

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dottorato di ricerca in Scienze Umanistiche Ciclo XXXV

Psicologia scolastica: interventi online e in
presenza per promuovere il benessere di studenti
preadolescenti

School psychology: online and face to face
interventions to promote well-being of pre-
adolescent students

Candidato: Maria Chiara Sacchetti

Coordinatore del Corso di Dottorato: Prof.ssa Marina Bondi

Relatore Prof.ssa: Maristella Scorza

ABSTRACT

La psicologia scolastica in Italia è presente dagli anni '70, ma a partire dalla fine degli anni '90 si è intensificata l'attenzione sulla necessità di servizi psicologici nelle scuole e oggi nella maggior parte delle scuole italiane sono presenti psicologi che forniscono servizi psicologici e realizzano interventi di promozione del benessere e prevenzione del disagio. Nell'anno 2020 la pandemia di Covid-19 e la conseguente situazione di emergenza sanitaria globale, hanno impresso una rapida accelerazione all'utilizzo delle tecnologie integrate nella scuola e nel lavoro degli psicologi scolastici, facendo in modo che Telepsicologia e interventi psicoeducativi via web siano stati molto più associati alla pratica standard, visto l'imposizione del distanziamento sociale. Il presente lavoro si colloca in questo contesto e contiene due studi relativi al lavoro dello psicologo scolastico, online e in presenza.

Nel primo capitolo sono stati analizzati gli studi presenti in letteratura sugli interventi psicologici e psicoeducativi online rivolti a bambini e adolescenti, con un particolare focus sul contesto scolastico, attraverso una revisione degli studi applicativi nella scuola secondaria. Questa rassegna di studi mostra che interventi di telepsicologia e percorsi di supporto psicoeducativo online all'interno del contesto scolastico e rivolti a studenti, possono presentare diversi vantaggi, anche rispetto alla consulenza faccia a faccia. Ad esempio, grande accessibilità per tutti gli studenti e possibilità di raggiungere anche chi è più restio o isolato.

Nel secondo capitolo viene presentato uno studio che ha l'obiettivo di valutare l'efficacia di un percorso psicoeducativo di gruppo che mira ad aumentare il benessere socio-emotivo e l'autostima di preadolescenti con diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), erogato dallo psicologo scolastico sia in modalità online che in presenza. I bambini e gli adolescenti con -DSA- spesso presentano una minore autostima, minori abilità sociali e tassi più elevati di rifiuto sociale e isolamento, rispetto ai loro coetanei. Questi bambini hanno quindi bisogno di supporto emotivo ma, come hanno notato alcuni autori, la paura della vicinanza sociale percepita può inibirne l'intenzione di cercare aiuto. Considerando queste premesse, gli interventi online nelle scuole potrebbero attrarre studenti ed essere un'alternativa efficace agli interventi faccia a faccia. In questo studio, vengono esplorate le differenze nell'autostima e problemi psicologici tra tre gruppi di preadolescenti (con DSA; con DSA che hanno ricevuto un training psicoeducativo di gruppo online; con DSA che hanno ricevuto lo stesso intervento in modalità faccia a faccia). Il campione comprende 37 preadolescenti (13, 14, 10 studenti per gruppo) di età compresa tra 10 e 13 anni. I partecipanti hanno compilato questionari standardizzati che misurano l'autostima (Test multidimensionale di autostima) e i

comportamenti psicopatologici (The Strengths and Difficulties Questionnaire). I risultati hanno mostrato che gli studenti con DSA che hanno partecipato al training online non sono peggiorati nell'autostima interpersonale e nei problemi con i coetanei, a differenza del gruppo che non ha ricevuto alcun intervento. I miglioramenti più significativi sono stati osservati nel gruppo che ha ricevuto l'intervento in presenza. Questo studio preliminare suggerisce che la telepsicologia a scuola può offrire significative opportunità per migliorare la prevenzione e il supporto, in particolare per quegli studenti che hanno meno probabilità di cercare un aiuto professionale per preoccupazioni sulla riservatezza e l'anonimato nel contesto di un'elevata vicinanza sociale o per preoccupazioni relative allo stigma nei confronti della malattia mentale.

Nell'ultimo capitolo, vengono presentati i risultati del lavoro svolto in collaborazione con il Gruppo di Lavoro (GdL) di psicologia scolastica dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna-- Questo capitolo contiene una proposta operativa per lo sviluppo di linee guida che supportino gli psicologi scolastici impegnati nell'attività di sportello di ascolto, con l'obiettivo primario di offrire un approccio ai processi di decision making nella consulenza psicologica scolastica. Lo sviluppo di linee guida è infatti, un sistema largamente diffuso in molti ambiti sanitari e sociali poiché rappresenta una modalità efficace per uniformare le prassi di diversi operatori. La proposta operativa elaborata prevede 5 codici colore attribuiti alla situazione dallo psicologo scolastico, basate sulle informazioni raccolte dallo studente e dal corpo docente, a cui corrispondono azioni e interventi che lo psicologo può intraprendere.

Nella seconda parte del terzo capitolo viene analizzato l'impatto di una proposta formativa promossa per diffondere la proposta di linee guida del GdL di psicologia scolastica. L'obiettivo di questo ultimo studio esplorativo è quello indagare la percezione di utilità e funzionalità delle Linee guida e la capacità delle stesse di uniformare le azioni potenziali che gli psicologi scolastici intraprenderebbero di fronte a una situazione data. Hanno partecipato allo studio 95 psicologi iscritti all'Ordine dell'Emilia Romagna. I partecipanti hanno risposto a due questionari online, all'inizio e al termine del corso di formazione della durata di 8 ore erogato in modalità webinar e svoltosi in due mattinate. Tali questionari erano composti da una prima parte di domande anagrafiche e da una seconda parte di domande relative a come gli psicologi partecipanti al corso sarebbero intervenuti in un caso ipotetico presentato con un breve video. La percezione dell'utilità di linee guida sull'intervento dello psicologo scolastico sembra essere molto elevata tra i colleghi che hanno partecipato allo studio, in modo uniforme sia tra i professionisti che hanno esperienza come psicologi scolastici sia tra quelli che lavorano in altri contesti. Le linee guida fanno riferimento ad un modello bio-psicosociale dello psicologo scolastico e promuovono interventi e azioni dello stesso

come parte di un sistema, che attiva, a seconda delle situazioni, le altre componenti (scuola, famiglia e servizi), sorpassando quindi un approccio squisitamente clinico, volto esclusivamente a intervenire sul vissuto emotivo degli studenti. I risultati hanno evidenziato che nel questionario pre-test i partecipanti erano maggiormente orientati verso approcci rivolti al contenuto dei colloqui, rispetto a prevedere l'attivazione di sistemi; nel post test, il rapporto tra approcci sul contenuto e sul coinvolgimento di sistemi appare aumentato in favore di questi ultimi rispetto al pre test.

ABSTRACT

School psychology has been present in Italy since the 1970s, but since the end of the 1990s attention has intensified on the need for psychological services in schools and today in most Italian schools there are psychologists who provide psychological services and carry out interventions to promote well-being and prevent discomfort. In 2020, the Covid-19 pandemic and the consequent global health emergency caused a rapid acceleration in the use of integrated technologies in schools and in the work of school psychologists, ensuring that Telepsychology and psychoeducational interventions via the web are been much more associated with standard practice, given the enforcement of social distancing. The present work is placed in this context and contains two studies related to the work of the school psychologist, online and in presence.

In the first chapter, the studies present in the literature on online psychological and psychoeducational interventions aimed at children and adolescents were analysed, with a particular focus on the school context, through a review of the applied studies in secondary school. This review of studies shows that telepsychology interventions and online psychoeducational support courses within the school context and aimed at students can have various advantages, even compared to face-to-face counseling. For example, great accessibility for all students and the possibility of reaching even those who are more reluctant or isolated.

The second chapter presents a study that aims to evaluate the effectiveness of a group psychoeducational path that aims to increase the socio-emotional well-being and self-esteem of pre-adolescents diagnosed with Specific Learning Disorder (LD), provided by the school psychologist both online and in presence. Children and adolescents with DSA often have lower self-esteem, lower social skills and higher rates of social rejection and isolation than their peers. These children therefore need emotional support but, as some authors have noted, fear of perceived social closeness may inhibit their intention to seek help. Considering these premises, online interventions in schools could attract students and be an effective alternative to face-to-face interventions. In this study, differences in self-esteem and psychological problems among three groups of preadolescents (with SLD; with SLD who received online group psychoeducational training; with SLD who received the same intervention face-to-face) are explored. The sample includes 37 pre-adolescents (13, 14, 10 students per group) aged between 10 and 13 years. Participants completed standardized questionnaires measuring self-esteem (Multidimensional Self-Esteem Test) and psychopathological behaviors (The Strengths and Difficulties Questionnaire). The results showed that students with SLD who participated in the online training did not worsen in interpersonal self-esteem and peer

problems, unlike the group that received no intervention. The most significant improvements were seen in the group that received the face-to-face intervention. This preliminary study suggests that telepsychology in school may offer significant opportunities to improve prevention and support, particularly for those students who are less likely to seek professional help for privacy and anonymity concerns in the context of high proximity. society or concerns about stigma around mental illness.

In the last chapter, the results of the work carried out in collaboration with the working group on school psychology of the Order of Psychologists of Emilia Romagna are presented-- This chapter contains an operational proposal for the development of guidelines that support school psychologists engaged in the listening desk activity, with the primary objective of offering an approach to decision making processes in school psychological counseling. The development of guidelines is in fact a widespread system in many health and social fields as it represents an effective way to standardize the practices of different operators. The operational proposal elaborated foresees 5 color codes attributed to the situation by the school psychologist, based on the information collected by the student and the teaching staff, which correspond to actions and interventions that the psychologist can undertake. In the second part of the third chapter, the impact of a training proposal promoted to disseminate the guidelines proposal of the School Psychology working group is analysed. The aim of this latest exploratory study is to investigate the perception of usefulness and functionality of the Guidelines and their ability to standardize the potential actions that school psychologists would undertake when faced with a given situation. 95 psychologists enrolled in the Order of Emilia Romagna participated in the study. Participants answered two online questionnaires, at the beginning and at the end of the 8-hour training course delivered in webinar mode and held over two mornings. These questionnaires consisted of a first part of personal data and a second part of questions relating to how the psychologists participating in the course would have intervened in a hypothetical case presented with a short video. Perceptions of the usefulness of school psychologist intervention guidelines appear to be very high among colleagues who participated in the study, equally among professionals who have experience as school psychologists and among those who work in other contexts. The guidelines refer to a bio-psychosocial model of the school psychologist and promote interventions and actions of the same as part of a system, which activates, depending on the situation, the other components (school, family and services), thus surpassing an approach exquisitely clinical, aimed exclusively at intervening on the students' emotional experience. The results showed that in the pre-test questionnaire the participants were more oriented towards approaches aimed at the content of the interviews, rather than foreseeing the activation of systems;

in the post test, the ratio between approaches on the content and on the involvement of systems appears to have increased in favor of the latter compared to the pre test.

INDICE

ABSTRACT	3
Introduzione generale	11
Capitolo 1: Le potenzialità della telepsicologia nella psicologia scolastica: una revisione degli studi applicativi nella scuola secondaria	15
1.1 Introduzione	15
1.2 Metodo	19
1.3 Risultati	20
1.4 Discussione	33
1.5 Conclusioni	35
Capitolo 2: Intervento di gruppo online e in presenza per incrementare l'autostima di preadolescenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento	37
2.1 Introduzione	37
2.2 Obiettivi	44
2.3 Metodo	45
2.4 Risultati	51
2.4 Discussione	55
Capitolo 3: Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto	57
3.1 La Proposta operativa del GDL di psicologia scolastica dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna	57
3.1.1 Introduzione	57
3.1.2 Le linee guida in psicologia	62
3.1.3 La proposta operativa: i 5 codici delle Linee guida	64
3.1.4 Esempi applicativi di utilizzo delle linee guida	71
3.1.5 Considerazioni	78
3.2 Corso di formazione sulle linee guida: promuovere prassi di lavoro condivise tra gli psicologi scolastici	80

3.2.1 Obiettivi	80
3.2.2. Metodo	81
3.2.3 Risultati	82
3.2.4 Discussione	85
3.2.5 Allegati.....	88
Conclusioni generali	92
BIBLIOGRAFIA	95

Introduzione generale

La psicologia scolastica nasce come ambito di studi in Europa occidentale e negli Stati Uniti. È nel 1910 che si inizia a parlare di psicologo scolastico, quando si afferma la necessità di introdurre degli psicologi nelle scuole per condurre delle valutazioni. Negli Stati Uniti, nel 1948, viene fondata la divisione 16 dell'APA (American Psychological Association), dedicata alla psicologia scolastica. In quegli anni gli psicologi scolastici si occupavano principalmente di valutazioni psicodiagnostiche, allo scopo di identificare le difficoltà e i bisogni speciali dei bambini e dei ragazzi.

Nel 1969 viene fondata la NASP (National Association of School Psychologists) che, insieme all'APA, supporta la fondazione dell'International School Psychology Committee (ISPC), in seguito convertita in ISPA (International School Psychology Association).

Proprio in quegli anni gli esperti iniziarono a interrogarsi sulle caratteristiche del bagaglio formativo e professionalizzante che lo psicologo scolastico avrebbe dovuto possedere. Secondo la definizione NASP, gli psicologi scolastici sono "Membri qualificati del team della scuola, esperti di salute mentale, apprendimento e comportamento che lavorano con insegnanti, famiglie, personale amministrativo scolastico ed altri professionisti per creare un ambiente che supporti l'apprendimento degli studenti, le abilità di insegnamento dei docenti e rafforzi i rapporti tra casa, scuola e comunità" Sempre secondo NASP i programmi offerti dovevano promuovere otto competenze fondamentali:

1. capacità relazionali e di collaborazione
2. consapevolezza della diversità e formulazione di servizi sensibili
3. competenze nell'utilizzo e nell'applicazione delle tecnologie
4. responsabilità professionale, legale, etica e sociale
5. capacità basata sui dati di prendere decisioni
6. capacità di intervenire sull'intero sistema (individui, gruppi, comunità)
7. capacità di promuovere lo sviluppo di capacità cognitive e accademiche
8. promuovere benessere, abilità sociali, salute mentale e competenze di vita

Ad oggi, il bisogno di uniformare gli standard di formazione e certificazione è rimasto invariato, con la particolarità che ogni Stato dell'Unione Europea regola liberamente le attività professionali e la formazione nell'ambito. A livello europeo, i primi Paesi che hanno sviluppato servizi di psicologia scolastica sono stati Danimarca, Svezia, Regno Unito e Francia, i quali hanno integrato la psicologia all'interno di sistemi scolastici multidisciplinari e molto strutturati. L'Italia, invece, è stata protagonista di una serie di manovre legislative che per molti anni non hanno trovato

particolare diffusione o applicazione concreta. Nel 1969, un Decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R. 21 gennaio 1969, n. 242) integrava gli insegnamenti di psicologia scolastica all'interno dei Corsi di Laurea dedicati alle materie umanistiche e pedagogiche e la Riforma Sanitaria del 1978 stabilì la creazione di equipe delle Unità Sanitarie Locali (ex USL).

Negli anni '90 si iniziò a prevedere l'ingresso dello psicologo nelle scuole tramite i CIC (Centri di Informazione e Consulenza) per attività di prevenzione, educazione e promozione della salute. Sul piano operativo, i CIC si sono inseriti come sportelli di ascolto, luoghi dediti ad accogliere le problematiche riportate dagli studenti, non occuparsi direttamente delle dinamiche tra studenti e insegnanti. In seguito, sono proseguite le iniziative per istituire la figura dello psicologo scolastico e nel 1997 la Legge Bassanini ha conferito alla scuola l'autonomia necessaria per poter richiedere l'attivazione di progetti da parte di liberi professionisti.

I dati raccolti dalla più importante ricerca internazionale riguardo la presenza della figura dello psicologo scolastico nelle scuole, l'International School Psychology Survey (ISPS), e alcuni recenti studi condotti a livello locale (Matteucci e Farrell, 2018) hanno rivelato che nella maggioranza delle scuole in Italia sono presenti psicologi che forniscono servizi e realizzano interventi, seppur in diversi modi.

