$ $M_{\text{età genitori}} = 39.55$ $\% \text{ madri} = 72.3$	Interaction Competencies with Children – for Parents (ICC-P)
<i>Kuhn et al. (2022)</i>	Stati Uniti	Implementation study	High school	$N_{\text{studenti}} = 547$ $M_{\text{età studenti}} = 16.0$ $\% \text{ studenti maschi} = 87.1$	Transitioning Together
<i>Lachman et al. (2024)</i>	Tanzania	Pre-post single group	Informazione non presente	$N_{\text{studenti}} = 24863$ $M_{\text{età studenti}} = 11.64$ $\% \text{ studenti femmine} = 100$ $N_{\text{genitori}} = 24863$ $M_{\text{età genitori}} = 44.11$ $\% \text{ madri} = 64.6$	Furaha Teens

Tabella 1 – Continuazione

Autore/i e anno	Paese	Disegno dello studio	Setting scolastico	Campione	Nome dell'intervento
<i>Lowry-Webster et al. (2001)</i>	Australia	Pre-post cluster RCT	Primary school	$N_{\text{studenti}} = 594$ Range età studenti = 10-13 % studenti maschi = 52.9	FRIENDS
<i>Marlotte et al. (2023)</i>	Stati Uniti	Pilot RCT individuale con 2 punti temporali	Middle school e high school	$N_{\text{studenti}} = 21$ $M_{\text{età studenti}} = 14$ % studenti maschi = 23.5 $N_{\text{genitori}} = 21$ $M_{\text{età genitori}} = 41$ % madri = 85.71	Families OverComing Under Stress for Families with Adolescent Depression (FOCUS-AD)
<i>McKay et al. (2018)</i>	Irlanda del Nord, Scozia	Cluster RCT con 4 punti temporali	Post-primary school	$N_{\text{studenti}} = 11316$ % studenti maschi = 50	Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPP)
<i>Müller-Riemenschneidere et al. (2014)</i>	Germania	Cluster RCT con 2 punti temporali	Integrierte Sekundarschulen e Gymnasien	$N_{\text{studenti}} = 2801$	Berlin evaluates school tobacco prevention (BEST prevention)
<i>Multisite Violence Prevention Project (2009)</i>	Stati Uniti	Cluster RCT con 4 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 5581$ Range età studenti = 11-12 % studenti maschi = 49	GREAT Student Program + GREAT Teacher Program, GREAT Families Program
<i>Nitsch et al. (2015)</i>	Irlanda	RCT individuale con 3 punti temporali	Primary school e post-primary school	$M_{\text{età studenti}} = 12.34$ % studenti maschi = 39 $N_{\text{genitori}} = 109$ % madri = 85.3	Parents Plus Adolescents Programme (PPAP)

Tabella 1 – *Continuazione*

Autore/i e anno	Paese	Disegno dello studio	Setting scolastico	Campione	Nome dell'intervento
<i>Rickard et al. (2015)</i>	Irlanda	Pre-post single group con 1 punto temporale	Post-primary school	N studenti = 47 M età studenti = 13.81 % studenti maschi = 63.83 N genitori = 47 % madri = 100	Working Things Out, Parents Plus Adolescent Programme (WTOPPAP)
<i>Shaykhi et al. (2018)</i>	Australia	Cluster RCT con 2 punti temporali	Secondary school	N studenti = 2042 M età studenti = 12.3 % studenti maschi = 43	Resilient Families
<i>Shochet et al. (2001)</i>	Australia	Quasi-esperimento con assegnazione per coorte con 3 punti temporali	Secondary school	N studenti = 260 M età studenti = 13.49 % studenti maschi = 46.54	Resourceful Adolescent Program-Adolescent (RAP-A), Resourceful Adolescent Program-Families (RAP-F)
<i>Skärstrand et al. (2013)</i>	Svezia	Cluster RCT con 4 punti temporali	Grundskolor	N studenti = 587 M età studenti $\approx$ 12 % studenti maschi = 49.7 M età genitori $\approx$ 44	Strengthening Families Programme 10-14 (SFP 10-14)
<i>Smolkowski et al. (2017)</i>	Stati Uniti	Cluster RCT con 4 punti temporali	Middle school	N studenti = 12912 M età studenti = 11.9 % studenti maschi = 49 N genitori = 5003	Positive Family Support (PFS)
<i>Spoth et al. (2002)</i>	Stati Uniti	Cluster RCT con 3 punti temporali	Middle school	N studenti = 1372 % studenti maschi = 53	Life Skills Training (LST), Strengthening Families Program: For Parents and Children 10-14
<i>Ssewamala et al. (2025)</i>	Uganda	Cluster RCT con 3 punti temporali	Scuole secondarie	N studenti = 1260 M età studenti = 15.4 % studenti femmine = 100	Suubi4Her (Youth Development Accounts – YDA + Multiple Family Group – MFG)

Tabella 1 – *Continuazione*

Autore/i e anno	Paese	Disegno dello studio	Setting scolastico	Campione	Nome dell'intervento
<i>Stormshak & Dishion (2009)</i>	Stati Uniti	Overview narrativa di RCT precedenti	Middle school	Informazione non presente	Family Check-UP (FCU)
<i>Stormshak et al. (2009)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 5 punti temporali	Middle school e high school	$N_{\text{studenti}} = 998$ $\% \text{ studenti maschi} = 52.7$	Family Check-UP (FCU)
<i>Stormshak et al. (2010)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 377$ $\% \text{ studenti maschi} = 51$	Family Check-UP (FCU)
<i>Stormshak et al. (2019)</i>	Stati Uniti	RCT individuale con 2 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 322$ $\% \text{ studenti maschi} \approx 50$ $N_{\text{genitori}} = 322$ $M_{\text{età genitori}} = 40$ $\% \text{ madri} = 90.3$	Family Check-Up Online (FCU Online)
<i>Toumbourou et al. (2013)</i>	Australia	Cluster RCT con 3 punti temporali	Secondary school	$N_{\text{studenti}} = 2354$ $M_{\text{età studenti}} = 12.3$ $\% \text{ studenti maschi} = 44$	Resilient Families
<i>Trudeau et al. (2016)</i>	Stati Uniti	Cluster RCT con 4 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 670$ $M_{\text{età studenti}} = 12.3$ $\% \text{ studenti maschi} = 54$	LifeSkills Training (LST), Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14 (SFP 10–14)
<i>Williams et al. (2016)</i>	Stati Uniti	Cluster RCT con 3 punti temporali	Middle school	$N_{\text{studenti}} = 358$ $M_{\text{età studenti}} = 12.2$ $\% \text{ studenti maschi} = 52$ $N_{\text{genitori}} = 393$ $M_{\text{età genitori}} = 38.5$ $\% \text{ madri} = 82.8$	Familias: Preparando la Nueva Generación (FPNG), keepin' it REAL (kIR)

Tabella 2 – Struttura degli interventi e caratteristiche di implementazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Alicea et al. (2012)</i>	5 componenti integrate tra loro: Youth Board, One-on-One, Family Partnership, School Collaboration, Community and Extracurricular Activities. L'intervento dura un anno scolastico, con possibile prolungamento pluriennale.	Più contesti ecologici: a scuola, a casa, nella comunità digitale.	Moderato	Non misurata quantitativamente.
<i>Bruzzese et al. (2009)</i>	5 workshop genitoriali di gruppo, della durata di 90 minuti ciascuno, a cadenza settimanale.	In presenza, a scuola	Moderato	Moderata: Il 97% dei genitori del gruppo sperimentale ha completato almeno 1 workshop, il 54% ha completato tutti e 5 i workshop.
<i>Cole et al. (2021)</i>	1 lezione a settimana della durata di 40 minuti ciascuna per gli studenti (6 lezioni durante il 2° anno e 4 durante il 3°). In entrambi gli anni scolastici l'intervento è stato implementato nel periodo settembre-novembre. La componente rivolta agli studenti ha una durata di 2 anni scolastici. La componente genitoriale, implementata durante il 3° anno scolastico, prevede una singola serata informativa e l'invio di un opuscolo informativo per posta.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Bassa: In Irlanda del Nord e Scozia hanno partecipato alla componente genitoriale prevista dal programma rispettivamente il 9% e il 2.5% dei genitori.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Connell et al. (2024)</i>	Valutazione iniziale in app del genitore con feedback automatico. I moduli in app dell'intervento derivano dall' Everyday Parenting Curriculum, con l'aggiunta di un nuovo modulo specifico per il COVID-19. 2 condizioni: - Active-Coach: un coach svolge telefonicamente con il genitore una sessione iniziale di orientamento all'app e definisce gli obiettivi, e contatta i genitori per programmare sessioni mano che completano i moduli. - Light-Touch: una sola sessione telefonica iniziale di orientamento + definizione degli obiettivi. L'intervento ha una durata complessiva di 2 mesi.	App mobile + coaching telefonico.	Basso	Alta: Il 97,3% dei genitori ha usato sia app che coaching nella condizione Active-Coach. Il 59,8% dei genitori ha usato l'app nella condizione Light-Touch.
<i>Evans et al. (2004)</i>	5 componenti, applicate ogni giorno del programma. Una di queste componenti è quella genitoriale, che consiste in una sessione mensile di parent training + counseling familiare individuale. 3 giorni a settimana per gli studenti, dalle 15:05 alle 17:15; la durata complessiva dell'intervento è di 6-7 mesi.	In presenza, a scuola	Alto	Non misurata quantitativamente.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Fosco et al. (2013)</i>	Intervento multilivello composto da: 1. Livello universale: ogni scuola ospita un Family Resource Center gestito da un parent consultant 2. Livello selettivo, costituito da 3 incontri familiari: colloquio iniziale, assessment multi-informant e feedback motivazionale con presentazione di un menu di opzioni di intervento 3. Livello indicato: le famiglie che lo desiderano ricevono interventi aggiuntivi basati sull'Everyday Parenting e monitoraggio regolare L'implementazione scolastica si estende per tre anni.	In presenza, a scuola	Alto	Non misurata quantitativamente.
<i>Garcia-Lopez et al. (2014)</i>	- IAFS → intervento per soli adolescenti, strutturato in 12 sessioni settimanali della durata di 90 minuti ciascuna che si svolgono in gruppi di 5-8 studenti. L'intervento si svolge durante l'orario scolastico. - IFAFS → aggiunta di 5 sessioni genitoriali di gruppo, della durata di 2 ore ciascuna.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Moderato	Alta: 3 drop-out nelle famiglie della condizione IFAFS.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Gillham et al. (2006)</i>	- PRP-CA → curriculum manualizzato per studenti, composto da due componenti e organizzato in 8 sessioni settimanali dopo-scuola da 90 minuti. - PRP-P → intervento genitoriale di gruppo manualizzato, strutturato in 6 sessioni di 90 minuti che coprono la maggior parte dei contenuti delle sessioni del PRP-CA. Le sessioni per i genitori si svolgono in serate diverse da quelle dai figli, ma nella stessa scuola.	In presenza a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Moderato	Moderata: Il 41% dei genitori completa almeno 5 sessioni.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Gillham et al. (2012)</i>	- PRP-A → composto da due componenti per gli studenti (CBT sulla depressione e problem solving). I gruppi si riuniscono per 90 minuti dopo la scuola, una volta alla settimana, per 10–12 sessioni. Gli adolescenti nelle condizioni PRP-A e PRP-AP sono stati invitati a partecipare a 6 sessioni di richiamo. - PRP-AP → oltre alla componente per adolescenti aggiunge una parte per genitori. I gruppi per genitori si riuniscono per 90 minuti la sera, una volta ogni due settimane, per 6–7 sessioni. Le sessioni si svolgevano a scuola, ma in giorni diversi dai figli. I genitori nella condizione PRP-AP sono stati invitati a partecipare a 3 sessioni di richiamo.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Moderata: In media, i genitori frequentano il 53% delle sessioni.
<i>Kabelege et al. (2024)</i>	3 giornate di formazione genitoriale, della durata di 8,5 ore ciascuna + 1 giornata di refresher a 6 settimane dalla fine del training. L'intervento è articolato in 4 componenti: Parent-child interaction, Maltreatment prevention, Effective discipline strategies, Repetition and implementation.	In presenza, a scuola	Moderato	Alta: L'81.1% dei genitori ha partecipato ad almeno 2 giorni di formazione