Il presente lavoro si inserisce nell'ambito della psicologia scolastica italiana, in un preciso e particolare momento storico corrispondente alla pandemia di Covid-19 che ha profondamente impattato sulla vita della popolazione scolastica, imprimendo una rapida accelerazione all'utilizzo delle tecnologie integrate nella scuola e nel lavoro degli psicologi scolastici, facendo in modo che Telepsicologia e interventi psicoeducativi via web siano stati molto più associati alla pratica standard, visto l'imposizione del distanziamento sociale.

Il lavoro si è focalizzato inizialmente su una revisione della letteratura sugli interventi psicologici e psicoeducativi online rivolti a bambini e adolescenti, con un particolare focus sugli studi applicativi nella scuola secondaria. Questa rassegna di studi mostra che interventi di telepsicologia e percorsi di supporto psicoeducativo online all'interno del contesto scolastico e rivolti a studenti, possono presentare diversi vantaggi, anche rispetto alla consulenza faccia a faccia, ad esempio, grande accessibilità per tutti gli studenti e possibilità di raggiungere anche chi è più restio o isolato.

È stato poi effettuato uno studio applicativo con l'obiettivo valutare gli effetti di un percorso psicoeducativo di gruppo che mira ad aumentare il benessere socio-emotivo e l'autostima di preadolescenti con diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), erogato dallo psicologo scolastico sia in modalità online che in presenza. Negli ultimi anni, un numero crescente di ricerche ha documentato negli studenti con Disturbo Specifico d'Apprendimento (DSA) il

maggior rischio di insorgenza di sintomi internalizzanti, come ansia e depressione (Al-Yagon, 2010; Margalit, 2010; per le revisioni vedi Mugnaini et al. 2009 ; Willcutt et al. 2013; Donolato et al., 2022) ed esternalizzanti, come problemi comportamentali e iperattività (Donolato et al., 2022; Pastor, Reuben, & Duran, 2012; Sorour, Mohamed, & El-Maksoud, 2014), rispetto agli studenti con sviluppo tipico (ST). Anche nel contesto italiano, molti studi hanno confermato maggiori sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini con DSA rispetto ai coetanei a sviluppo tipico (Benassi et al., 2022a; Bonifacci et al. 2016; Giovagnoli et al., 2020; Matteucci et al. 2019; Scorza et al. 2018) e che queste condizioni persistono durante l'adolescenza e l'età adulta (e.g., Camia et al., 2022; Scorza, Zonno, & Benassi, 2018). Questi bambini hanno quindi bisogno di supporto emotivo ma, come hanno notato alcuni autori (ad esempio, Boyd et al., 2011), la paura della vicinanza sociale percepita può inibire l'intenzione dei giovani di cercare aiuto. Di conseguenza, potrebbe non essere richiesto un adeguato supporto professionale quando gli adolescenti sperimentano condizioni di salute mentale potenzialmente gravi (Glasheen et al., 2016). Pertanto, ci siamo chiesti se gli interventi di psicologia scolastica online attirerebbero gli studenti che necessitano di aiuto psicologico, come gli studenti con DSA, e se questa modalità online può essere un'alternativa efficace agli interventi faccia a faccia. Questo studio aveva l'obiettivo di esplorare le differenze nell'autostima e problemi psicologici tra tre gruppi di preadolescenti (con DSA; con DSA che hanno ricevuto un training psicoeducativo di gruppo online; con DSA che hanno ricevuto lo stesso intervento in modalità faccia a faccia) per indagare l'ipotesi sperimentale che un intervento psicoeducativo in gruppo rivolto potesse migliorare la percezione dell'autostima di una popolazione a rischio come quella dei preadolescenti con DSA e che questo tipo di percorso potesse essere efficace sia se erogato in modalità online, sia in modalità in presenza.

Infine ci si è interrogati sulle esigenze professionali degli psicologi scolastici italiani, su mandato dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna, con il particolare contributo del Gruppo di Lavoro (GdL) di psicologia scolastica- Dal report di Matteucci e Soncini (2020) sullo stato dell'arte della psicologia scolastica in Italia emerge come gli psicologi scolastici lamentino una carenza di ricerca in psicologia scolastica e una mancanza di prassi condivise per la gestione ed erogazione dei servizi psicologici negli ambienti scolastici. Inoltre, gli psicologi scolastici si trovano sguarniti di strumenti per il decision making e il problem solving necessari per gestire i sistemi che possono supportare la scuola, seppur esterni ad essa. Da queste considerazioni è partito il lavoro del GdL di psicologia scolastica di creazione di una proposta operativa di linee guida da applicare allo sportello di ascolto scolastico. Lo sviluppo di linee guida è infatti, un sistema largamente diffuso in molti ambiti sanitari e sociali poichè rappresenta una modalità efficace per uniformare le prassi di diversi operatori

(Grimshaw, Russell, 1994). La proposta operativa elaborata prevede 5 codici colore attribuiti alla situazione dallo psicologo scolastico, basate sulle informazioni raccolte dallo studente e dal corpo docente, a cui corrispondono azioni e interventi che lo psicologo può intraprendere. Tale proposta, insieme alle sue basi teoriche di riferimento, è descritta e dettagliata nel presente lavoro.

Infine l'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna ha promosso nel novembre 2022 il corso dal titolo "Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto: una proposta operativa" della durata di otto ore suddivise in due giornate. L'obiettivo del corso era quello di rendere disponibili agli psicologi scolastici della regione Emilia Romagna delle linee guida condivise per uniformare le prassi di comunicazione e collaborazione tra la scuola e gli altri sistemi e servizi. Durante il corso sono state presentate le linee guida sviluppate dal gruppo di lavoro, sotto forma di codici di intervento. L'ultimo studio esplorativo ha l'obiettivo di indagare la percezione di utilità e funzionalità delle Linee guida e la capacità delle stesse di uniformare le azioni potenziali che gli psicologi scolastici intraprenderebbero di fronte a una situazione data. Hanno partecipato allo studio 95 psicologi iscritti all'Ordine dell'Emilia Romagna.

Capitolo 1: Le potenzialità della telepsicologia nella psicologia scolastica: una revisione degli studi applicativi nella scuola secondaria

1.1 Introduzione

Da una ventina d'anni a questa parte, i progressi tecnologici e l'avvento di Internet hanno preso sempre più piede anche all'interno della pratica psicologica, aprendo nuove strade per soddisfare i bisogni di pazienti e utenti, sia adulti che giovani (Layne & Hohenshil, 2005).

L'attuazione e l'inserimento di queste tecnologie all'interno della pratica psicologica, anche scolastica, in questi anni è andata a rilento, soprattutto a causa di barriere innalzate da utenti, professionisti e organizzazioni ufficiali (Barak et al., 2008). Tuttavia la comparsa del virus COVID-19 e della conseguente situazione di emergenza sanitaria globale, ha impresso una rapida accelerazione, facendo in modo che Telepsicologia e interventi psicoeducativi via web siano stati molto più associati alla pratica standard, visto l'imposizione del distanziamento sociale (Reidbord, 2020).

Hilty e collaboratori (2013) definiscono come *e-therapies* tutte quelle pratiche che possono essere erogate tramite telefono, videoconferenza e interventi basati su chat o web. Per identificarle viene spesso utilizzata in italiano la dicitura *telepsicologia*, la quale, in questo caso, è stata utilizzata facendo riferimento all'erogazione di terapia e consulenza prettamente psicologica e/o psicoeducativa (Payne et al., 2020). Possiamo considerare, all'interno della grande categoria delle *e-therapies*, anche percorsi e interventi psicoeducativi online. Quest'ultimi vengono definiti come interventi peculiari, con lo scopo di promuovere e indirizzare uno sviluppo globale e congruo della personalità in soggetti con necessità educative particolari, valorizzando le abilità presenti, agevolando una migliore espressione di sé stessi e una qualità di vita superiore (Pavone, 2010). Diversi autori hanno sottolineato come la consulenza psicologica online si è mostrata come nuovo metodo per aiutare le persone a migliorare il loro benessere psicologico e sociale (Lan, 2016). Anche revisioni sistematiche e meta-analisi hanno mostrato risultati promettenti in merito a telepsicologia e interventi psicoeducativi realizzati via web in differenti popolazioni (Barak et al., 2008; Tang et al., 2018).

Questo tipo di intervento aumenta la facilità di accesso di utenti e pazienti alle risorse, è meno intimidatorio e abbassa le resistenze ad usufruirne, causate dallo stigma. È adatto, inoltre, a tutti

coloro che per diversi motivi non sono in grado o sono intimoriti dall'intraprendere un percorso faccia a faccia (De la Varre, Keane & Irvin, 2011; Dincyurek & Uygurer, 2012; Klein et al., 2010; Krist & Woolf, 2011; Menon & Rubin, 2011; Simpson et al., 2005). Ad esempio, è utile per utenti e pazienti che vivono in zone remote o rurali e che faticano a raggiungere i luoghi dove professionisti propongono percorsi di supporto psicologico o psicoeducativo in presenza. Ad esempio Simpson e collaboratori (Simpson et al., 2005) hanno riportato diversi vantaggi, dichiarati da pazienti con disturbo alimentare, i quali vivevano in zone remote della Scozia e che avevano sperimentato un percorso di telepsicologia attraverso sessioni di videoconferenza. Essi, più precisamente, hanno dichiarato che per loro fosse più conveniente e meno dispendiosa in termini di tempo e costi rispetto ad un percorso faccia-faccia, ma anche più flessibile e più adattabile alle esigenze del paziente e dello psicologo. Infine, alcuni partecipanti, con alti livelli di vergogna, preferivano la videoterapia, poiché si sentivano meno imbarazzati e intimiditi e più a loro agio, rispetto ad un intervento svolto in presenza.

Anche per i professionisti, l'utilizzo di queste pratiche ha fatto emergere alcuni benefici: ad esempio, l'utilizzo di web chat asincrone e sincrone, che permetterebbe la conservazione e l'archiviazione di dati utili per nuove riflessioni e rielaborazioni da parte del terapeuta, può portare ad aumentare la qualità del "lavoro psicologico" con paziente o utente (Mishna, Bogo & Sawyer, 2015).

È significativo notare che tra psicologi e professionisti vi è consenso riguardo il fatto che la telepsicologia, in particolare quella messa in atto attraverso videochiamate, possa essere particolarmente adatta per lavorare con bambini e giovani sia come modalità di lavoro predominante, sia in aggiunta alla pratica in presenza (Richards & Simpson, 2015).

Hollis e colleghi (Hollis et al., 2017), nel condurre un'analisi di 21 rassegne, hanno riscontrato che la Terapia Cognitivo-Comportamentale realizzata attraverso il computer (Computerised Cognitive Behavioural Therapy - cCBT) e rivolta ad adolescenti con sintomi di ansia e depressione, era l'approccio più diffuso, ricercato e anche ampiamente efficace.

Tuttavia, anche altri programmi e interventi via web appaiono altrettanto utili ed efficaci, anche in campo psicoeducativo (Calear et al., 2009; Fridrici & Lohaus, 2009).

Ad esempio, percorsi svolti attraverso programmi basati su scambio di e-mail o web-chat sincrone sembrano avere successo per far smettere di fumare gli adolescenti (Patten et al., 2006; Woodruff et al., 2001; Woodruff et al., 2007). Nelson e Bui (2010), hanno anche sottolineato che telepsicologia e interventi psicoeducativi realizzati via web sembrano essere più accettabili per la fascia d'età

adolescenziale, visto che proprio gli adolescenti utilizzano in modo più sistematico la tecnologia per connessione e interazioni sociali.

Le prove emerse, sebbene con alcune limitazioni e lacune, hanno attirato l'attenzione e le domande dei ricercatori sull'utilizzo di queste pratiche psicologiche via web anche all'interno della scuola. Infatti, dato che la psicologia può portare all'interno del contesto scolastico grande supporto, come delineato più volte dalla letteratura (Cornoldi & Molinari, 2021), diversi autori hanno cominciato ad indagare se anche la telepsicologia possa essere uno strumento altrettanto utile. Uno tra i primi esempi di ciò è stato uno studio di Fridrici e Lohaus (2009), i quali hanno testato un intervento per la prevenzione allo stress tra gli studenti della scuola secondaria, come possibile alternativa per l'attuazione di progetti di promozione della salute mentale, svolti in presenza nelle classi.

Precedentemente al COVID, i compiti di cui lo psicologo scolastico si occupava maggiormente erano: valutazione di Bisogni Educativi Speciali (BES) o Disturbi Specifici d'Apprendimento (DSA), sportello psicologico di ascolto e interventi verso comportamenti difficili o specifiche emergenze (Watkins, Crosby & Pearson, 2001). Ora, proprio l'emergenza pandemica, ha fatto affiorare l'urgenza di impiegare sempre meglio e sempre più lo psicologo scolastico per il benessere psico-sociale degli studenti.

Il disagio emotivo e psicologico, i comportamenti problema, cioè socialmente inadeguati o pericolosi verso compagni, insegnanti e genitori, l'aggressività verbale e atteggiamenti oppositivi sono alcuni dei maggiori disagi che sperimentano studenti e studentesse. E durante il periodo di pandemia sono aumentati ulteriormente. Ad evidenza di ciò, uno studio recente di Orgiles e collaboratori (Orgiles et al., 2020), svolto proprio in Italia e Spagna, due dei paesi europei più colpiti dal COVID-19, ha rilevato un peggioramento dello stato emotivo e del comportamento dei giovani: in particolare nella difficoltà di concentrazione, nell'aumento di noia, irritabilità e solitudine. Anche un'indagine nazionale condotta da Telefono Azzurro e DoxaKids (2020), la quale ha raccolto impressioni di genitori italiani riguardo i loro figli durante la quarantena, ha rilevato importanti cambiamenti nelle abitudini e comportamenti di bambini e adolescenti, soprattutto riguardo all'aumento di segnali di isolamento, ritiro sociale o disturbi alimentari (Caffo, Scandroglio & Asta, 2020). Non sono presenti numerosi studi nell'ambito, ma alcune prove indicano che anche la scelta del luogo in cui impostare un intervento psicologico online per il disagio emotivo, paia essere discriminante per l'adesione e la partecipazione dei soggetti. Considerando infatti lo studio, citato in precedenza, di Fridrici & Lohaus (2009), in cui i ricercatori hanno confrontato un percorso scolastico online di prevenzione dello stress rivolto agli studenti, con un percorso svolto in presenza a scuola e individualmente a casa, hanno osservato che la condizione di intervento online a scuola ha

ottenuto una partecipazione maggiore (98%) rispetto a quella online a casa (30,8%). Dunque, gli studenti nelle scuole hanno maggiori probabilità di completare tutto il ciclo di sessioni (Fridrici & Lohaus, 2009), suggerendo che essi aderiscano con più continuità e più spontaneamente a sessioni di telepsicologia o percorsi psicologici online in contesto scolastico, rispetto a progetti via web svolti a casa individualmente o in luoghi esterni alla scuola.

A livello internazionale, sempre più psicologi scolastici lavorano in un ambiente scolastico anche digitale, fornendo programmi di consulenza e supporto attraverso l'uso della tecnologia e mantenendo standard ed etica professionale, applicabili agli ambienti scolastici (Corey et al., 2015). Alcuni studi mostrano che la consulenza online è efficace e può fornire l'assistenza necessaria anche ad educatori scolastici, insegnanti e perfino genitori (Bice-Urbach & Kratochwill, 2016; Fischer et al., 2017).

La ricerca sull'uso dei modelli di consulenza telepsicologica all'interno delle scuole è ancora relativamente scarsa, ma, Osborn, Peterson e Hale (2015) hanno rilevato che queste pratiche utilizzate da psicologi scolastici nei loro interventi, possono fornire nuovi contesti ed esperienze uniche. Il loro inserimento permetterebbe di raggiungere una popolazione di studenti e studentesse molto ampia, di rendere più flessibili e adattabili i tempi d'intervento all'interno delle scuole e di incentivare l'accesso ad un servizio di questo tipo, anche ai più restii a richiedere aiuto (Giaouri, 2021).

Queste prove, tuttavia, emergono da ricerche svolte in gran parte in contesti internazionali. Le ricerche sulle pratiche psicologiche all'interno della scuola italiana, in particolar modo quelle via web, risultano molto scarse e solo nei primi anni del nuovo millennio si è cominciato ad indagare in modo sistematico figura, funzioni e presenza dello psicologo scolastico, all'interno del contesto scolastico nazionale (Trombetta, Alessandri & Corona Mendozza, 2008; Trombetta, Alessandri & Coyne, 2008).

Il ritardo dell'Italia rispetto ad altri paesi, nell'istituire un servizio di psicologia scolastica articolato e integrato al contesto educativo, è davvero importante (Dossena, 2017). Ciononostante, come dimostrato anche recentemente dall'emergenza pandemica, sempre di più gli insegnanti e il contesto istituzionale cominciano a riconoscere il ruolo dello psicologo scolastico indispensabile, dando valore anche alle potenzialità delle nuove tecnologie nello svolgimento della pratica psicologica.

Pertanto, come sostenuto da Dossena (2017), risulta evidente che sia necessario terminare il prima possibile il riposizionamento e l'integrazione della psicologia scolastica all'interno del sistema educativo italiano, per il miglioramento e supporto del sistema stesso.

Alla luce di questo complesso e variegato scenario, italiano e internazionale, e delle nuove criticità

causate dell'emergenza sanitaria da COVID-19, sembrano emergere prove valide in merito ai benefici di interventi di telepsicologia a scuola; tuttavia sono ancora presenti lacune, limitazioni e ambiti poco esplorati in merito a queste pratiche. Per questi motivi, in questo contributo si è deciso di condurre una revisione di studi applicativi con lo scopo di mappare le evidenze empiriche relative agli effetti e ai benefici di interventi di telepsicologia e psicoeducativi via web rivolti a studenti di scuola secondaria di secondo grado.

1.2 Metodo

Strategia di ricerca

Per lo svolgimento di questa revisione di studi è stato utilizzato il modello metodologico di Arksey & O'Malley (2005), seguendo le fasi di: progettazione e ricerca degli studi pertinenti, selezione delle ricerche, creazione tabella e grafici con raccolta dei dati e rendicontazione dei risultati. Per la stesura si sono seguite le linee guida PRISMA per lo svolgimento di revisioni sistematiche, con particolare attenzione alle indicazioni per la rassegna di scoping (Tricco et al., 2018).

Al fine di valutare lo stato attuale degli studi riguardo gli effetti e/o benefici di interventi di telepsicologia o psicoeducativi via web rivolti a studenti adolescenti, è stata effettuata durante la fase di ricerca una revisione della letteratura in lingua inglese.

La ricerca è stata eseguita nelle seguenti quattro banche dati online: Google Scholar (analizzando gli articoli delle prime 9 pagine di ricerca, posti in ordine di pubblicazione fino al 2021), Web of Science, Scopus (Elsevier), e APA Psycinfo, comprendendo anche Psychology and Behavioral Sciences Collection e Education Research complete.

Sono state inserite per l'indagine, le seguenti combinazioni di frasi di ricerca Booleana: ("outcomes" OR "benefits" OR "effects") AND ("telepsychology" OR "online counselling" OR "online psychological project" OR "webchat") AND ("students" OR "children" OR "adolescents" OR "teenagers" OR "youth").

Ulteriori criteri di ricerca presi in considerazione sono stati: il periodo di pubblicazione degli studi, dall'anno 2011 al 2021 e la tipologia di documento, includendo solo articoli di ricerca e rassegne. L'indagine all'interno delle banche dati è terminata ad ottobre 2021 e non sono stati eseguiti ulteriori approfondimenti su riviste cartacee per individuare letteratura grigia. Si è deciso di focalizzare l'analisi degli studi sul decennio 2011-2021, data la maggiore probabilità di trovare più articoli che trattassero l'utilizzo delle nuove tecnologie, in rapido sviluppo nell'ultimo decennio come strumento d'intervento per la psicologia scolastica.

Selezione degli studi

I criteri di inclusione ed esclusione definiti per la selezione degli studi, sono stati sviluppati utilizzando lo strumento PICOS (Methley et al. 2014):

P (Popolazione) – Adolescenti dagli 11 ai 19 anni, reclutati all'interno della scuola.

I (Interventi) – progetti, interventi e test effettuati via web che presentino una componente psicologica (interventi psicoeducativi, di supporto psicologico, ecc..) rivolti a studenti adolescenti, aggiungendo sondaggi e ricerche esplorative che indagano l'uso e la percezione di questi interventi online. Vengono esclusi gli interventi online didattici e con il solo scopo informativo.

C (Confronto) – Confronto tra gruppi d'intervento e di controllo e variabili misurate; inoltre correlazioni tra variabili ed elementi emersi dalle indagini esplorative e qualitative;

O (Outcomes) – Benefici e/o effetti che riguardano gli interventi online in ambito psicologico rivolti a studenti adolescenti;

S (Study Design) – Sia studi quantitativi che qualitativi.

Gli articoli sono stati selezionati sulla base dei criteri precedenti e analizzati congiuntamente da tre revisori. Vi è stata una prima selezione basata sulla lettura del titolo e dell'abstract per identificare gli studi coerenti con i criteri; in caso di dubbio se includere o meno lo studio, è seguita un'analisi del contenuto dell'articolo e un controllo incrociato da parte degli altri revisori. Riguardo le revisioni di studi trovate durante la ricerca, è stata eseguita un'indagine approfondita degli articoli presenti all'interno di ognuna, al fine di valutare se alcuni potessero rientrare nell'analisi conclusiva di questa revisione di studi. Le ricerche che presentavano i criteri selezionati sono state incluse nell'analisi finale.

Per la raccolta, il tracciamento e l'analisi dei dati all'interno degli studi, è stata creata una tabella supplementare (*inserita in appendice*), nella quale sono stati riportati riassunti descrittivi di ogni articolo selezionato. All'interno della tabella sono stati riportati i seguenti elementi: autore, anno, paese, popolazione, scopo dello studio, strumenti e variabili, risultati principali.

1.3 Risultati

Al termine dell'analisi delle banche dati, sono stati inclusi nella sintesi quantitativa e qualitativa 13 articoli di ricerca (*Figura 1.*). I 13 studi considerati, riassunti nella tabella 1, hanno condotto le loro ricerche nei seguenti paesi: 3 in Indonesia, 1 ad Hong Kong, 1 in Korea del Sud, 1 in Thailandia, 1 in Irlanda, 1 in Italia, 1 in Svizzera, 1 in USA e 3 in Australia.

(Figura.1)

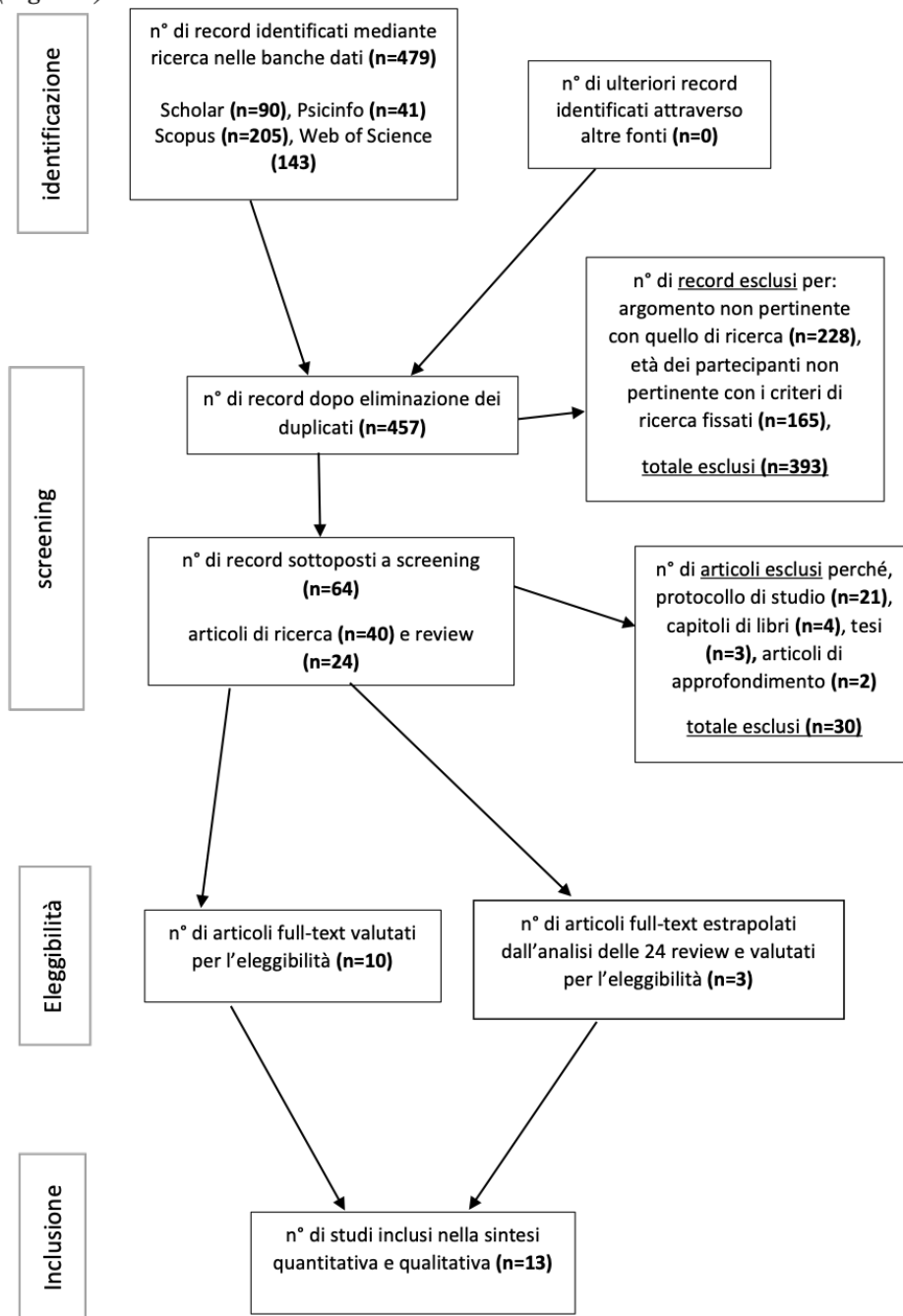


Figura 1. Diagramma di flusso relativo agli step della revisione delle banche dati

Tabella 1. Tabella riassuntiva di analisi degli studi inclusi

Autori	Partecipanti	Scopo	Strumenti	Risultati
K. J. Glasheen, I. Shochet, & M.A. Campbell Australia 2016	215 P 103 M e 112 F 13 - 18 anni	Indagare l'utilizzo dello sportello psicologico scolastico online da parte degli studenti.	Strumento ad hoc - Depression Anxiety Stress Scale, short version (DASS-21).	L' 80 % degli studenti userebbe la consulenza online Non vi sono differenze di genere tra gli studenti che usano counseling online, ma le femmine usano di più quello in presenza Gli studenti utilizzano counseling online quando hanno sintomi depressivi alti, alti livelli di stress o questioni legate alla sessualità.
T. M. H. Li e Cassie S. Y. Leung Hong Kong (Cina) 2020	300 P 192 F e 108 M 12 - 18 anni	Indagare le condizioni di salute mentale degli studenti a Hong Kong durante la pandemia e loro utilizzo di servizi di consulenza online	Strumento ad hoc	Il 40% degli studenti partecipanti aveva intenzione di utilizzare servizi di consulenza online. Studenti senza disagio mentale preferivano utilizzare il servizio di consulenza online con messaggistica istantanea o videochat. Studenti in difficoltà con esperienze di consulenza precedenti erano più propense a utilizzare consulenza online.

<p>R. Do, J. Park, S. Lee, M. Cho, J. Kim e M. Shin</p> <p>Korea del Sud 2019</p>	<p>246 P 144 M e 102 F 13 - 18 anni</p>	<p>Indagare le variabili che influenzano il comportamento di ricerca di aiuto professionale negli adolescenti e esplorare le variabili correlate alle preferenze e percezione verso la terapia online.</p>	<p>Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-S) Intentions to Seek Counseling Inventory (ISCI) General Help- Seeking Questionnaire (GHSQ) Barriers to Adolescents Seeking Help Scale (BASH) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) The Perceptions of Computerized Therapy Questionnaire (PCTQ)</p>	<p>L'intenzione di ricerca di aiuto è positivamente correlate al genere femminile e al riconoscimento della necessità di aiuto. È necessario migliorare il riconoscimento della necessità di aiuto, tra gli adolescenti maschi. La terapia online fornisce un'alternativa agli adolescenti maschi, che presentano elevata fiducia nei terapeuti ma una scarsa apertura interpersonale.</p>
<p>J. Wright USA 2020</p>	<p>256 P 133 M e 123 F 6-16 anni.</p>	<p>Confrontare due procedure di somministrazione della WISC-V: somministrazione tradizionale di persona e somministrazione online.</p>	<p>KBIT-2 (Kaufman Brief Test, 2) WISC-V per valutare la somministrazione della procedura.</p>	<p>I risultati non hanno rivelato differenze, cioè effetti di metodo, tra il QI e i punteggi delle procedure di somministrazione.</p>

<p>A. A. Purnomo e J. T. Loekmon</p> <p>Indonesia 2021</p>	<p>2P No Genere 17 anni</p>	<p>Individuare un approccio di consulenza efficace per ridurre l'ansia per la matematica degli studenti. Confronto tra percorso di terapia cognitivo comportamentale (TCC) e counselling basato sulla</p>	<p>Abbreviate Mathematic Scale (AMAS) Works Alliance Inventory Short Revision (WAI-SR) Strumento ad hoc</p>	<p>TCC e consulenza musicale sono entrambe efficaci nel ridurre l'ansia per la matematica, ma la TCC risulta più efficace.</p>
<p>I. K. Gading</p> <p>Indonesia 2020</p>	<p>30 P No Genere 15 - 17 anni.</p>	<p>Sviluppare modello teorico e linee guida per la consulenza psicologica online ed esaminarne l'accettabilità e l'efficacia.</p>	<p>Strumento ad hoc</p>	<p>L'accettabilità del modello di consulenza psicologica online e delle linee guida sviluppate in questo studio è molto alta.</p>
<p>K. Chillemi, J. A. M. Abbott, D. W. Austin, and A. Knowles</p> <p>Australia 2020</p>	<p>54 P 48 M e 6 F 14 - 16 anni No etnia</p>	<p>Raccogliere dati preliminari rispetto ad un programma psicoeducativo online per aumentare la resilienza al cyberbullismo tra adolescenti</p>	<p>Strumento ad hoc General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ) Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-S)</p>	<p>Il training produce: - aumento significativo dell'abilità dell'autocomprensione per cyberbullismo - aumento significativo dell'abilità di utilizzo del pensiero funzionale per far fronte a cyberbullismo - aumento degli atteggiamenti di ricerca di aiuto e di impegno con consulenza in caso di vittimizzazione - nessuna differenza tra pre e post nella variabile di ricerca del supporto o aiuto ad un amico in esperienze di cyberbullismo.</p>

<p>K. Suranata, I. B. Rangka e A. A. J. Permana Indonesia 2020</p>	<p>90 P 12 anni No etnia specificata No genere</p>	<p>Esaminare l'efficacia di consulenza (sportello psicologico) con approccio cognitivo-comportamentale (TCC) di gruppo in presenza e online per migliorare la resilienza tra gli studenti adolescenti.</p>	<p>Resilience Youth Development Module, Junior High School (RYDM) - versione indonesiana</p>	<p>Resilienza aumentata in entrambi i gruppi di consulenza (confronto pre-post test) Maggiore resilienza rispetto al gruppo di controllo. Nessuna significativa differenza tra il counseling faccia a faccia e quello online. La consulenza online viene valutata positivamente; mostra diversi vantaggi.</p>
<p>B. O'Dea, C. King, M. Subotic-Kerry, M. R. Achilles, N. Cockayne and H. Christensen Australia 2019</p>	<p>59 P 35 F + 24 M 13 - 16 anni Etnia: 52 Australiani/ ca ucasici + 7 Aborigeni/stretto di Torres</p>	<p>Valutare fattibilità, accettabilità e sicurezza di un servizio online di salute mentale (Smooth Sailing) rivolto agli studenti delle scuole secondarie.</p>	<p>Indicatori numerici Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD) General Attitudes to Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)</p>	<p>La soddisfazione nell'utilizzo del servizio è stata alta, anche se il completamento dei vari moduli del percorso è stato basso. Dopo 6 settimane dalla fine dell'utilizzo del programma, la ricerca di aiuto, il livello di depressione e ansia negli studenti sono rimasti stabili o migliorati. Nel complesso l'uso del servizio online testato risulta fattibile, accettabile e sicuro, tuttavia sono consigliati alcuni miglioramenti</p>