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Kuhn et al. (2022)</i>	8 sessioni settimanali da 90 minuti ciascuna che prevedono gruppi paralleli per genitori e adolescenti. Le sessioni si svolgono fuori dall'orario scolastico. Transitioning Together è stato modificato rispetto al suo formato clinico originale per essere implementato con studenti nello spettro autistico.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.
<i>Lachman et al. (2024)</i>	14 sessioni di gruppo della durata di 2-3,5 ore ciascuna → 10 sessioni congiunte (adolescenti + caregivers) e 4 sessioni separate, alcune solo per adolescenti, altre solo per caregivers.	3 modalità di erogazione: a scuola (per adolescenti), nella comunità, mista (scuola + comunità)	Alto	Alta: I genitori hanno frequentato in media 12.75 sessioni. Il 60.3% dei genitori ha completato tutte le sessioni.
<i>Lowry-Webster et al. (2001)</i>	10 sessioni settimanali di un'ora e mezza dedicate agli studenti. Il programma comprende anche 2 sessioni di richiamo, realizzate a 1 mese e a 3 mesi dall'inizio dell'intervento. 3 sessioni per i genitori sono state condotte a scuola in momenti separati rispetto al programma per gli studenti.	A scuola in presenza (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Marlotte et al. (2023)</i>	14 moduli manualizzati che includono gli 8 moduli di FOCUS for Families e 6 moduli aggiuntivi di abilità CBT per ridurre i sintomi depressivi. A 3 moduli partecipavano solo i genitori, a 5 solo lo studente, a 3 tutta la famiglia, a 2 lo studente (+ eventuali fratelli/sorelle) e a 1 lo studente assieme al genitore.	In presenza, all'interno di cliniche scolastiche di salute mentale	Moderato	Alta: 21 famiglie su 25 hanno completato il programma.
<i>McKay et al. (2018)</i>	1 lezione a settimana della durata di 40 minuti ciascuna per gli studenti (6 lezioni durante il 2° anno e 4 durante il 3°). In entrambi gli anni scolastici l'intervento è stato implementato nel periodo settembre-novembre. La componente rivolta agli studenti ha una durata di 2 anni scolastici. La componente genitoriale, implementata durante il 3° anno scolastico, prevede una singola serata informativa e l'invio di un opuscolo informativo per posta.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Bassa: In Irlanda del Nord e Scozia hanno partecipato alla componente genitoriale prevista dal programma rispettivamente il 9% e il 2.5%.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Miller-Riemenschneider et al. (2014)</i>	3 condizioni: 1. Intervento di prevenzione sul fumo rivolto agli studenti della durata di 2 ore (sessione singola) 2. Lo stesso intervento + un intervento rivolto ai genitori composto da una sessione informativa di 30 minuti sul fumo e un follow-up postale 8 mesi dopo 3. Circuito interattivo su esercizio fisico e alimentazione	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori) + follow-up postale	Moderato	Non misurata quantitativamente.
<i>Multisite Violence Prevention Project (2009)</i>	- GREAT Student → 20 sessioni settimanali della durata di 45-50 minuti ciascuna. L'intervento inizia 10 settimane dopo l'inizio dell'anno scolastico, una volta completate le valutazioni pre-test. - GREAT Teacher → un workshop di 12 ore e 10 incontri di consultazione/supporto per gli insegnanti. - GREAT Families → 15 sessioni settimanali condotto in gruppi di 4-8 studenti ad alto rischio + i loro genitori.	In presenza, a scuola (la componente studente + insegnante); in sedi comunitarie o scolastiche (la parte per famiglie)	Alto	Alta: Il 54-97% dei genitori completa tutte le sessioni.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Nitsch et al.</i> (2015)	8 incontri settimanali della durata di 2 ore ciascuno per i genitori.	In presenza, a scuola	Moderato	Alta: L'85,4% dei genitori ha completato il programma. Il 49% dei genitori ha partecipato al follow-up.
<i>Rickard et al.</i> (2015)	L'intervento è la combinazione di due programmi manualizzati: Working Things Out (per adolescenti) e Parents Plus Adolescent Programme (per genitori). I programmi per adolescenti e genitori sono stati svolti in parallelo nell'arco di 8 settimane. Due sessioni familiari congiunte (genitori + adolescente) sono state organizzate dopo la terza e la sesta sessione individuali.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Alta: 11% di drop-out nei genitori.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Shaykhi et al. (2018)</i>	Implementato nel primo anno della scuola secondaria. 3 moduli: 1. Curriculum per studenti → 10 lezioni settimanali 2. Parenting Adolescents Quiz (PAQ) → serata informativa di 2 ore per genitori per fornire informazioni rapide sulla genitorialità in adolescenza 3. Parenting Adolescents: A Creative Experience (PACE) → 8 sessioni settimanali di gruppo di 2 ore ciascuna per rafforzare le competenze genitoriali e migliorare la relazione genitore-figlio	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.
<i>Shochet et al. (2001)</i>	L'intervento comprende una componente per adolescenti (RAP-A) e una per i genitori (RAP-F), erogate in parallelo: - RAP-A → 11 sessioni settimanali, della durata di 40-50 minuti ciascuna, erogate durante l'orario scolastico in gruppi da 8-12 studenti. - RAP-F → 3 incontri da 3 ore ogni 3 settimane, erogate in orario serale.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Skärstrand et al. (2013)</i>	Versione culturalmente adattata dello SFP:10-14, composto da 2 parti: 1. La prima, formata da 7 sessioni, include 6 sessioni svolte separatamente per ragazzi e genitori e una sessione familiare congiunta. Svolta in 7 settimane durante la 6^a classe. 2. La seconda consiste in quattro sessioni separate per ragazzi e genitori e una sessione familiare congiunta. Svolta in 5 settimane durante la 7^a classe. Le sessioni per i ragazzi si svolgevano a scuola, durante l'orario scolastico. Le sessioni per i genitori si svolgevano a scuola in orario serale.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Moderata-Bassa: Il 47% dei genitori partecipa alla prima parte del programma, il 27% anche alla seconda.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Smolkowski et al. (2017)</i>	3 livelli di intensità: 1. universale→ interventi rivolti a tutte le famiglie. Comprende l'istituzione di un Family Resource Center (FRC), serate tematiche per genitori, attività familiari a scuola e contatti positivi con le famiglie sui successi degli studenti. Prevede anche un sistema scolastico per l'identificazione precoce dei problemi. 2. selettivo→ interventi per studenti a rischio moderato o con difficoltà emergenti. Comprende una versione potenziata del Check-In/Check-Out (CICO) e materiali per la gestione familiare. 3. indicato→ interventi intensivi per studenti ad alto rischio o non responsivi ai livelli precedenti, erogati tramite il Family Check-Up (FCU) modificato (sono state aggiunte due sessioni per i genitori)	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Spoth et al. (2002)</i>	- SFP: 10-14 → 7 sessioni settimanali per i genitori, svolte la sera, mentre i ragazzi erano nel secondo semestre della 7^a classe. Ogni sessione comprende 1 ora di curriculum separato per genitori e adolescenti e 1 ora di attività familiari congiunte per mettere in pratica le competenze apprese. Le famiglie sono poi state invitate a partecipare a 4 sessioni di richiamo quando i ragazzi erano in 8^a classe. - LST → 15 sessioni di 40-45 minuti quando gli studenti erano in 7^a classe. Gli studenti hanno partecipato anche a 5 sessioni di richiamo in 8^a classe.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Non misurata quantitativamente.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Ssewamala et al. (2025)</i>	- YDA → intervento di empowerment economico basato sul risparmio incentivato, composto dall'istituzione di un conto di risparmio individuale presso un'istituzione finanziaria nazionale e attività formative come il Financial Literacy Training e sessioni sulle attività generatrici di reddito. - MFG → intervento di rafforzamento familiare composto da 16 sessioni di gruppo; ogni sessione coinvolge adolescenti e caregiver.	YDA si svolge presso istituzioni finanziarie nazionali e in contesti comunitari. MFG è condotto in spazi comunitari	Basso	Non misurata quantitativamente.
<i>Stormshak & Dishion (2009)</i>	3 incontri con i caregiver: - colloquio iniziale - breve pacchetto di valutazione somministrato a genitore, figlio e insegnante, oltre a una valutazione videoregistrata dell'interazione familiare - una sessione di restituzione dei risultati della valutazione	In presenza, a scuola	Moderato	Bassa-Moderata: Il 25% delle famiglie ha partecipato al FCU in Project Alliance 1 e il 40% in Project Alliance 2.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Stormshak et al. (2009)</i>	FCU fa parte del programma dell'intervento multilivello EcoFIT. 3 livelli di intensità: 1. Universale → sviluppo di un Family Resource Center (FRC) scolastico. 2. Selettivo → FCU vero e proprio, un intervento breve in tre sessioni (colloquio iniziale, assessment familiare, restituzione dei risultati). 3. Indicativo → rivolto a quelle famiglie che dopo la conclusione del programma decidono di proseguire con altri interventi.	In presenza, a scuola	Moderato	Bassa: Il 23% delle famiglie ha deciso di ricevere FCU
<i>Stormshak et al. (2010)</i>	Vedi Stormshak et al. (2009) – B	Vedi Stormshak et al. (2009) – B	Moderato	Moderata: Il 38% delle famiglie assegnate all'intervento ha completato il Family Check-Up.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Stormshak et al. (2019)</i>	FCU Online è la versione digitale del Family Check-Up, adattato per essere erogato via web, con o senza supporto di un coach. 3 fasi: - Fase 1: i genitori accedono al sito web e identificano punti di forza e sfide nella gestione del figlio. Poi completano una versione abbreviata dell'assessment FCU. - Fase 2: il feedback viene erogato dal sistema nella condizione web-only oppure telefonicamente da un coach nella condizione online+coaching. - Fase 3: i genitori accedono a moduli brevi, multimediali e interattivi, ciascuno con attività pratiche e monitoraggio dei progressi.	Online, piattaforma accessibile da computer o dispositivi mobili tramite web	Basso	Misurata qualitativamente: Il gruppo web+coach ha mostrato adesione significativamente maggiore rispetto al gruppo web-only: login in app doppi, 47% in più del tempo trascorso sulla piattaforma e maggior numero di assessment completati.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Toumbourou et al. (2013)</i>	5 componenti: 1. Un curriculum per studenti guidato dagli insegnanti. 2. Parenting Adolescents Quiz→ serata di 2 ore di formazione per genitori facilitata da un esperto di salute adolescenziale. 3. Una formazione estesa per i genitori, composta da 8 sessioni di gruppo di 2 ore condotte da un educatore familiare formato 4. La costruzione di una comunità di genitori 5. La distribuzione a livello scolastico di un manuale per genitori	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Bassa: Il 12% dei genitori ha partecipato alla serata educativa; il 6% ha partecipato al programma esteso.
<i>Trudeau et al. (2016)</i>	- LST→ 15 sessioni della durata di 45-50 minuti ciascuna + 5 sessioni di richiamo in 8ª classe. Altre 4 sessioni di richiamo sono state condotte in 11ª classe per metà delle scuole selezionate casualmente. - SFP 10-14→ 7 sessioni, ciascuna composta da un'ora per genitori e un'ora per gli adolescenti + un'ora di sessione familiare congiunta. 4 sessioni di richiamo sono state proposte in 8ª classe.	LST a scuola in presenza, Alto SFP 10-14 in contesti comunitari		Alta: Il 57% delle famiglie della condizione LST+SFP 10-14 ha partecipato ad almeno una sessione, l'89% di queste ha partecipato ad almeno 4 sessioni e il 64% ha partecipato a tutte le sessioni.