<p>Canale N., Vieno A., Griffiths MD, Marino C., F. Chieco, F. Disperati, F. Andriolo e S. Santinello . Italia 2016</p>	<p>168 P 97 M e 71 F 14 - 18 anni No etnia</p>	<p>Testare l'efficacia preliminare di un programma di intervento sul gioco d'azzardo basato sul web per studenti all'interno di un ambiente scolastico.</p>	<p>South Oaks Gambling Screen– Revised for Adolescents Indicatori numerici Gambling Attitude Scale</p>	<p>A 2 mesi dal termine, il gruppo di intervento ha riportato una riduzione dei problemi di gioco rispetto al gruppo di controllo. I giocatori d'azzardo frequentati hanno mostrato una riduzione dei problemi di gioco e della frequenza. Questo tipo di intervento online fornito in ambito scolastico, può essere una strategia promettente per la prevenzione dal gioco d'azzardo tra studenti.</p>
<p>R. Kenny, A. Fitzgerald , R. Segurado and B. Dooley Irlanda 2020</p>	<p>560 P 349 F e 211 M 15 e 18 anni. Etnia: Caucasici 535 + altro 25.</p>	<p>Testare l'efficacia di CopeSmart, un'app mobile per la salute mentale che promuove l'uso di strategie di coping positive.</p>	<p>Emotional Self- Awareness Scale (ESAS) Coping Strategies Inventory (CSI) Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) WHO-Five Well- Being Index General Help- Seeking Questionnaire (GHSQ)</p>	<p>Cambiamenti non significativi nel gruppo di intervento dal pre- test al post-test, rispetto al gruppo di controllo, per stress emotivo, benessere, autoconsapevolezza emotiva o strategie di coping. L'Intervento di 4 settimane basato su quest'app potrebbe non essere sufficiente</p>

<p>M. Anttila, R. Sittichai, J. Katajisto e M. Välimäki Thailandi a 2019</p>	<p>167 P 114 F e 53 M 15 e i 19 anni No etnia</p>	<p>Esplorare l'impatto di un programma web volto a sostenere il benessere mentale degli adolescenti a scuola.</p>	<p>Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Perceived Stress Scale (PSS) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)</p>	<p>Non sono presenti cambiamenti statisticamente significativi tra i gruppi per quanto riguarda depressione, stress o soddisfazione nell'utilizzo del programma - L'accettazione ad utilizzare il programma è stata maggiore tra gli studenti che hanno utilizzato il programma in modo indipendente.</p>
<p>Haug S., Paz Castro R., Kowatsch T., Filler A., Dey M.; Schaub, M. P. Svizzera 2017</p>	<p>1.041 P 493 M e 548 F 16 ai 19 anni No etnia</p>	<p>Testare efficacia di un intervento combinato basato su web e messaggi di testo per ridurre il problema del consumo di alcol nei giovani.</p>	<p>Strumento ad hoc</p>	<p>La prevalenza di RSOD (rischio di consumo occasionale di alcool), è diminuita del 5,9% nel gruppo di intervento ed è aumentata del 2,6% nel gruppo di controllo, rispetto a quella della valutazione di base. Il programma di intervento ha ridotto l'RSOD, in modo efficace Il tasso di partecipazione all' intervento è risultato alto. L'intervento risulta utile per grandi gruppi di studenti</p>

Popolazione

Gli studi selezionati riportano un campione totale di 3188 soggetti, di cui 1652 sono individui di sesso femminile, 1414 di sesso maschile e solo di 122 soggetti non viene specificato il genere (Gading, 2020; Purnomo & Loekmono., 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020), (51,8 % femmine;

44,4 % maschi; 3,8% non specificato). In 12 studi (Anttila et al., 2019; Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Do et al., 2019; Gading, 2020; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016; Haug et al., 2017; Kenny et al., 2020; Li & Leung, 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020) i partecipanti hanno un’età che varia dai 12 ai 19 anni e solamente in uno studio (Wright, 2020) vengono considerati partecipanti con età dai 6 ai 16 anni.

Tra gli studi sperimentali, il campione è suddiviso in gruppi d’intervento e gruppi di controllo: 2358 partecipanti fanno parte di gruppi sperimentali (74,0%) e 830 partecipanti di quello di controllo (26,0%).

Solamente in 2 studi (Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019) viene raccolta e analizzata l’etnia dei partecipanti; infatti sono 619 i soggetti di cui viene indicata, per i restanti 2569 non è specificata (80,6 % del totale del campione). Tra i 619 in cui è specificata troviamo 587 indicati come Bianchi/Caucasici, 7 identificati come Aborigeni e 25 come Altro (94,9% Bianchi/Caucasici, 1,1% Aborigeni, 4,0% Altro).

Tipologia di studi

In merito agli articoli indagati, sono stati identificate 3 macrocategorie che raggruppano le tipologie di interventi descritti all’interno delle ricerche: 9 studi riguardano interventi/training psicologici e psicoeducativi online (Anttila et al., 2019; Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Gading, 2020; Haug et al., 2017; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020), 3 sono sondaggi finalizzati alla raccolta di dati in merito all’utilizzo di servizi psicologici online (Do et al., 2019; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016; Li & Leung, 2020) e 1 testa la procedura di somministrazione online di uno strumento normativo per diagnosi, somministrazione della WISC-V (Wright, 2020).

Tra i 9 interventi/training psicologici online possiamo identificare: 4 training psicoeducativi in sessioni (Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Haug et al., 2017; Purnomo & Loekmono, 2021), 2 programmi online per supporto psicologico/salute mentale (Anttila et al., 2019; O’Dea et al., 2019), 1 APP mobile per interventi psicoeducativi (Kenny et al., 2020) e 2 sportelli/counseling online (Gading, 2020; Suranata, Rangka & Permana, 2020).

Tra gli studi raccolti, vengono identificate differenti tipologie di ricerca: 3 studi sono ricerche esplorative con raccolta e analisi quantitative e qualitative dei dati attraverso sondaggi e questionari autosomministrati (Do et al., 2019; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016., 2016; Li & Leung, 2020) e 10 sono studi sperimentali di ricerca. (Anttila et al., 2019; Canale et al., 2016; Chillemi et al.,

2020, Gading, 2020; Haug et al., 2017; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020; Wright, 2020).

Tra questi ultimi, troviamo 7 studi sperimentali di confronto tra gruppi (intervento e controllo) (Anttila et al., 2019; Haug et al., 2017; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020; Wright, 2020) e 3 studi pilota (Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Gading, 2020).

Strumenti e variabili

Rispetto alle variabili prese in considerazione sono emersi diversi strumenti; principalmente questionari self report di diversa tipologia per la raccolta e analisi quantitativa e qualitativa dei dati. Gli strumenti esaminati sono stati suddivisi in 3 gruppi principali: questionari self-report standardizzati validati, questionari self-report sviluppati ad hoc e strumenti basati su indicatori numerici, per valutare soprattutto usabilità e soddisfazione nell'utilizzo di programmi e interventi di supporto psicologico online rivolti ad adolescenti.

E’ emerso che 4 studi (Do et al., 2019; Kenny et al., 2020; Suranata, Rangka & Permana, 2020; Wright, 2020) hanno utilizzato solo questionari self-report standardizzati, 3 studi (Gading, 2020; Haug et al., 2017; Li & Leung, 2020) solo questionari self-report sviluppati ad hoc e 4 studi (Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016; Purnomo & Loekmono, 2021), hanno utilizzato sia questionari self-report standardizzati che creati ad hoc, infine solo 2 studi (Anttila et al., 2019; O’Dea et al., 2019) hanno utilizzato questionari self-report standardizzati e indicatori numerici per valutazioni quantitative e di frequenza.

Lo strumento utilizzato in prevalenza e ritrovato in 4 studi è il General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ), per valutare l’intenzione, l’attitudine e gli ostacoli che riguardano la ricerca di un aiuto professionale. A seguire il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) utilizzato invece in 3 ricerche per la rilevazione di sintomi di ansia generale, stress, depressione, valutazione del disagio psicologico. La Depression Anxiety Stress Scale - short version (DASS- 21) come la Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH-S) sono state utilizzate 2 volte in due differenti studi, per rilevare le stesse precedenti variabili.

Risulta interessante notare che, negli articoli in cui sono presenti questionari self-report creati ad hoc e strumenti con indicatori numerici, gran parte di essi sono stati utilizzati per valutare la fattibilità, l’utilizzo e l’accettazione di interventi di telepsicologia scolastica. Ciò suggerisce che sia più difficile quantificare e raccogliere dati su quanto sia efficace o accettato da studenti e studentesse

un intervento somministrato online, utilizzando uno strumento standardizzato che probabilmente non è ancora stato strutturato.

Descrizione narrativa dei risultati

Prendendo in considerazione i 9 studi che presentano interventi/training psicologici e psicoeducativi online, possiamo rilevare che tutti gli articoli hanno misurato la significatività statistica dei risultati ottenuti in merito alle variabili prese in considerazione (Anttila et al., 2019; Canale et al., 2016; Chillemi et al., 2020; Gading, 2020; Haug et al., 2017; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020). All’interno di questi 9 studi di ricerca, troviamo che, in larga parte, sono stati testati e analizzati interventi psicologici online o supporti digitali (App Mobile) che miravano al miglioramento o al supporto del benessere psicologico degli studenti. In un caso specifico, si è voluto andare ad agire su un disagio comune tra gli studenti, come l’ansia da matematica. Altro obiettivo emerso, era quello di valutare interventi online, al fine di aumentare capacità e abilità nel fronteggiare esperienze o fenomeni negativi, sperimentati spesso dagli studenti. In particolare, 2 studi con intervento psicologico online hanno voluto agire sulla resilienza e su componenti di essa (mentalità auto compassionevole e pensiero funzionale) (Chillemi et al., 2020; Suranata, Rangka & Permana, 2020) e tra questi lo studio di Chillemi et al. (2020) era specifico per affrontare il fenomeno del Cyberbullismo e stimolare la ricerca di aiuto professionale o tra pari. Altri 4 studi invece, con i loro interventi, sono andati ad agire sul benessere psicologico degli adolescenti, più precisamente su sintomi depressivi, ansia, ansia generata dalla matematica, stress o anche in questo caso sull’autogestione e strategie di coping, (Anttila et al., 2019; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021); tra di essi Kenny e collaboratori (Kenny et al., 2020) hanno testato l’intervento attraverso App Mobile. Infine, 1 ricerca si è concentrata sull’implementazione e verifica di un modello strutturato di consulenza online specifico per il supporto psicologico scolastico (Gading, 2020) e 2 ricerche hanno sperimentato 2 training psicoeducativi online che potessero dare risultati significativi riguardo la prevenzione di fenomeni, come il rischio di dipendenza da gioco d’azzardo (Canale et al., 2016) e l’abuso di alcool tra gli adolescenti (Haug et al., 2017).

Tra i 9 articoli esaminati, rileviamo che 7 (Anttila et al., 2019; Chillemi et al., 2020; Gading, 2020; Kenny et al., 2020; O’Dea et al., 2019; Suranata, Rangka & Permana, 2020; Purnomo & Loekmono, 2021;) descrivono interventi riconducibili alla denominazione Telepsicologia, i due restanti sono invece 2 training a tema più psicoeducativo, che si distinguono positivamente come progetti di prevenzione (Canale et al., 2016; Haug et al., 2017). Solo 3 studi (Canale et al., 2016; Chillemi

et al., 2020; Gading, 2020) sui 9 individuati, hanno dichiarato di avere raccolto dati preliminari riguardo agli interventi presentati, per cui vengono considerati come studi pilota. Nell'approfondire i principi teorici alla base degli interventi, notiamo come i progetti online attuati all'interno di 4 studi siano basati su terapia o approccio cognitivo comportamentale (Chillemi et al., 2020; O'Dea et al., 2019; Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020), anche se in 1 l'intervento di CBT online viene posto a confronto con una strategia di consulenza psicologica basata sulla musica (Purnomo & Loekmono, 2021). Diversamente, in altri 2 studi (Anttila et al., 2019; Kenny et al., 2020) incontriamo interventi basati su principi e modelli di sviluppo delle strategie di coping riferite alle emozioni. Nei 2 articoli (Canale et al., 2016; Haug et al., 2017) che mostrano i training psicoeducativi di prevenzione, ritroviamo come base teorica modelli di cambiamento del comportamento e norme sociali, interventi che, rispetto agli altri, hanno un indirizzo più psicologico sociale. Nell'articolo di Gading, (2020), invece, ritroviamo l'implementazione di un servizio di consulenza per il supporto psicologico degli studenti, basato su un modello teorico specifico costituito da elementi di scopo, di processo e di input. Tra tutti gli studi sperimentali si è notato che, la maggior parte degli interventi analizzati ha apportato benefici ed effetti positivi negli studenti adolescenti che hanno partecipato.

Più precisamente, in circa 4 studi, l'intervento e il progetto si è rivelato molto efficace (Chillemi et al., 2020; Gading, 2020, Purnomo & Loekmono, 2021; Suranata, Rangka & Permana, 2020) con ampi miglioramenti e funzionamento ed accettabilità dei programmi significativamente alti. Anche lo studio di O'Dea e collaboratori (O'Dea et al., 2019) ha presentato un intervento interessante ma che, rispetto alle analisi, ha bisogno di alcuni miglioramenti.

Le altre due ricerche che hanno presentato dei risultati significativi sono i due training psicoeducativi (Canale et al., 2016; Haug et al., 2017) che miravano alla riduzione di comportamenti problema tra gli adolescenti: essi infatti hanno presentato una riduzione considerevole sia del consumo di alcol che del frequente gioco d'azzardo tra gli adolescenti e si sono dimostrati due programmi adeguati e promettenti da poter diffondere all'interno di un contesto scolastico, anche in presenza di più allievi.

Solamente due studi di ricerca (Anttila et al., 2019; Kenny et al., 2020) hanno rivelato un programma di supporto psicologico e intervento tramite App Mobile poco efficaci: entrambi non hanno rilevato variazioni significative per quanto riguarda le variabili misurate, probabilmente e rispettivamente a causa di diverse criticità rilevate all'interno del programma stesso e per la durata probabilmente troppo limitata del periodo di utilizzo dell'App Mobile. Inoltre, sono state incluse anche 3 ricerche esplorative, le quali hanno raccolto dati e prodotto analisi quantitative e

qualitative sull'utilizzo di servizi e consulenza psicologica online, rivolte a studenti. Se i primi 2 studi (Glasheen, Shochet & Campbell, 2016; Li & Leung, 2020) hanno indagato le intenzioni e le caratteristiche di chi avrebbe utilizzato un servizio di consulenza psicologica online in due circostanze differenti (es. ambito scolastico e periodo della pandemia da COVID-19), l'ultimo dei 3 (Do et al., 2019) ha approfondito in modo più ampio gli elementi che ruotano intorno al tema della consulenza online; nello specifico ha indagato le variabili che influenzano il comportamento di ricerca di aiuto professionale negli adolescenti depressi ed esplorato l'effetto delle variabili correlate alla ricerca di aiuto sulla preferenza e la percezione degli adolescenti nei confronti della terapia online. Riguardo gli elementi psicologici indagati all'interno delle ricerche esplorative, 2 studi (Do et al., 2019 Glasheen, Shochet & Campbell, 2016) hanno preso in considerazione studenti con sintomi depressivi, ansia e stress, invece nel terzo studio (Li & Leung, 2020) è stato indagato in modo particolare lo stato di salute mentale di adolescenti durante la pandemia Covid-19. Lo studio di Glasheen (Glasheen, Shochet & Campbell, 2016) ha analizzato gli aspetti correlati ad una consulenza psicologica svolta in un contesto scolastico e dedicata espressamente agli studenti, quello invece di Li et al. (2020) una consulenza psicologica online specifica per studenti che hanno vissuto le difficoltà causate dal periodo di pandemia Covid-19; infine, il terzo studio (Do et al., 2019) ha esplorato variabili ed elementi correlati all'utilizzo di una consulenza psicologica online.

In merito ai risultati è emerso, infatti, che gran parte degli studenti a cui è stata proposta una consulenza o percorsi di supporto psicologico online, la seguirebbe, soprattutto nei casi in cui ansia e disagio psicologico risultino a livelli molto alti. Questa convinzione e attitudine si è rafforzata molto visto l'incremento di ansia e disagio tra studenti e studentesse a causa della pandemia da COVID-19 e spesso viene preferita una consulenza tramite messaggistica sincrona e asincrona oppure via videochat.

Molto interessante è stato notare che entrambi i generi accettano in modo positivo un percorso di supporto psicologico online, anche se principalmente sono le femmine che danno preferenza ad una consulenza faccia-faccia rispetto ai maschi. Ciò fa ipotizzare che la presenza all'interno delle scuole di servizio di consulenza psicologica o sportello psicologico online, possa portare benefici nel rendere più accessibile questa opportunità verso i maschi, che faticano più delle femmine nella ricerca e riconoscimento del bisogno di aiuto. In tutto ciò, rientra come variabile

di mediazione avere una scarsa apertura interpersonale, ma fiducia o esperienze precedenti di consulenza con professionisti. L'ultimo studio (Wright, 2020) fa invece riferimento ad una valutazione dello strumento clinico-diagnostico WISC-V, somministrato online ad una popolazione scolastica e confrontato alla somministrazione tradizionale di persona. Complessivamente non sono

state rivelate differenze significative tra le due diverse somministrazioni, vale a dire effetti di metodo, tra il QI e i punteggi delle procedure di somministrazione. Ciò suggerisce che le due procedure sono pressoché equivalenti.

È possibile approfondire ulteriori aspetti di ogni studio incluso nella rassegna di studi applicativi, consultando la tabella riassuntiva in appendice al documento.

1.4 Discussione

Questa rassegna di studi aveva l'obiettivo di esplorare lo stato della letteratura riguardo effetti e benefici di interventi di telepsicologia e progetti psicoeducativi via web, che supportassero il benessere psicologico di studenti di scuola secondaria di secondo grado.

La letteratura analizzata si è rivelata molto variegata ed eterogenea; probabilmente a causa della ricerca nelle banche dati attraverso una combinazione di frasi di ricerca booleana ampia e non troppo specifica. Questo ha permesso di raccogliere articoli di diverse tipologie e natura.

Per la maggior parte, gli studi inclusi sono stati di tipo sperimentale e andavano a confrontare differenti interventi, valutandone l'efficacia e l'accessibilità. È stato deciso inoltre, di includere anche indagini esplorative, che hanno mostrato specificatamente percezioni, intenzioni e attitudini degli studenti adolescenti verso l'adesione a progetti psicoeducativi, insieme ai risultati della consulenza psicologica online. Dall'indagine iniziale all'interno delle banche dati, non sono emerse molte ricerche che avessero lo scopo di esplorare e confrontare l'implementazione di interventi di telepsicologia o psicoeducativi via web in periodo pre e post COVID; non permettendo di farne una mappatura accurata o confronti. Anche in questo caso, molto probabilmente, la combinazione di parole di ricerca booleana è risultata poco specifica, nel focalizzarsi su questo preciso ambito. Solamente una ricerca esplorativa, la quale ha indagato il tema dello stress provato dagli studenti durante il periodo di lockdown e la loro percezione e intenzione di utilizzo di un servizio online di supporto allo stress, risultava aderente ai criteri di

selezione, definiti con lo strumento PICOS. Sebbene non fosse un obiettivo specifico di questo studio, risulterebbe interessante, all'interno di ricerche future, focalizzarsi proprio su un'indagine più approfondita degli studi sulla pratica psicologica scolastica online, implementata sia nel periodo precedente che successivo allo scoppio dell'emergenza pandemica.

Un ulteriore limite del presente studio riguarda il numero di studi considerati che è ridotto (13 articoli) e, sia sulla base delle metodologie che delle variabili, eterogeneo. Per questo motivo non è possibile fare affermazioni generalizzate da estendere alla totalità degli interventi di telepsicologia

all'interno del contesto scolastico. In questo studio vengono presentate alcune considerazioni su elementi comuni e non, che potrebbero gettare le basi per ulteriori ricerche e progettazioni, ciononostante non è stato possibile delineare, in modo accurato, percorsi comuni tra le varie esperienze.

Partendo dall'analisi della nazionalità degli studi, si è notato come la maggioranza siano stati svolti in paesi del Sud-Est Asiatico e Australia; i restanti in paesi della zona europea e uno solamente negli USA. Rispetto a questi risultati, è possibile ipotizzare che in queste zone una grande diffusione delle nuove tecnologie e di internet, unito a territori molto vasti (es. l'Australia) abbiano portato ad una maggiore diffusione di interventi e progetti online e di relative ricerche scientifiche a riguardo.

Rispetto alle caratteristiche dei campioni, notiamo che la popolazione femminile è un po' più ampia rispetto a quella maschile, tuttavia in una minoranza di studi non è stato specificato il genere dei partecipanti, né altre loro caratteristiche se non l'età. Ugualmente per il dato che presenta le etnie dei partecipanti, troviamo che nella quasi totalità del campione queste non vengono specificate, per cui diventa difficile poter fare ulteriori considerazioni.

Tra il campione che comprende i partecipanti al gruppo sperimentale e quello del gruppo di controllo troviamo una certa differenza; ciò indica che, sebbene gli studi siano in maggioranza sperimentali, i gruppi di controllo presenti sono meno numerosi oppure non presenti. Questo potrebbe essere un'indicazione di limite metodologico.

Per quanto riguarda gli strumenti per la valutazione delle variabili, ne sono emersi di diversa tipologia, tuttavia i test standardizzati e validati sono stati la maggioranza rispetto agli strumenti creati ad hoc. Questi ultimi hanno dato risultati talvolta meno affidabili e generalizzabili rispetto a scale e questionari standardizzati.

Oltre a questi, sono stati inclusi articoli che combinavano entrambe queste tipologie oppure solo strumenti creati ad hoc, ad esempio interviste e sondaggi; motivo per cui diventa complesso poter esprimere una generalizzazione dei risultati.

Gran parte degli studi considerati sono andati ad agire e a quantificare gli effetti su stress, diverse tipologie di ansia, depressione e in generale sul benessere psicologico, insieme a componenti che riguardano la sfera emotiva e identitaria di studenti adolescenti. Queste prove sono in linea con la letteratura già esistente.

In merito alla tipologia di interventi prevalenti, all'interno soprattutto dei training psicologici, sono stati presentati interventi basati su terapia e approccio cognitivo comportamentale applicata online, che hanno dimostrato di avere un buon livello di efficacia verso gli studenti. Ciononostante, è da

tenere presente anche il peso significativo degli esiti dei 2 progetti psicoeducativi online, utili per la psicologia scolastica e lo sviluppo di interventi di contrasto e prevenzione.

Infine potrebbe risultare utile, per valutazioni future in merito allo sviluppo di progetti o indagini di ricerca, tenere in considerazione la tendenza degli studenti maschi nell'avere una percezione più positiva verso telepsicologia o interventi psicoeducativi online, rispetto alla pratica in presenza (Do et al., 2019; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016). Questo elemento si riscontra in misura minore tra le femmine, ed è stato suggerito dall'analisi dei risultati delle ricerche esplorative analizzate (Do et al., 2019; Glasheen, Shochet & Campbell, 2016; Li & Leung, 2020).

1.5 Conclusioni

Dunque, la pratica psicologica online può essere utile allo psicologo scolastico, nel suo lavoro all'interno del contesto educativo italiano?

Questa rassegna di studi mostra che interventi di telepsicologia e percorsi di supporto psicoeducativo online all'interno del contesto scolastico e rivolti a studenti, possono presentare diversi vantaggi, anche rispetto alla consulenza faccia a faccia. Ad esempio, grande accessibilità per tutti gli studenti e possibilità di raggiungere anche chi è più restio o isolato.

Soprattutto in questo periodo storico, in cui la pandemia da COVID-19 è ancora così presente e ha avuto grandissime ripercussioni sulla salute mentale di tutta la popolazione, in particolar modo quella degli adolescenti, questi interventi permetterebbero di promuovere e prendersi cura del benessere psicologico di una fascia di adolescenti sempre più ampia.

La natura così eterogenea delle varie ricerche presentate in questo studio ha svelato diverse e interessanti potenzialità che gli strumenti tecnologici possono fornire alla pratica psicologica a scuola. Infatti, essi possono essere utilizzati: nella progettazione e implementazione di percorsi di prevenzione primaria rispetto a disagi e difficoltà degli studenti, in percorsi psicoeducativi individuali o di gruppo e all'interno di sportelli scolastici rivolti a tutti gli studenti, ma anche a quelli malati o in quarantena, i quali non possono frequentare in presenza il contesto scolastico. Per non parlare del loro utilizzo con insegnanti e famiglie, con l'obiettivo di aumentare accessibilità e partecipazione a interventi di supporto, supervisione e formativi. Sebbene le prove siano a favore anche della possibilità di somministrare strumenti diagnostici via web, in modo complementare alla pratica in presenza, ciò resta più difficile da realizzare all'interno della scuola italiana, dal momento che, nel nostro paese, il mandato diagnostico è svolto dagli enti sanitari territoriali.

Nonostante le potenzialità siano oggettive, esse si scontrano con un contesto italiano in ritardo rispetto anche solo all'inserimento e alla messa a sistema della psicologia scolastica all'interno dei vari istituti scolastici. Per questo motivo, prima di tutto, risulta prioritario che la figura dello psicologo scolastico sia prima assimilata e riposizionata in modo sistematico e strutturato, all'interno del sistema educativo in generale. In un secondo momento, è auspicabile siano inseriti strumenti tecnologici e metodologie online in favore degli interventi. Riteniamo infatti che, la pratica psicologica online, se non inserita e sperimentata all'interno di un servizio di psicologia scolastica ben fondato e articolato, risulterebbe essere solo uno strumento estemporaneo e sottovalutato nelle sue potenzialità reali.

Ciononostante, risulta chiaro che si rendono necessari ulteriori approfondimenti e nuove ricerche in merito a questa tematica, per indagare più specificatamente criticità e lacune emerse anche in questa revisione. Ad esempio riguardo agli interventi più efficaci, alle metodologie e agli obiettivi specifici della pratica psicologica scolastica via web.

Malgrado ciò è possibile affermare che progetti psicoeducativi online o interventi di telepsicologia attuati da psicologi scolastici, restano una promettente risorsa per il contesto scolastico.

Ad esempio, sarebbe davvero interessante progettare e integrare, nel contesto scolastico, servizi di supporto psicologico online soprattutto rivolti a studenti e studentesse in condizione di ritiro sociale o di ospedalizzazione, i quali potrebbero usufruire comunque della consulenza dello psicologo scolastico. Oppure, predisporre e sviluppare piattaforme interattive, con l'obiettivo di mappare i bisogni percepiti di studenti e studentesse, offrendo in seguito percorsi psicoeducativi o di supporto innovativi e possibilmente complementari alla pratica in presenza. In conclusione, risulta prioritario e imprescindibile impegnarsi, fin da subito, in azioni concrete per potenziare e continuare a costruire la messa a sistema di un servizio di psicologia scolastica integrato realmente all'interno del sistema educativo italiano.

Capitolo 2: Intervento di gruppo online e in presenza per incrementare l'autostima di preadolescenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento

2.1 Introduzione

I disturbi specifici di apprendimento (DSA) sono disturbi del neurosviluppo che coinvolgono specifiche abilità di apprendimento accademico, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale. Sulla base dei deficit funzionali vengono distinte le seguenti diagnosi cliniche:

- dislessia, compromissione della lettura (abilità di decodifica del testo);
- disortografia, compromissione dell'espressione scritta (capacità di codifica e grafia fonografica);
- disgrafia, disturbo nella scrittura a mano (come abilità grafo-motorie);
- discalculia, compromissione delle abilità di calcolo (intese come capacità di comprendere e lavorare con i numeri).

Il DSM-V (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, APA, 2013) evidenzia 4 criteri per la diagnosi di DSA:

A) presenza di almeno uno dei seguenti sintomi per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà: lettura delle parole lenta e imprecisa, difficoltà di comprensione del significato di ciò che viene letto, difficoltà di spelling, difficoltà con l'espressione scritta, difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo, difficoltà di ragionamento matematico.

B) Le abilità scolastiche colpite sono notevolmente e quantificabilmente al di sotto di quelle attese per età cronologica e causano significativa interferenza con il rendimento scolastico o lavorativo, o con le attività della vita quotidiana, come confermato da misurazioni standardizzate somministrate individualmente dei risultati raggiunti e da valutazioni cliniche complete. Per gli individui di 17 anni e oltre, un'anamnesi documentata delle difficoltà di apprendimento invalidanti può sostituire l'inquadramento clinico standardizzato.

C) Le difficoltà di apprendimento iniziano durante gli anni scolastici ma possono non manifestarsi pienamente fino a che la richiesta rispetto a queste capacità scolastiche colpite supera le limitate capacità dell'individuo.

D) Le difficoltà di apprendimento non sono meglio giustificate da disabilità intellettive, acuità visiva o uditiva alterata, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua o istruzione scolastica inadeguata.

Il DSM 5 (APA, 2013) stabilisce anche degli *specificatori* di gravità del disturbo, che vengono riportati qui di seguito:

- Lieve: alcune difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o più ambiti scolastici ma di gravità sufficientemente lieve da rendere l'individuo in grado di compensare o di funzionare bene se fornito di facilitazioni e di servizi di sostegno appropriati durante gli anni scolastici.

- Moderata: marcata difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o più ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici. Per completare le attività con precisione ed efficienza possono essere necessari servizi di supporto almeno in una parte della giornata a scuola, sul posto di lavoro o a casa.

- Grave: gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici. Anche con facilitazioni o supporti appropriati l'individuo può non essere in grado di completare le attività in modo efficiente.

Sintomi secondari dei disturbi specifici di apprendimento

Negli ultimi anni, un numero crescente di ricerche ha documentato negli studenti con Disturbo Specifico d'Apprendimento (DSA) il maggior rischio di insorgenza di sintomi internalizzanti, come ansia e depressione (Al-Yagon, 2010; Margalit, 2010; per le revisioni vedi Mugnaini et al. 2009 ; Willcutt et al. 2013; Donolato et al., 2022) ed esternalizzanti, come problemi comportamentali e iperattività (Donolato et al., 2022; Pastor, Reuben, & Duran, 2012; Sorour, Mohamed, & El-Maksoud, 2014), rispetto agli studenti con sviluppo tipico (ST). Anche nel contesto italiano, molti studi hanno confermato maggiori sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini con DSA rispetto ai coetanei a sviluppo tipico (Benassi et al., 2022a; Bonifacci et al. 2016; Giovagnoli et al., 2020; Matteucci et al. 2019; Scorza et al. 2018) e che queste condizioni persistono durante l'adolescenza e l'età adulta (e.g., Camia et al., 2022; Scorza, Zonno, & Benassi, 2018). Quando la qualità della vita degli studenti con DSA viene confrontata con quella dei coetanei ST, emergono anche differenze importanti, con un livello inferiore nei domini fisici, emotivi, sociali e scolastici nel

gruppo clinico (ad esempio, Benassi et al., 2022b; Gennaro et al.2019; Sakiz et al.2015; Tobia & Marzocchi 2011).

Concentrandosi sul dominio sociale, è stato riscontrato che gli studenti con DSA hanno anche una minore autostima (Christenson & Thurlow, 2004; Mishna & Muskat, 2004; Sakiz et al., 2015), abilità sociali inferiori e tassi più elevati di rifiuto sociale e isolamento, rispetto ai loro coetanei (Feldman et al., 2016; Firth, Greaves, & Frydenberg, 2010). Appare dunque chiaro che questi bambini e adolescenti hanno bisogno di sostegno emotivo dal loro ambiente di vita, prima di tutto dalla famiglia e dalla scuola. Migliorare le loro abilità intra e interpersonali potrebbe probabilmente avere un impatto positivo sulle loro relazioni sociali, sull'autostima interpersonale, sull'appartenenza scolastica e, a sua volta, sulla loro salute psicologica generale.

La figura dello psicologo scolastico è presente in buona parte delle scuole secondarie italiane; tuttavia, la maggior parte degli adolescenti dipende dai propri amici e genitori per il supporto emotivo (Raviv et al., 2009; Rickwood, Dean e Wilson, 2007). Come hanno sottolineato alcuni autori, lo psicologo scolastico è una figura importante in grado di operare sul versante della promozione del benessere e del sostegno a situazioni di difficoltà (Cornoldi & Molinari, 2021; Lecapitaine, 2000; Sulla & Rollo, 2023). Due meta-analisi (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017) sugli effetti dei programmi di apprendimento sociale ed emotivo (SEL) universali a scuola (vale a dire forniti con l'intera classe) hanno dimostrato che tali programmi hanno un effetto significativo nell'aumentare le abilità socio-emotive e i comportamenti prosociali e ridurre i comportamenti e interiorizzare i problemi di bambini e adolescenti. Tuttavia, alcuni autori (ad esempio, Boyd et al., 2011) hanno notato che la paura della vicinanza sociale percepita inibiva l'intenzione dei giovani di cercare aiuto. Di conseguenza, un adeguato supporto professionale potrebbe non essere richiesto quando gli adolescenti sperimentano condizioni di salute mentale potenzialmente gravi (Glasheen et al., 2016). Pertanto, è ragionevole chiedersi se gli interventi online basati sulla scuola attirerebbero gli studenti che necessitano di aiuto psicologico, come gli studenti con DSA, e se questa modalità online può essere un'alternativa efficace agli interventi faccia a faccia.