Tabella 2 – Continuazione

Autore/i e anno	Durata e struttura dell'intervento	Erogazione	Coinvolgimento scolastico	Adesione genitoriale
<i>Williams et al. (2016)</i>	- kiR → 10 lezioni settimanali per gli adolescenti. - Familias: Preparando la Nueva Generación (FPNG) → intervento genitoriale manualizzato di 8 lezioni settimanali, generalmente svolte nel tardo pomeriggio o nei fine settimana.	In presenza, a scuola (sia la componente per gli adolescenti che quella per i genitori)	Alto	Alta: I genitori hanno frequentato, in media, 6.2 lezioni su 8

Tabella 3 – Outcome misurati e principali risultati emersi

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Alicea et al. (2012)</i>	Esiti preliminari di engagement e partecipazione	Alti livelli di engagement iniziale (97%) e retention (89%).
<i>Bruzzese et al. (2009)</i>	Nei genitori: partecipazione ai workshop e retention	Il 97% dei genitori ha completato almeno 1 workshop, il 54% ha completato tutti e 5 i workshop. Alta ritenzione nelle valutazioni di follow-up (87-93% dei ragazzi ha completato tutte le valutazioni).
<i>Cole et al. (2021)</i>	Negli studenti: numero di episodi auto-riferiti di heavy episodic drinking (HED) e di alcohol-related harms (ARH) nei 30 giorni precedenti	L'intervento riduce HED nel breve termine, ma non produce effetti duraturi. L'intervento non produce effetti significativi per l'ARH né a breve né a lungo termine.
<i>Connell et al. (2024)</i>	Nei genitori: stress percepito, negative parenting, capacità di limit-setting, conflitto familiare. Nei studenti: problemi di condotta, sintomi depressivi, relazioni positive con i pari.	Il coaching attivo aumenta significativamente l'adesione genitoriale all'intervento. Entrambi i gruppi mostrano una riduzione nello stress percepito (effetto maggiore nel gruppo active-coach). Solo il gruppo active-coach mostra miglioramenti significativi per quanto riguarda negative parenting, limit-setting e conflitto familiare. Solo il gruppo active coach migliora in sintomi depressivi e relazioni con i pari. Nessun miglioramento per quanto riguarda i problemi di condotta in entrambi i gruppi.
<i>Evans et al. (2004)</i>	Negli studenti: sintomi dell'ADHD, functional impairment, performance accademica,	Miglioramenti significativi nei sintomi dell'ADHD, soprattutto nella disattenzione secondo gli insegnanti e i genitori. Miglioramenti significativi nel funzionamento scolastico, nel funzionamento in classe e nelle relazioni tra pari secondo gli insegnanti. Miglioramenti più modesti nel funzionamento scolastico e nelle relazioni con i fratelli secondo i genitori. I voti migliorano leggermente e invertono la tendenza negativa dell'anno precedente.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno		Outcome misurati	Principali risultati
<i>Fosco et al. (2013)</i>	Negli studenti: comportamento antisociale, affiliazione con pari devianti, uso di sigarette, uso di marijuana e uso di marijuana	autoregolazione, antisociale, affiliazione con pari devianti, uso di sigarette, uso di marijuana	I ragazzi assegnati all'intervento mostrano un aumento significativo dell'autoregolazione dalla 6 ^a alla 7 ^a classe. L'aumento dell'autoregolazione riduce la crescita del comportamento antisociale fino all'8 ^a classe. I ragazzi nel gruppo FCU mostrano minore coinvolgimento con pari devianti nel tempo. L'aumento dell'autoregolazione riduce il rischio di uso di alcohol, marijuana e sigarette.
<i>Garcia-Lopez et al. (2014)</i>	Negli studenti: remissione diagnostica del disturbo d'ansia sociale, sintomi di ansia sociale, sintomi depressivi. Nei genitori: livello di Expressed Emotion (EE)	autoregolazione, antisociale, affiliazione con pari devianti, uso di sigarette, uso di marijuana	Il 60% dei genitori è passato da un livello di EE alto a uno basso al post-trattamento, con differenze pre-post statisticamente significative. Al follow-up a un anno, la percentuale di genitori con EE bassa è aumentata al 70%. Al post-trattamento, sono state riscontrate differenze significative nell'ansia sociale e nella depressione. Al follow-up, le differenze significative si mantengono solo nella sottoscala "ansia in situazioni nuove". Al post-trattamento, il 59% degli adolescenti nel gruppo IAFS e il 65% nel gruppo IFAFS non soddisfacevano più i criteri DSM per l'ansia sociale; andamento simile al follow-up: 75% per l'IAFS e 80% per l'FAFS.
<i>Gillham et al. (2006)</i>	Negli studenti: sintomi depressivi e sintomi d'ansia	sintomi depressivi e sintomi d'ansia	I ragazzi nel gruppo PRP hanno riportato livelli di depressione significativamente più bassi rispetto ai controlli durante i follow-up di 6 e 12 mesi. L'effetto non era significativo subito dopo l'intervento. Il 10% dei partecipanti al PRP e il 30% dei controlli hanno riportato livelli elevati di sintomi depressivi in almeno un momento del follow-up (differenza statisticamente non significativa). I ragazzi nel PRP hanno riportato ansia significativamente più bassa durante i follow-up a 6 e 12 mesi, ma non post intervento: Solo 1 ragazzo (5%) nel PRP ha raggiunto livelli clinici d'ansia durante il follow-up, contro 6 ragazzi (30%) nel gruppo controllo (differenza statisticamente significativa).