Come approfondito nel Capitolo 1, un numero crescente di studi riporta l'efficacia della telepsicologia (ad esempio, Barak et al, 2008; Tang et al., 2018). L'uso della tecnologia online per fornire consulenza e supporto psicologico si è sviluppato in modo significativo negli ultimi due decenni (Alleman, 2002; Baker & Ray, 2011; Haberstroh et al., 2007; Song et al., 2020). Gli interventi online sono diventati un possibile mezzo per assistere i giovani quando si trovano ad affrontare problemi di salute emotiva e mentale. L'efficacia della consulenza online è risultata almeno uguale alla consulenza faccia a faccia (Barak et al., 2008; King et al., 2006). La revisione di

Barak e colleghi (2008) ha trovato supporto per l'applicazione di interventi psicoterapeutici attraverso Internet, in particolare per il trattamento dell'ansia e degli effetti dello stress. La terapia cognitivo-comportamentale (ICBT) fornita da internet per condizioni fisiche e psicologiche in bambini e adolescenti con dolore cronico e disabilità è una terapia efficace (ad esempio, Hollis et al., 2017; Tang et al., 2018). Alcuni ricercatori hanno anche ipotizzato che i bambini e gli adolescenti possano essere più a loro agio e accettare questo mezzo rispetto agli adulti, perché è più probabile che abbiano utilizzato video interattivi per applicazioni sociali e non cliniche (Nelson & Bui, 2010). Ci sono anche alcune prove che suggeriscono che i ragazzi, che di solito cercano meno aiuto delle ragazze (Maclean, Hunt, & Sweeting, 2013), potrebbero cercare aiuto accedendo all'assistenza online.

Alla luce di quanto sopra, sono necessari studi per testare l'efficacia degli interventi psicologici online a scuola, rispetto agli interventi scolastici faccia a faccia, in bambini e adolescenti con problemi psicologici, come gli studenti con DSA. È possibile che un tale servizio possa migliorare l'accesso all'aiuto da parte degli studenti con DSA ed estendere i tipi di problemi che questi adolescenti sarebbero a loro agio nell'affrontare (Giaouri, 2021). Fridrici e Lohaus (2009) hanno valutato un programma di prevenzione dello stress fornito da Internet per gli adolescenti come una possibile alternativa all'implementazione scolastica della promozione della salute mentale. Hanno scoperto che il numero di cognizioni positive nelle situazioni che evocano stress è aumentato solo nella condizione di formazione online basata sulla scuola e nella condizione faccia a faccia; questo effetto non è stato ottenuto nella condizione online-home. Gli interventi più comuni per gli studenti con DSA hanno riguardato principalmente il supporto dei processi di apprendimento, con poca attenzione agli aspetti emotivi e sociali (Cavioni & Grazzani, 2023; Cavioni et al., 2017). I pochi studi in letteratura che si concentrano sui problemi psicologici degli studenti con DSA hanno esaminato l'efficacia della formazione di gruppo per promuovere le abilità sociali e ridurre i sintomi di ansia in questi bambini e adolescenti (Beauchemin et al., 2008; Ghasemi & Najafi, 2017; Musetti et al., 2019; Rostami et al., 2014; Thornton, Williamson & Cooke, 2017). Sono quindi necessari studi che valutino l'efficacia degli interventi psicologici online a scuola.

I fattori protettivi dello sviluppo di sintomi secondari

Esistono in letteratura alcuni elementi di indirizzo rispetto ai fattori che risultano al contempo protettivi e di rischio nel Disturbo Specifico dell'Apprendimento. Infatti, la carenza o l'inadeguatezza di questi può incidere sullo sviluppo di sintomi secondari, sia internalizzanti che

esternalizzanti, al contrario, se questi fattori relativi all'individuo e al contesto risultano adeguati, possono fungere da fattori protettivi nell'insorgenza di sintomi secondari.

Autostima

Il primo di questi fattori è l'autostima, che influenza il benessere dei giovani con diagnosi di DSA e può incrementare il supporto sociale percepito, il benessere scolastico e la regolazione emotiva, influenzando positivamente tutto il contesto di vita dei ragazzi (Badcock et al., 2020; Bonifacci et al., 2016; Kopelman-Rubin et al., 2020; Dervishi et al., 2015). L'autostima può essere definita come l'idea che gli individui si costruiscono di loro stessi e la relativa valutazione di questa, modellata sulla base delle esperienze quotidiane già a partire dai primi anni di vita (Sako, 2016). Nello specifico, l'ambiente scolastico è uno dei contesti principali nella vita di un bambino che sin dai primi anni ha a che fare con la valutazione della performance. La scuola è un contesto di insegnamento non solo accademico ma anche emotivo e sociale. Questo comporta un impatto significativo sullo sviluppo psicologico dei giovani, sia a sviluppo tipico che a sviluppo atipico (Tobia et al., 2019). Disattendere le aspettative scolastiche delle figure di riferimento e non riuscire a raggiungere i propri obiettivi di apprendimento (come fanno i pari) influisce gravemente sull'autostima dei bambini con DSA (Sako, 2016).

Badcock e colleghi (2020) hanno mostrato che bassa autostima e difficoltà nella regolazione emotiva sono entrambe associate ad un aumento dei sintomi secondari della dislessia. Inoltre, difficoltà nelle relazioni sociali con i pari sono indirettamente correlate all'insorgenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti tramite il ruolo di mediazione della bassa autostima.

Bonifacci e colleghi (2016) hanno evidenziato che avere un Disturbo Specifico dell'Apprendimento impatta significativamente il dominio specifico dell'autostima, in particolare nell'ambito scolastico, il quale può portare anche a ripercussioni nell'ambito interpersonale.

Regolazione Emotiva

La regolazione emotiva fa parte, insieme ad altre componenti, di un costrutto più ampio denominato "competenza emotiva". Grazzani e Riva (2011) ne offrono una definizione completa, evidenziando nel dettaglio quelli che sono i tre macro-componenti della competenza emotiva: l'espressione delle emozioni, intesa come capacità di manifestare esternamente le proprie emozioni tramite canali socialmente riconosciuti; la comprensione delle emozioni, ossia la conoscenza della natura delle emozioni, delle cause che le provocano e delle strategie utilizzate per controllarle; ed infine la regolazione delle emozioni, ossia l'insieme dei processi estrinseci ed intrinseci coinvolti nel monitoraggio, nella valutazione e nella modifica delle reazioni emotive, in particolare rispetto alla durata e all'intensità.

Numerosi studi hanno riscontrato che bambini con DSA sperimentano difficoltà nel regolare le loro emozioni negative (Bauminger & Kimhi-Kind, 2008; Terras, et al., 2009) e che questo fattore aggrava ulteriormente le loro abilità cognitive e sociali (Milligan et al., 2016).

Come riportato da Kopelman-Rubin e colleghi (2021), in uno studio - recente, la regolazione emotiva è legata al benessere emotivo, allo sviluppo cognitivo, al grado di apprezzamento da parte dei pari, alle competenze sociali e ai risultati accademici. Lo studio evidenzia che migliori sono le abilità di regolazione emotiva degli studenti adolescenti con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento, più alto sarà il loro senso di appartenenza scolastica e più rara sarà la comparsa di difficoltà psicosociali durante lo sviluppo.

Benessere scolastico

Benassi e colleghi (2020) hanno evidenziato che esiste un legame tra il benessere scolastico compromesso in bambini con DSA e lo sviluppo psicologico degli stessi, sottolineando l'importanza di un ambiente scolastico supportivo per la tutela della salute mentale di questi bambini. Le ricercatrici adottano un modello multidimensionale di benessere scolastico, che include aspetti cognitivi, emotivi e sociali e considera la percezione non solo dei bambini, ma anche degli adulti per loro significativi. Il loro studio si concentra su quattro aree principali su cui si basa la vita scolastica e che fungono da indicatori del benessere scolastico sperimentato dagli studenti: il processo di apprendimento e la soddisfazione accademica; il funzionamento emotivo a scuola; la consapevolezza e l'autoefficacia degli alunni ed infine le relazioni sociali con insegnanti e compagni.

La scarsità di esperienze sociali positive a scuola influisce sulla resilienza e il benessere scolastico dei bambini con DSA, infatti non solo i bambini con DSA sono accettati dai compagni in misura minore e sperimentano più spesso negazione e rifiuto da parte loro (Wiener, 2004), ma anche dagli insegnanti stessi percepiscono le medesime sensazioni di rifiuto ed indisponibilità (Al-Yagon & Mikulincer, 2004).

Studi su bambini con dislessia hanno documentato un'associazione tra problemi relativi alla salute mentale e la sperimentazione di esperienze negative a scuola, come l'isolamento, l'umiliazione e il bullismo (e.g. Burden, 2008). Ancora, Leitão e colleghi (2017) hanno riportato, nella loro ricerca, che i bambini con dislessia e i loro genitori riconoscono l'influenza positiva sulla salute mentale di avere compagni ed insegnanti che comprendono e credono nelle difficoltà date dalla dislessia, contrariamente a chi imputa queste difficoltà alla pigrizia e alla mancanza di motivazione.

Matteucci e Soncini (2021) hanno dimostrato che l'autostima, il senso di autoefficacia accademico e il supporto sociale sono i fattori principali correlati al benessere psicologico in un campione di

giovani adulti universitari con DSA, sottolineando come, anche a lungo termine, questi siano i più importanti fattori protettivi per lo sviluppo di sintomi secondari.

Supporto sociale

La letteratura evidenzia che le relazioni sociali dei bambini e dei ragazzi con DSA con i pari sono spesso carenti (Heiervang et al., 2001). Inoltre è stato rilevato che la relazione genitori - figli con DSA può essere accompagnata da vissuti di rabbia, frustrazione e fallimento e questo si traduce in livelli più elevati di stress parentale percepito da genitori di bambini con DSA sperimentano rispetto a genitori di bambini a sviluppo tipico, anche se questo non comporta risvolti psicopatologici (Bonifacci et al., 2016).

Alcuni studi evidenziano la correlazione tra sane relazioni sociali e alti livelli di autostima e diminuite probabilità di sviluppare sintomi secondari (Dervishi et al., 2015).

Accettazione della diagnosi e stigma

Alcuni studi mostrano che i bambini con DSA esibiscono un incremento dei livelli globali di autostima a seguito della diagnosi. Questo potrebbe essere dato dal cambiamento di prospettiva verso il proprio disturbo, che porta i bambini a compararsi in maniera meno negativa ai compagni senza DSA, mantenendo così i loro stessi livelli di autostima globale (MacMaster, 2002).

Nalavany e colleghi (2015) sottolineano che il supporto ricevuto dalla famiglia contribuisce significativamente a ridurre le preoccupazioni e i pensieri legati alla propria diagnosi, alleviando i sentimenti negativi dei giovani adulti con DSA. L'aumento dell'accettazione verso loro stessi e la relativa diminuzione dei timori sperimentati, porta le persone con DSA ad un senso di sicurezza maggiore verso la rivelazione della diagnosi, la quale, a sua volta, porta un aumento dei livelli di autostima .

Gli individui con dislessia rientrano tra i gruppi vulnerabili che vivono con uno stigma invisibile. Gli stigmi invisibili includono una serie di condizioni come la disabilità e la malattia mentale (Ragins, 2008). Gli stereotipi sulla dislessia includono l'idea che gli individui con questa condizione siano considerati dotati di abilità limitate e intelligenza inferiore (May e Stone, 2010). Il rapporto del 2010 sulle comprensioni e gli atteggiamenti degli americani e degli educatori nei confronti delle difficoltà di apprendimento ha rilevato che metà dei partecipanti in generale crede che la dislessia sia il risultato della pigrizia e non un vero disturbo (Roper Public Affairs & Corporate Communications, 2010). Le discriminazioni che le persone con DSA subiscono a causa di questi stereotipi negativi hanno un impatto duraturo sulla loro autostima (Burden, 2008) e alcune ricerche sostengono che la paura di sentirsi vulnerabili (Valle et al., 2004), la paura di essere ridicolizzati o vittime (Morris e Turnbull, 2006) e la paura di essere percepiti come intellettualmente inferiori

(Gerber, 2006) sono ragioni comuni per nascondere la dislessia. Ragins (2008) teorizza che un sostegno familiare positivo può aiutare a riformulare la propria percezione di possedere un'identità imperfetta e vedere se stessi in una luce più positiva. Questa convalida faciliterebbe l'apertura nel parlare della diagnosi, a sua volta, secondo Smart e Wegner (2000) e Pachankis (2007), migliorerebbe l'autostima e il benessere.

Infine è stato riscontrato che gli adolescenti con diagnosi di DSA precoce hanno percezioni accademiche e generali più elevate e si evidenzia un'associazione tra il momento della diagnosi e della comprensione e accettazione della stessa, indicando che gli adolescenti con diagnosi precoce, rispetto ai loro coetanei con diagnosi tardiva, hanno rappresentazioni più adeguate di il loro disturbo della lettura come specifico e non stigmatizzante e sono più aperti ad annunciare la loro dislessia agli altri (Battistutta et al., 2018).

2.2 Obiettivi

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'efficacia di un percorso psicoeducativo di gruppo che mira ad aumentare il benessere socio-emotivo e l'autostima dei preadolescenti con diagnosi di DSA, erogato dallo psicologo scolastico sia in modalità online che in presenza. L'intervento si basa sul modello teorico della Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) ed è stato progettato e sviluppato sulla base della crescente letteratura sui servizi psicologici scolastici (programmi SEL in particolare). Revisioni come quelle di Wilson e Lipsey (2007), Weare e Nind (2011) e Clarke e colleghi (2015), hanno rilevato che i programmi SEL universali basati sulla scuola volti ad aumentare le competenze sociali ed emotive e ridurre i comportamenti problematici erano particolarmente efficaci per gli studenti a rischio. Alcuni autori (Elias, 2004; Milligan, Phillips, & Morgan, 2016) hanno postulato che programmi SEL efficaci per studenti con DSA dovrebbero includere attività incentrate sulle capacità comunicative, sulla costruzione di relazioni positive e sulle abilità socio-emotive tra cui l'autostima, l'autoregolazione, gestione della rabbia e cooperazione. La formazione psicoeducativa applicata nel presente studio è stata sviluppata su questa letteratura basata sull'evidenza.

Gli effetti della condizione di formazione online a scuola sono stati confrontati con quelli di una formazione in presenza a scuola. Ipotizziamo che l'efficacia dell'intervento online sia almeno pari alla condizione faccia a faccia nel sostenere una visione positiva di sé e degli altri, aumentando l'autostima, le relazioni sociali e i comportamenti positivi dei preadolescenti a cui è rivolto.

2.3 Metodo

Campione

Nello studio sono stati inclusi un totale di 37 preadolescenti di età compresa tra 10 e 13 anni. Il gruppo 1 era composto da 14 preadolescenti (età media: 11,50, SD = 1,23, range = 10-13; femmine 35,7%) a cui era stato diagnosticato DSA e ai quali abbiamo somministrato il training online (gruppo di training online - gruppo TO). Il gruppo 2 era composto da 10 preadolescenti (età media: 11,60, SD = 0,52, range = 11-12; femmine 60%) con diagnosi di DSA e ai quali abbiamo somministrato il training in presenza (gruppo di formazione training in presenza – Gruppo TP). Nel Gruppo 3 (No Training – Gruppo NT) sono stati inclusi 13 preadolescenti con DSA e con età e sesso simili (età media: 11,77, SD = 1,09, range = 10-13; femmine 30,8%). Ogni gruppo era composto da preadolescenti che frequentavano dal 5° all' 8° anno scolastico, il cui punteggio di intelligenza complessivo era di 85 e superiore e senza storia di condizioni psichiatriche e neurologiche. Tutti i partecipanti e i loro genitori sono stati informati dello studio e il consenso informato è stato ottenuto da entrambi i genitori dei soggetti. Lo studio è stato condotto in accordo con la Dichiarazione di Helsinki, seguendo i principi generali della ricerca e le regole etiche dell'Associazione Psicologica Italiana (AIP).

Procedura

Lo studio si è articolato in 3 fasi: pre-test, training e post-test.

La prima fase è stata quella del pre-test, necessaria per la raccolta dei dati anamnestici e per la prima somministrazione degli strumenti a tutti i preadolescenti che accettano di partecipare allo studio. Tutti i partecipanti del Gruppo TO e NT hanno compilato i questionari in modalità online; il Gruppo TP li ha completati a scuola, durante una sessione di 20 minuti. I questionari sono stati nuovamente somministrati a tutti gli adolescenti al termine della formazione, vale a dire dopo 8 settimane (ovvero, la durata della formazione sia online che faccia a faccia).

La formazione è stata fornita a tutti i partecipanti in un piccolo gruppo da uno psicologo scolastico. Il Gruppo TP ha ricevuto la formazione in ambito scolastico, mentre gli adolescenti del Gruppo TO l'hanno ricevuta online tramite la piattaforma Zoom (collegandosi da casa).

Strumenti

Comportamenti psicopatologici

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Il questionario sui punti di forza e debolezza (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ) permette di ottenere numerose informazioni sul comportamento e sull'emotività di bambini e ragazzi dai 4 ai 16 anni (Goodman, 1997; adattamento italiano a cura di Marzocchi, Di Pietro, Vio, Bassi, Filoramo & Salmaso, 2002). L'SDQ può essere compilato nella stessa versione dai bambini, dagli insegnanti e dai genitori.

In questo studio il questionario viene fatto compilare solo dai bambini e dai genitori, così da avere anche informazioni aggiuntive ed esterne sul comportamento e lo stile emotivo dei bambini. In generale, l'SDQ rappresenta uno strumento agile per raccogliere informazioni su aspetti comportamentali, emotivi ed interpersonali del bambino, ma non si configura come sistema diagnostico.

L'SDQ è composto da 25 item che si riferiscono ad attributi positivi o negativi del comportamento del bambino. Gli item sono poi suddivisi equamente in 5 sottoscale:

- Iperattività, contenente anche item sui problemi di attenzione (es. “Costantemente in movimento o a disagio”, “Facilmente distratto, incapace di concentrarsi”)
- Problemi di condotta (es. “Spesso dice bugie o inganna”, “Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti”)
- Difficoltà emotive (es. “Ha molte paure, si spaventa facilmente”, “Spesso infelice, triste o in lacrime”)
- Comportamenti prosociali (es. “Gentile con i bimbi più piccoli”, “Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)”)
- Rapporti coi pari (es. “Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini”, “Generalmente ben accettato dagli altri bambini”)

Ad ogni item la risposta viene data con una scala Likert a 3 punti, “non vero”, “parzialmente vero” ed “assolutamente vero”, per indicare quanto un'affermazione sia descrittiva o meno del comportamento del bambino. Alle etichette viene poi assegnato un punteggio numerico che va, rispettivamente, da 0 a 2. La maggior parte degli item si presenta al negativo, per cui, più un punteggio ad un item è elevato, più il bambino manifesta un comportamento problematico. Agli item volti al positivo viene assegnato il punteggio inverso, di modo che un punteggio elevato a quell'item sia indice di un comportamento adeguato e nella norma. In generale, più un punteggio di

una sottoscala è elevato, più il comportamento del bambino deve essere considerato anomalo, ma quest'interpretazione non sussiste per la sottoscala dei comportamenti prosociali, poiché, di fatto, un punteggio elevato in questa sottoscala è indice di maggiori atteggiamenti altruistici. Questa sottoscala non viene quindi considerata nel calcolo del punteggio totale delle difficoltà (Marzocchi et al., 2002).

Per tutte le 5 sottoscale il punteggio può variare da 0 a 10 punti, a condizione che tutti gli item abbiano ottenuto una risposta. Il punteggio delle singole sottoscale può essere calcolato proporzionalmente solo se almeno 3 item di ognuna risultino completati. La somma dei punteggi di ogni sottoscala (eccetto quella dei comportamenti prosociali) darà il punteggio totale delle difficoltà. Quest'ultimo può variare da 0 a 40 punti.

Sia per il punteggio totale delle difficoltà, sia per i punteggi di ogni sottoscala, vengono assegnati dei cut-off che indicano quando un soggetto si trova in condizione di normalità, caso limite o anormalità. I limiti per l'interpretazione dei punteggi variano dalla versione dei bambini a quella per i genitori e per gli insegnanti. Per stabilire i cut-off di questo studio è stata consultata la versione italiana dell'SDQ (Tobia, Gabriele & Marzocchi, 2013).

L'SDQ è un questionario studiato in vari Paesi dell'Europa e tutti gli studi confermano le buone proprietà psicometriche di questo strumento, così come la buona consistenza interna delle 5 sottoscale (α di Cronbach comprese tra 0.73 e 0.89) (Marzocchi et al., 2002).

Autostima

Test Multidimensionale dell'Autostima (TMA)

Per la valutazione dell'autostima è stato utilizzato Il Test Multidimensionale dell'Autostima (TMA) (Bracken, 1992; adattamento italiano a cura di Bergamini e Pedrabissi, 2003) è un questionario composto da 150 item, i quali sono suddivisi in gruppi da 25 su 6 scale: interpersonale, competenze di controllo dell'ambiente, vissuto corporeo, successo scolastico, emotiva, vita familiare.

Il TMA è utile per indagare 6 diverse dimensioni dell'autostima, le quali, sommate, restituiscono un indice globale di autostima. Per ogni item le risposte vengono date su una scala Likert a 4 punti: "assolutamente vero", "vero", "non è vero" e "non è assolutamente vero". Anche nel TMA gli item possono essere volti al negativo o al positivo. Per quelli positivi il punteggio che verrà assegnato va rispettivamente da 4 a 1, mentre gli item volti al negativo ricevono lo scoring inverso. I punteggi grezzi ricavati da ogni scala vengono sommati per ottenere il punteggio grezzo globale di autostima. Tutti i punteggi grezzi devono essere confrontati con la tabella dei punteggi standard per poter passare alla loro interpretazione. L'interpretazione dei punteggi può avvenire in due modi: o per

mezzo di una valutazione basata sulle norme, o attraverso un'interpretazione intraindividuale. Il primo caso, più utilizzato, consente di confrontare i risultati ottenuti da un soggetto con quelli dal campione di individui rappresentativi della popolazione italiana. Il secondo metodo di interpretazione è invece utile per paragonare l'indice globale di autostima con il punteggio delle varie scale ottenuto dal soggetto, così da evidenziare meglio i personali punti di forza e debolezza dell'autostima e avere un'interpretazione più dettagliata ed accurata dell'indice globale (Bergamini & Pedrabissi, 2003). Per l'interpretazione dei punteggi di questo studio si è scelto di utilizzare la valutazione basata sulle norme. Per gli scopi della ricerca si è scelto di utilizzare solo due scale dello strumento, da far compilare esclusivamente ai bambini. Le scale utilizzate sono quella delle Relazioni Interpersonali (es. "Sono troppo timido", "Alla gente piace stare con me") e del Successo Scolastico (es. "Studiare è difficile per me", "In genere sono molto soddisfatto dei miei compiti scritti"), due fattori protettivi fondamentali per il benessere dei bambini con DSA. Questa scelta è avvenuta basandosi sui risultati della ricerca di Bonifacci e colleghi (2016), i quali hanno riscontrato differenze significative tra studenti con DSA e senza DSA solo nella scala scolastica e in quella interpersonale del TMA. La letteratura suggerisce che, invece di un calo globale dell'autostima, il Disturbo Specifico dell'Apprendimento impatti in maniera specifica le dimensioni legate al contesto scolastico, a sua volta strettamente correlato alla variabile interpersonale. Infatti, le relazioni sociali coi compagni di classe vengono spesso influenzate dai risultati accademici raggiunti e uno scarso rendimento è frequentemente correlato a relazioni povere e non significative. Inoltre, si è scelto di non somministrare tutto il test completo di 150 item per aumentarne l'attendibilità date le caratteristiche dei partecipanti coinvolti.

Ciascuna scala del TMA può essere somministrata ed interpretata in maniera indipendente come una misura singola di una componente dell'autostima. L'interpretazione di ogni scala con il metodo normativo, implica che l'esaminatore consideri il grado in cui la scala devia significativamente dal punteggio medio di 100 ($M=100$). Ciò significa che ogni scala che devii di più di una deviazione standard (sia in positivo che in negativo) dalla media dovrebbe essere considerata differente in modo significativo dalla media. Il TMA è uno strumento altamente valido, con un indice elevato di affidabilità al test-retest (α di Cronbach= 0.90) (Bergamini & Pedrabissi, 2003).

Training

Il percorso si compone di 8 incontri di gruppo a cadenza settimanale, della durata di 1 ora.

Nella versione telematica, sono stati realizzati due percorsi distinti con un massimo di 8 partecipanti ciascuno.

Nella versione in presenza, gli incontri avvenivano nella sede della scuola secondaria di primo grado in cui sono stati reclutati i partecipanti, in un'aula scolastica in cui venivano predisposte le sedie in cerchio per favorire la comunicazione tra gli studenti.

L'obiettivo del percorso è quello di potenziare i fattori di protezione che la letteratura evidenzia per l'insorgenza dei sintomi secondari del DSA: autostima, regolazione emotiva, supporto sociale, benessere scolastico e conoscenza della diagnosi. Durante gli incontri i professionisti hanno utilizzato strumenti derivati dalle teorie cognitive comportamentali, utili per fronteggiare gli eventi negativi cui sono esposti a causa del loro funzionamento specifico come DSA, con più resilienza, diminuendo così il rischio di sviluppare sintomi internalizzanti e/o esternalizzanti.

Le modalità utilizzate per raggiungere questo obiettivo prevedono lo svolgimento di attività individuali, in piccolo gruppo e in grande gruppo. Nel corso dei vari incontri vengono utilizzate diverse strategie e modalità di lavoro, tra cui la psicoeducazione, il brainstorming, il role playing, l'utilizzo della chat per condividere immagini/emoticons/parole, degli esercizi e attivazioni per lavorare su pensieri ed emozioni collegate a diversi tipi di situazioni, la visione di immagini e l'ascolto di tracce audio.

Il percorso proposto è stato progettato in setting di gruppo con l'obiettivo di promuovere un senso di community, consapevolezza e benessere psicologico. Potersi aprire e confrontare con qualcuno che vive in prima persona gli stessi vissuti legati al DSA, permette di sentirsi meno soli, più accolti e compresi (Dervishi et al., 2015).

Il modello teorico di riferimento per la realizzazione del programma è la Terapia Cognitivo-Comportamentale -. La CBT si fonda sull'idea che pensieri, emozioni e comportamenti siano strettamente legati e per questo si influenzino a vicenda. Lo scopo della terapia cognitivo-comportamentale è destrutturare gli schemi di pensiero disfunzionali che contribuiscono al mantenimento di problematiche comportamentali ed emotive, per sostituirli con convinzioni positive e razionali (Clarke et al., 2015). Durante gli incontri, infatti vengono affrontate diverse tematiche, legate ai fattori protettivi per l'insorgenza dei sintomi secondari del DSA, per promuovere una visione positiva di sé stessi e degli altri, con lo scopo di definire una nuova immagine di sé in un periodo critico come quello della preadolescenza. In questo modo vengono supportati a non identificarsi nel proprio disturbo, ad accettare i propri punti di forza e debolezza e a non vedere la scuola come unica fonte di benessere ed autostima. Di seguito verranno approfondite le tematiche trattate in ciascuno degli incontri svolti.

1) Autostima e DSA: i macro-obiettivi del primo incontro sono la creazione del gruppo, il dialogo sull'autostima, lo sviluppo della consapevolezza emotiva e l'allenamento del pensiero positivo verso

sé stessi, gli altri ed il mondo esterno. È un incontro basato sulla psicoeducazione, per acquisire consapevolezza sul disturbo e su come esso sia legato al costrutto di autostima. Vengono fornite indicazioni su come far fronte alle emozioni negative che impattano sull'immagine di sé.

2) ABC delle emozioni: il macro-obiettivo del secondo incontro è far raggiungere più consapevolezza su come eventi, pensieri ed emozioni siano strettamente legati e si influenzino vicendevolmente. L'obiettivo è quindi quello di acquisire consapevolezza su come, di fronte allo stesso evento, sia possibile lavorare sui propri pensieri per incentivare una risposta emotiva piuttosto che un'altra.

3) Comunicazione: il terzo incontro focalizza l'attenzione sui tre principali stili comunicativi (passivo, aggressivo, assertivo). Il macro-obiettivo è dare rilievo all'assertività come modalità di comunicazione che permette di mantenere un'immagine positiva e sicura di sé, senza compromettere la relazione con l'altro. Una comunicazione efficace influenza, quindi, la qualità delle relazioni sociali.

4) Relazioni: il macro-obiettivo è far comprendere l'importanza delle relazioni sociali, sia familiari che amicali. Le relazioni sociali, se supportive, favoriscono la creazione di un'immagine di sé più positiva, e possono essere fonte di soddisfazione e benessere (Dervishi et al., 2015). Si stimola nei ragazzi una visione positiva e appagante dell'amicizia.

5) Sogni: stando alla letteratura, a seguito dei fallimenti accademici, i bambini con DSA sviluppano un senso di impotenza appresa (Mayer & Seligman, 1976; Marinelli et al., 2016) che porta ad una diminuzione della motivazione, dell'impegno e della persistenza al compito (Bandura, 1997). Quando i risultati scolastici vengono collegati alle prospettive di vita future, i bambini con scarso profitto possono perdere fiducia nel futuro e avere basse aspettative per la propria realizzazione lavorativa e sociale. Il quinto incontro viene realizzato per parlare di sogni e prospettive future in un'accezione particolarmente positiva, così da modificare la credenza secondo cui andare male a scuola è legato ad un futuro povero e triste. I partecipanti vengono incoraggiati a riflettere su quali siano per loro gli ingredienti della felicità e come possano ottenerli grazie alle loro capacità.

6) Cooperazione: il sesto incontro consiste in un esercizio a coppie realizzato per allenare la cooperazione. L'esercizio consiste nell'immaginare di dover partecipare ad una festa a tema, in cui ogni coppia ha il compito di organizzare un aspetto diverso del party. A metà esercizio viene inserito dai conduttori l'imprevisto, che consiste nel ritorno anticipato dei genitori. I ragazzi, ancora una volta, devono cooperare per dividersi i compiti e far trovare la casa impeccabile, oltre a decidere quale giustificazione dare per il loro incontro. Il confronto finale tra le coppie ha visto un intervento molto marginale dei conduttori, proprio per favorire il focus della cooperazione tra i bambini.

7) Cambiamenti Corporei: il settimo incontro ha come macro-obiettivo l'accettazione corporea. La fase di preadolescenza in cui si trovano i bambini comporta grandi cambiamenti fisici che influiscono sull'autostima e il benessere. Con questo incontro si portano i bambini a riflettere sulla veridicità dei canoni di bellezza odierni veicolati dai social network e come questi influenzino l'accettazione personale.

8) Conclusione del percorso: l'ottavo e ultimo incontro prevede una riflessione sul percorso svolto tramite un esercizio in cui i bambini devono disegnare una strada che rappresenti l'andamento che gli incontri hanno avuto, per loro, dall'inizio alla fine. Le riflessioni finali vengono dedicate agli aspetti personali e di vita che i bambini vorrebbero migliorare nel prossimo futuro. L'incontro si conclude con un ringraziamento a sé stessi per il percorso fatto e verso il gruppo, condividendo con tutti il motivo scelto da ogni bambino per ringraziare gli altri.

Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando SPSS 23.0 per Windows. Un modello lineare generale (GLM) ha ripetuto le misure con il gruppo (3 livelli) come variabile tra il soggetto e il tempo di misurazione (2 livelli: pre-test, post-test) come variabile all'interno del soggetto è stato utilizzato con esecuzioni separate per ogni cinque Sottoscale SDQ. Un GLM equivalente è stato eseguito per le due sottoscale TMA.