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
Gillham et al. (2012)	Negli studenti: sintomi depressivi, sintomi d'ansia, livelli clinici di disturbi depressivi e ansiosi, stile attributivo, hopelessness, coping	PRP-A ha ridotto significativamente i sintomi depressivi misurati con CDI rispetto al controllo nel post-intervento, ma l'effetto scomparire al follow-up di 6 mesi. Nessun effetto significativo nei sintomi depressivi misurati tramite RADS-2. Nessun effetto dell'intervento sulla presenza di livelli clinici di depressione o ansia. PRP-A riduce significativamente la hopelessness (HSC) al post-intervento (al follow-up rimane una tendenza). Nessun miglioramento dello stile attributivo pessimistico. Nessun effetto sul coping attivo. Gli adolescenti con hopelessness media o alta pre-intervento traggono maggior beneficio dall'intervento (sia PRP-A che PRP-AP). Nessuna differenza significativa tra PRP-A e PRP-AP: il coinvolgimento dei genitori non aumenta l'efficacia del programma.
Kabelege et al. (2024)	Outcome di fattibilità e outcome di efficacia preliminare	I dati mostrano un bisogno estremamente elevato di un intervento come ICC-P. L'accettabilità è molto alta, così come la corretta implementazione e l'integrazione alla vita quotidiana (la disciplina violenta diminuisce). Prima del training i genitori hanno aspettative positive sul programma e dopo il training l'interesse, la soddisfazione e la rilevanza sono molto alti. 135 genitori su 141 vogliono che il programma sia diffuso su larga scala. I risultati di efficacia preliminare suggeriscono effetti grandi in uso di disciplina violenta, atteggiamenti favorevoli, credenze favorevoli e conoscenze genitoriali.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Kuhl et al. (2022)</i>	Outcome di implementazione	Adesione scolastica moderata: il 57% delle scuole del braccio intervento ha effettivamente adottato l'intervento. In 16 delle 17 scuole che hanno adottato l'intervento c'è stato il supporto da parte di organizzazioni esterne (facilitatori). In due scuole l'implementazione è stata facilitata dalla possibilità di avere una versione culturalmente adattata in spagnolo del programma. Soddisfazione e accettabilità genitoriali alte riguardo il programma. Tra le 13 scuole che non hanno partecipato al programma, le motivazioni sono state: difficoltà nel trovare facilitatori (46%), scarsa motivazione della scuola verso programmi family-centered (46%), basso interesse delle famiglie verso il programma (23%), vincoli di budget (7%). Le 17 scuole che hanno implementato il programma hanno ottenuto una fidelity media del 95%.
<i>Lachman et al. (2024)</i>	Nelle studentesse e nei genitori: maltrattamento infantile, coinvolgimento genitoriale positivo e supervisione inadeguata, problemi comportamentali dell'adolescente, approvazione della punizione corporale, depressione, supporto all'istruzione, insicurezza finanziaria e comunicazione sulla salute sessuale. Nei genitori: stress genitoriale, esperienza di violenza da parte del partner (nelle madri) e violenza perpetrata (nei padri) Nelle studentesse: bullismo scolastico	Forte riduzione del maltrattamento infantile. Riduzione significativa della violenza subita dalle donne, ma nessun cambiamento nella violenza perpetrata dagli uomini. Riduzione molto ampia dell'insicurezza finanziaria. Riduzione del coinvolgimento genitoriale positivo e del supporto all'istruzione, ma miglioramento nel supporto inadeguato. Riduzioni significative sia nello stress che nella depressione nei genitori. Riduzione dei problemi di condotta secondo caregiver e studentesse. Riduzione della violenza subita a scuola e della depressione nelle studentesse. Aumento molto forte della comunicazione caregiver-adolescente per quanto riguarda la salute sessuale.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Lowry-Webster et al. (2001)</i>	Negli adolescenti : ansia e ansia cronica, depressione, percentuale di bambini a rischio pre-post	Il gruppo FRIENDS mostra, una forte riduzione dell'ansia dal pre al post. I bambini con maggiore ansia al pre sono quelli che migliorano di più. Per quanto riguarda l'ansia cronica, entrambi i gruppi migliorano, ma il gruppo FRIENDS ha punteggi migliori; non emergono differenze significative tra gruppi nei bambini ad alta ansia. Per quanto riguarda la depressione non si osservano differenze significative tra i gruppi, ma nei bambini ad alta ansia solo il gruppo FRIENDS mostra una riduzione significativa dei sintomi depressivi. Per quanto riguarda il rischio clinico, il 75.3% dei bambini ad ansia elevata sottoposti all'intervento non sono più a rischio nel post; nel gruppo di controllo il 54.8% rimane a rischio
<i>Marlotte et al. (2023)</i>	Negli adolescenti: depressione, sintomi post-traumatici, difficoltà emotivo-comportamentali, coping. Nei genitori: funzionamento familiare. Outcome di accettabilità e fattibilità	Nessun miglioramento significativo in entrambi i gruppi per quanto riguarda il funzionamento familiare. Entrambi i gruppi intervento hanno mostrato miglioramenti significativi in depressione, sintomi di PTSD, difficoltà emotivo-comportamentali e coping dal baseline al follow-up senza una differenza significativa tra i gruppi. 21 famiglie su 25 hanno completato il programma e il follow-up. Entrambi i trattamenti sono percepiti come altamente soddisfacenti, con punteggi >3.00 al CSQ-8 sia per adolescenti che per genitori. Una percentuale tra il 90% e il 100% di adolescenti e caregiver raccomandano il programma.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>McKay et al. (2018)</i>	Negli adolescenti: numero di episodi auto-riferiti di heavy episodic drinking (HED) nei 30 giorni precedenti e di alcohol-related harms (ARH) nei 6 mesi precedenti	Il programma STAMPP ha ridotto significativamente la prevalenza di HED a 33 mesi rispetto al controllo. Gli studenti del gruppo intervento avevano una probabilità del 40% inferiore di riportare episodi di binge drinking rispetto al gruppo controllo. Nessuna differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda l'ARH.
<i>Müller-Riemenschneider et al. (2014)</i>	Negli adolescenti: prevalenza di fumatori regolari al follow-up di 24 mesi, altre misure del comportamento di fumo, altri comportamenti di salute. Nei genitori: atteggiamenti, regole e comportamento di fumo	L'intervento genitoriale non ha prodotto effetti significativi, senza modificare atteggiamenti, regole o comportamenti. L'intervento, sia nella versione solo studenti sia nella versione studenti+genitori, non ha prodotto effetti misurabili sui comportamenti di fumo né su altri comportamenti di salute.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Multisite Violence Prevention Project (2009)</i>	Negli adolescenti: aggressività, vittimizzazione, percezione del clima scolastico, indice di rischio	Al post-test, l'intervento universale ha mostrato effetti controproducenti: gli studenti esposti al programma hanno riportato livelli più elevati di aggressività auto-risportata, e tra le ragazze è emerso un incremento dell'aggressività fisica rispetto ai controlli. Non sono invece stati osservati effetti significativi sulle misure di aggressività valutate dagli insegnanti. L'intervento selettivo e quello combinato non hanno prodotto cambiamenti significativi nei livelli di aggressione al termine della sesta classe. Per quanto riguarda la vittimizzazione, nessuna delle tre condizioni ha generato effetti immediati. Anche gli indicatori di clima scolastico hanno mostrato pattern differenziati: l'intervento universale è stato associato a un aumento delle norme percepite come favorevoli all'aggressione, mentre la condizione combinata ha portato a un incremento dei problemi di sicurezza percepiti. L'intervento selettivo non ha mostrato effetti su queste dimensioni. Le analisi di moderazione basate sul livello di rischio iniziale hanno rivelato un quadro più articolato. Sia per l'intervento universale sia per quello selettivo, gli studenti con basso rischio iniziale hanno mostrato un aumento dell'aggressività rispetto ai controlli, mentre quelli con rischio elevato hanno riportato una riduzione dei comportamenti aggressivi, con effetti particolarmente marcati nella condizione selettiva. Un pattern simile è emerso per la vittimizzazione. Al follow-up, gli studenti esposti all'intervento universale non hanno mostrato la tipica diminuzione dell'aggressività osservata nei controlli. Al contrario, l'intervento selettivo ha prodotto cambiamenti favorevoli. Per la vittimizzazione, l'unico effetto longitudinale significativo è stato osservato nella condizione universale, che ha mostrato una maggiore diminuzione della vittimizzazione relazionale nel tempo. Le condizioni selettiva e combinata non hanno modificato le traiettorie di vittimizzazione. Infine, nessuno degli interventi ha influenzato l'andamento nel tempo degli indicatori di clima scolastico.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno		Outcome misurati	Principali risultati
<i>Nitsch (2015)</i>	<i>et al.</i>	Negli adolescenti: problemi emotivi e comportamentali. Nei genitori: stress genitoriale, soddisfazione genitoriale, raggiungimento degli obiettivi definiti dai genitori e dai figli.	Riduzione significativa dello stress genitoriale e aumento della soddisfazione genitoriale sia al post-intervento che al follow-up. Raggiungimento degli obiettivi personali e per il figlio. Riduzione significativa dei problemi emotivi e comportamentali sia al post-intervento che al follow-up nel gruppo intervento. Al baseline, il 34.3% dei ragazzi era in fascia clinica, dopo l'intervento solo il 4.3% ci rimane; al follow-up di 6 mesi, solo 1 ragazzo resta in fascia clinica.
<i>Rickard (2015)</i>	<i>et al.</i>	Negli adolescenti: difficoltà sociali, emotive e comportamentali, funzionamento familiare generale, goal attainment. Nei genitori: stress genitoriale, soddisfazione genitoriale, goal attainment	Miglioramento significativo nel tempo per le difficoltà totali del figlio e miglioramento molto significativo nella sottoscala condotta del figlio. Riduzione significativa dello stress post-intervento, con lieve risalita non significativa al follow-up. Aumento significativo della soddisfazione genitoriale, mantenuto a 5 mesi. Miglioramento non significativo, ma con large effect size nel funzionamento familiare. Miglioramenti significativi nel raggiungimento degli obiettivi. Miglioramento significativo nelle difficoltà emotive. Miglioramento non significativo, ma con large effect size nel funzionamento familiare in genitori e adolescenti.
<i>Shaykhi (2018)</i>	<i>et al.</i>	Negli adolescenti: comportamento antisociale	Nessun effetto universale dell'intervento sul comportamento antisociale → il curriculum studenti da solo non è sufficiente a ridurre i comportamenti antisociali. Riduzione significativa del comportamento antisociale negli gli studenti le cui famiglie hanno partecipato agli incontri genitoriali. Predittori di aumento del comportamento antisociale: poor family management e family conflict. Predittori di riduzione del comportamento antisociale: genere femminile e scuole con alto svantaggio.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Shochet et al. (2001)</i>	Negli adolescenti: sintomi depressivi, hopelessness	Riduzione significativa dei sintomi depressivi nei gruppi RAP-A e RAP-F misurati con CDI. Nessun miglioramento nei sintomi depressivi misurati con RADS in nessun gruppo. Gli adolescenti RAP avevano meno casi clinici e subclinici rispetto al gruppo di controllo sia al post che al follow-up. Tra gli adolescenti subclinici, lo 0% dei RAP è passato alla categoria clinica, il 17.6% del controllo è passato alla categoria clinica al follow-up. Tra gli adolescenti sani, il 10.1% del gruppo di controllo è peggiorato, solo l'1.2% dei RAP è peggiorato. I due interventi non differiscono negli esiti sugli adolescenti.
<i>Skärstrand et al. (2013)</i>	Negli adolescenti: episodi di ubriachezza, uso di tabacco, uso di droghe illecite, comportamenti devianti	Nessun effetto preventivo dell'intervento su fumo, ubriachezza, uso di droghe illecite e comportamenti devianti. Andamenti molto simili nel gruppo sottoposto a intervento e in quello di controllo. A 2 anni dall'intervento, maggiore ubriachezza lifetime nei maschi del gruppo intervento. A 3 anni dall'intervento, maggiore uso di tabacco nei maschi del gruppo intervento.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Smolkowski et al. (2017)</i>	Negli studenti: monitoraggio genitoriale, conflitto familiare, problemi di condotta, problemi emotivi, uso di sostanze, pari positivi, partecipazione scolastica e struttura scolastica positiva. Nei genitori: successo scolastico, rischio dello studente, monitoraggio genitoriale, coinvolgimento genitoriale, contatti scolastici negativi, contatti scolastici positivi e strutture scolastiche. Outcome accademici: punteggi di matematica di fine anno, punteggi di lettura di fine anno, numero di giorni di assenza da scuola. Outcome di implementazione: fedeltà di implementazione del PFS e del PBIS	I genitori di studenti ad alto rischio hanno riportato meno contatti negativi da parte della scuola nelle scuole che implementavano il PFS rispetto alle scuole di controllo da T1 a T4. Non sono stati trovati risultati significativi sugli outcome primari. Alta integrazione della componente universale del PFS, mentre è stato più difficile implementare e mantenere la fidelity nei livelli selettivo e indicato a causa di tagli ai fondi scolastici, scarsità di tempo del personale per fornire supporti ai genitori e turnover del personale. Nel complesso, l'implementazione del PFS ha mostrato una buona integrazione dei componenti universali, una difficoltà strutturale nell'attivazione dei livelli più intensivi.
<i>Spoth et al. (2002)</i>	Negli studenti: uso nella vita di alcol, sigarette e marijuana, new-user rates, Substance Initiation Index (SII)	L'SII è più basso nei due gruppi di intervento rispetto al controllo, ma non emergono differenze significative tra i due interventi. L'intervento combinato è più efficace nel prevenire l'iniziazione all'alcol. Entrambi gli interventi riducono l'iniziazione alla marijuana, ma l'effetto è attribuibile soprattutto alla componente LST. Nessuna differenza significativa tra le condizioni nell'iniziazione al fumo.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Ssewamala et al. (2025)</i>	Negli adolescenti: sintomi depressivi, hopelessness, Self-concept, autostima. Outcome di costo dell'intervento (per partecipante) e outcome di costo-efficacia (ICERs - Incremental Cost-Effectiveness Ratios)	A 12 mesi, il gruppo YDA+MFG ha mostrato miglioramenti significativi rispetto all'usual care (controllo) su tutti e quattro gli outcome. Anche YDA da solo ha prodotto miglioramenti significativi su self-concept e autostima. A 24 mesi, il gruppo YDA+MFG mantiene effetti significativi e duraturi su sintomi depressivi, hopelessness e self-concept, non su autostima. YDA è più costo-efficace nel breve termine per gli outcome positivi, YDA+MFG è più efficace e più sostenuto nel tempo, soprattutto per gli outcome di distress emotivo.
<i>Stormshak & Dishion (2009)</i>	Sintesi di outcome derivanti da studi precedenti	Miglioramento del monitoraggio genitoriale, riduzione del conflitto familiare e miglioramento delle competenze genitoriali osservate e auto-riferite nei genitori sottoposti a FCU. Family Check-Up in sesta classe è associato a riduzioni nell'uso di sostanze e nella depressione. L'intervento riduce significativamente il rischio di comportamenti antisociali, uso di tabacco, marijuana e alcol dalla sesta all'ottava classe. Gli effetti più marcati dell'intervento riguardano gli studenti di sesta classe con i problemi più gravi e le famiglie con maggior bisogno di servizi. Riduzione del 60% dei giorni di assenza dalla scuola superiore.
<i>Stormshak et al. (2009)</i>	Negli studenti: Academic Achievement (GPA), assenze scolastiche	Gli adolescenti le cui famiglie hanno partecipato al FCU hanno mantenuto un GPA stabile dalla scuola media alla scuola superiore. Nel gruppo di controllo, il GPA è diminuito significativamente durante la transizione alla high school. Nel gruppo di controllo, le assenze sono aumentate in modo marcato dalla 6ª all'11ª classe. Nel gruppo che ha ricevuto il FCU, invece, l'aumento delle assenze è stato prevenuto.

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Stormshak et al. (2010)</i>	Negli studenti: self-regulation (Effortful Control), School Engagement, sintomi depressivi	L'assegnazione al gruppo FCU è associata a un aumento significativo della self-regulation dalla 6 ^a alla 7 ^a classe. Una maggiore self-regulation in 7 ^a classe predice una riduzione dei sintomi depressivi in 8 ^a classe. La self-regulation in 8 ^a classe predice un aumento dell'engagement scolastico in 9 ^a classe. La depressione non predice l'engagement scolastico.
<i>Stormshak et al. (2019)</i>	Negli studenti: Effortful Control (autoregolazione attenta), problemi emotivi, problemi di condotta, iperattività. Nei genitori: parent skills, autoefficacia genitoriale. Outcome di utilizzo del programma	Aumento significativo della fiducia nel gestire i comportamenti del figlio (parent self-efficacy) solo per il gruppo Web+coach. Aumento della parenting confidence, con un effetto maggiore nella condizione web+coach rispetto alla condizione web-only. Riduzione significativa dei problemi emotivi per il gruppo Web+Coach → trend positivo (non significativo) per il gruppo Web-only. Aumento (trend non significativo) dell'effortful control solo nel gruppo Web+coach. I giovani ad alto rischio migliorano molto di più.
<i>Toumbourou et al. (2013)</i>	Negli studenti: uso di alcol almeno una volta nella vita (any use), uso di alcol almeno mensile (uso frequente), almeno un episodio nelle due settimane precedenti in cui lo studente ha consumato cinque o più drink in un'unica occasione	Gli studenti del gruppo intervento avevano una probabilità significativamente minore di aver mai usato alcol rispetto ai controlli. L'intervento ha ridotto in modo significativo la transizione da any use a uso frequente. Gli studenti del gruppo intervento avevano minori probabilità di sviluppare episodi di binge drinking.
<i>Trudeau et al. (2016)</i>	Negli studenti: sintomi depressivi (solo a 20 e 22 anni)	Effetto diretto significativo delle condizioni intervento sui sintomi depressivi a 22 anni, ma non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra le due condizioni di intervento. L'effetto indiretto delle condizioni intervento è significativo → l'intervento riduce la depressione a 22 anni attraverso la riduzione dei problemi relazionali e dell'uso illecito di sostanze (il 71% dell'effetto totale è indiretto).

Tabella 3 – Continuazione

Autore/i e anno	Outcome misurati	Principali risultati
<i>Williams et al. (2016)</i>	Negli studenti: iniziazione all'uso di sostanze (alcol e sigarette)	Non sono emerse differenze significative tra le tre condizioni riguardo all'iniziazione all'uso di sostanze post-intervento. Al follow-up gli adolescenti nella condizione kiR+FPNG avevano una minore probabilità di aver provato alcol rispetto agli adolescenti nella condizione kiR-only (43% di probabilità in meno) → non sono state riscontrate differenze significative tra il gruppo di controllo e il gruppo kiR-only. Non sono stati riscontrati effetti statisticamente significativi per gli adolescenti nella condizione kiR+FPNG rispetto a quelli nella condizione kiR-only riguardo al ritardo nell'iniziazione al fumo post-intervento. Al follow-up, gli adolescenti nella condizione kiR+FPNG avevano una minore probabilità di aver provato sigarette rispetto a quelli nella condizione kiR-only (39% in meno) → non sono state trovate differenze significative tra il gruppo di controllo e il gruppo kiR-only né post-intervento né al follow-up.