2.4 Risultati

Le statistiche descrittive per i punteggi SDQ e TMA sono riportate nella Tabella 1. Non sono emersi effetti significativi per la sottoscala dei sintomi emotivi SDQ [$F(1,34) = .552, p = .463$; $F(1,34) = 1.041, p = .364$], la sottoscala dei problemi di condotta SDQ [$F(1,34) = .135, p = .715$; $F(1,34) = .556, p = .579$], e la sottoscala dei problemi di iperattività-disattenzione SDQ [$F(1,34) = .192, p = .664$; $F(1,34) = .647, p = .530$] (Figure 1, 2 e 3). C'è stato un effetto significativo per la sottoscala SDQ rapporti con i pari [$F(1,34) = 8.712, p = .001$]. I confronti post hoc hanno mostrato una tendenza per un miglioramento maggiore nel gruppo TP rispetto al gruppo TO nel tempo ($p = .014$) (vedere Figura 4). Per la sottoscala delle relazioni interpersonali della TMA, è stato riscontrato un effetto significativo di interazione gruppo nel tempo [$F(1,34) = 6,809, p = 0,003$], con un effetto interno significativo (vedere Figura 5). Non sono emersi effetti significativi di interazione temporale

principale e di gruppo nella sottoscala della sfera accademica della TMA [$F(1,34) = .036, p = .851$; $F(1,34) = 0,197, p = 0,822$] (Figura 6).

Tabella 1. Statistiche descrittive per le sottoscale SDQ e TMA (punteggi grezzi).

	Gruppo TO (n=14)		Gruppo TP (n=10)		Gruppo NT (n=13)	
	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range
<i>Punteggi pre-test</i>						
SDQ sintomi emozionali	3.36 (2.24)	0-7	5.10 (1.79)	3-8	3.38 (2.22)	0-6
SDQ problemi di comportamento	2.14 (1.03)	1-5	2.00 (1.49)	0-5	4.54 (2.93)	1-10
SDQ iperattività/disattenzione	4.43 (2.06)	1-9	5.3 (2.87)	0-9	4.69 (2.25)	1-9
SDQ rapporti problematici coi pari	1.64 (1.60)	0-5	4.20 (2.30)	1-8	1.08 (1.38)	0-4
TMA scala interpersonale	69.86 (10.95)	52-87	65.90 (17.62)	41-93	75.15 (11.84)	52-91
TMA scala scolastica	62.71 (9.03)	42-76	63.30 (9.18)	52-76	58.31 (7.33)	43-67
<i>Punteggi post-test</i>						
SDQ sintomi emozionali	3.07 (2.16)	0-7	5.50 (2.80)	0-9	2.46 (2.18)	0-6
SDQ problemi di comportamento	1.64 (0.93)	0-4	2.50 (2.22)	0-7	4.08 (2.53)	0-9
SDQ iperattività/disattenzione	3.86 (2.21)	0-9	5.00 (2.67)	1-9	5.08 (1.93)	2-8
SDQ rapporti problematici coi pari	1.07 (1.49)	0-5	2.70 (1.70)	0-6	2.85 (2.82)	0-9
TMA scala interpersonale	70.93 (11.95)	47-87	69.20 (13.97)	44-94	64.46 (11.18)	45-86
TMA scala scolastica	61.86 (18.95)	0-77	63.60 (8.06)	51-74	59.77 (6.99)	50-72

Figura 1. Punteggi della scala dei sintomi emozionali SDQ nel tempo nei tre gruppi

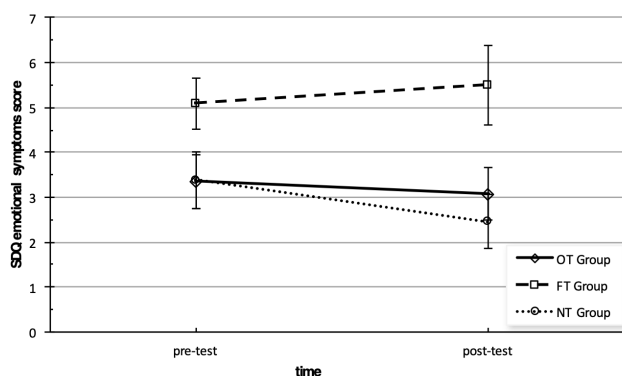


Figura 2. Punteggi della scala dei problemi di comportamento SDQ nel tempo nei tre gruppi

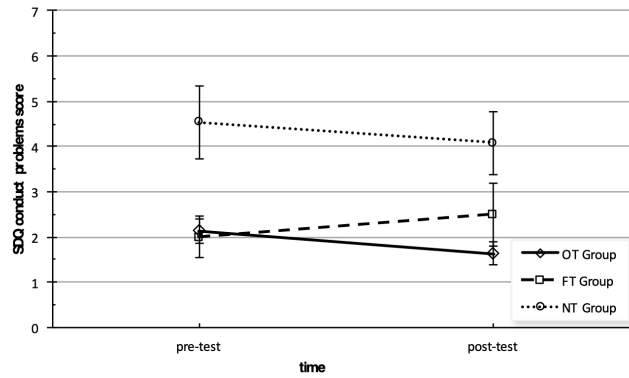


Figura 3. Punteggi della scala iperattività/disattenzione SDQ nel tempo nei tre gruppi

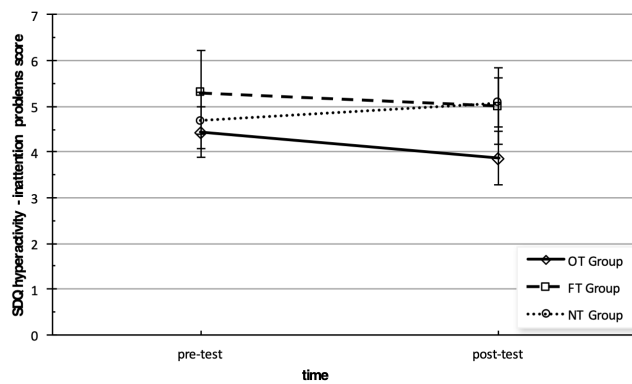


Figura 4. Punteggi della scala rapporti problematici coi pari SDQ nel tempo nei tre gruppi

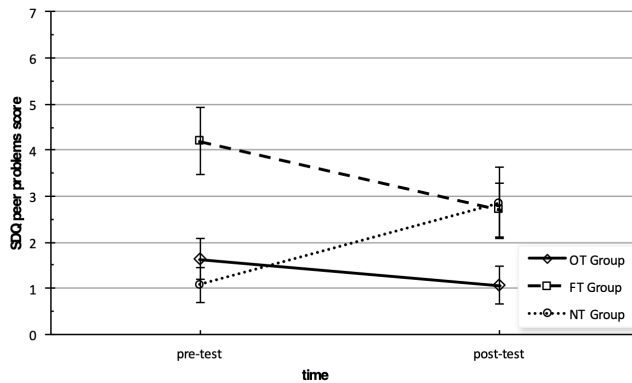


Figura 5. Punteggi della scala relazioni interpersonali del TMA nel tempo nei tre gruppi

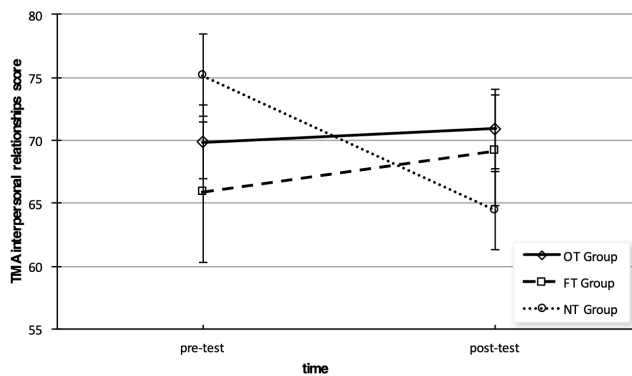
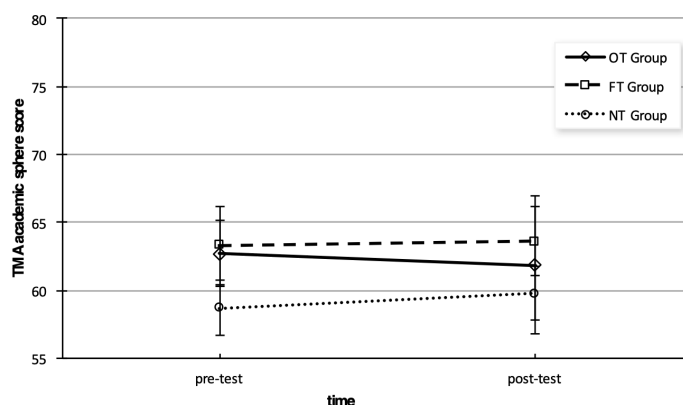


Figura 6. Punteggi della scala scolastica del TMA nel tempo nei tre gruppi



2.4 Discussione

Il presente studio ha voluto presentare dati preliminari riguardanti l'efficacia di un intervento psicologico a scuola, erogato sia in modalità online che in presenza, rivolto a preadolescenti con DSA.

Miglioramenti significativi sono stati osservati nei punteggi della scala SDQ dei problemi tra pari nel gruppo che ha ricevuto la formazione in presenza. Un andamento positivo si può osservare anche nel gruppo che ha ricevuto la formazione online, rispetto al gruppo che non ha ricevuto l'intervento. Questo risultato appare in linea con studi precedenti che hanno riscontrato risultati promettenti nella formazione online nelle scuole ma non equivalenti ai programmi scolastici in presenza (ad esempio, Fridrici & Lohaus, 2009). Tuttavia, è interessante notare che il gruppo che ha ricevuto la formazione online non è peggiorato, a differenza del gruppo che non ha ricevuto alcun intervento. Infatti, il gruppo NT ha dimostrato un visibile peggioramento dei sintomi nella scala dei pari SDQ. Questo dato, oltre a confermare l'alto rischio di problemi sociali negli adolescenti con DSA (e.g., Sakiz et al., 2015), sembra supportare l'ipotesi che il training online, pur non avendo dato lo stesso risultato di quello in presenza, ha comunque permesso agli adolescenti di non peggiorare in questa dimensione.

I miglioramenti dell'autostima nelle relazioni interpersonali, osservati sia nel gruppo FT che nel gruppo OT, sembrano andare nella stessa direzione. Mentre il gruppo NT ha mostrato una diminuzione di questa specifica area di autostima nel tempo, gli altri due gruppi l'hanno migliorata, con un effetto più significativo nel gruppo FT. Come osservato da Musetti e colleghi (2019), gli adolescenti italiani con DSA sottoposti a intervento educativo psicosociale hanno mostrato una maggiore autostima per quanto riguarda le relazioni interpersonali rispetto ad altri adolescenti che non hanno ricevuto questo tipo di intervento. I nostri risultati sembrano fornire nuove prove del fatto

che il supporto di un intervento psicoeducativo di gruppo in ambito scolastico, erogato in presenza o online, potrebbe avere un ruolo nell'adattamento psicosociale adolescenziale negli studenti con DSA.

Invece, non abbiamo riscontrato miglioramenti significativi in altre scale SDQ e sottoscala TMA scuola; questi dati potrebbero essere spiegati sulla base del tipo di intervento svolto dallo psicologo scolastico, focalizzato principalmente sull'autostima e sul dominio sociale (es. abilità comunicative e sociali, problemi relazionali). Non si può tuttavia escludere che, aumentando il numero del campione, possano emergere risultati significativi anche in altri domini.

-Questo lavoro presenta alcuni limiti. Innanzitutto, la dimensione del campione utilizzata nel presente studio era piccola, e quindi la generalizzabilità dei nostri risultati dovrebbe essere – considerata attentamente. In secondo luogo, anche la predominanza delle femmine nel nostro gruppo TP potrebbe aver influenzato i risultati. La replica dei risultati attuali con campioni più grandi e più omogenei è chiaramente necessaria in futuro. Infine è da considerarsi un limite, la mancanza di un follow up, per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti.

Nonostante questi limiti, i risultati di questo studio preliminare appaiono sufficienti per avanzare alcune considerazioni. In linea con alcuni autori (Fridrici & Lohaus, 2009; Giaouri, 2021), gli interventi online degli psicologi scolastici potrebbero essere un'alternativa per quegli adolescenti che hanno meno probabilità di cercare un aiuto professionale per preoccupazioni sulla riservatezza e l'anonimato in un contesto di elevata vicinanza sociale, o per preoccupazioni relative allo stigma nei confronti della malattia mentale e del contesto clinico. La telepsicologia può essere considerata un'alternativa potenzialmente praticabile ed efficace, in supporto ai servizi psicologici forniti da esperti e psicologi scolastici. La telepsicologia a scuola incide indubbiamente nel campo dei servizi psicologici e può portare significative opportunità per migliorare la prevenzione e la cura, nonché aumentare l'accesso alle cure da parte degli adolescenti con disturbi psicologici.

Capitolo 3: Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto

3.1 La Proposta operativa del GDL di psicologia scolastica dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna

3.1.1 Introduzione

La psicologia scolastica in Italia è presente dagli anni '70, ma a partire dalla fine degli anni '90 si è intensificata l'attenzione sulla necessità di servizi psicologici nelle scuole e oggi nella maggior parte delle scuole italiane sono presenti psicologi che forniscono servizi psicologici e realizzano interventi di promozione del benessere e prevenzione del disagio. L'attività più conosciuta e riconosciuta tra quelle svolte dallo psicologo scolastico è sicuramente quella dello sportello di ascolto (Panti, 2018). Essa nasce con il D.P.R. 309/1990, originariamente denominato CIC, e si pone come uno spazio di accoglienza, consulenza e ascolto rispetto alle diverse problematiche e dubbi inerenti la crescita, la scuola nonché le relazioni (Matteucci, 2016), con lo scopo di sostenere, promuovere il benessere e prevenire situazioni di disagio e di sofferenza degli studenti. Si tratta quindi di uno spazio all'interno della scuola dove studenti, insegnanti e genitori possono incontrare lo psicologo scolastico per confrontarsi su problemi e interrogativi percepiti come intensi o significativi. Lo spazio dello sportello di ascolto è tutelato dal segreto professionale e si caratterizza da un lato per il supporto diretto agli studenti e dall'altro per la peculiare funzione di attivazione di risorse e sostegni per gli studenti, sia all'interno della scuola stessa sia presso la famiglia e/o altri servizi. Il colloquio che si tiene all'interno dello sportello d'ascolto non consiste in una psicoterapia o in un percorso di sostegno psicologico, ma in un intervento di counseling psicologico, per aiutare lo studente a individuare problemi e possibili soluzioni (Matteucci, Farrell, 2019). Il counseling è strutturato come un percorso di breve durata, basato sulla costruzione di una relazione d'aiuto volta a riorganizzare le risorse della persona e a sviluppare strategie per fronteggiare situazioni difficili. In molte occasioni, invece, l'incontro con lo psicologo scolastico diventa un'occasione per riflettere con lo studente sulla necessità o possibilità di chiedere aiuto e supporto anche ad altre figure quali docenti, genitori, altri servizi sanitari ecc. (Matteucci, Chiesa, Albanesi, 2017).

Questo capitolo presenta l'ipotesi di sviluppare linee guida che supportino gli psicologi scolastici impegnati nell'attività di sportello di ascolto; nello specifico l'obiettivo primario delle linee guida è quello di offrire un approccio ai processi di decision making nella consulenza psicologica scolastica. Le linee guida nascono dal bisogno degli psicologi scolastici di uniformare e condividere con il

sistema scuola le prassi di comportamento sia nelle situazioni di rischio sia in tutte quelle occasioni in cui è possibile sviluppare programmi e progetti di prevenzione (Symons et al., 1997).

Sono tante, infatti, le domande e i dubbi che attraversano la mente dello psicologo scolastico impegnato nell'ascolto di studenti con problemi e difficoltà psicologiche o con curiosità e necessità di orientamento; tante di queste domande riguardano anche le diverse modalità e tempistiche di coinvolgimento dei tanti sistemi che interagiscono a differenti livelli con la finalità di promuovere il benessere dello studente e ridurre i rischi (Lecapitaine, 2000).

Tra i sistemi che più comunemente interagiscono con la scuola ci sono: la famiglia, il servizio sanitario pubblico, i servizi sociali, il privato sociale e ogni altro individuo o ente che risulti significativo per l'allievo.

Con il solo scopo di condividere con i lettori la tipologia di domande a cui si sta facendo riferimento, viene qui riportato qualche esempio di dubbio/riflessione che tipicamente coinvolge lo psicologo scolastico:

- “Ha senso parlarne con il dirigente scolastico?”.
- “Sarà eccessivo proporre al dirigente un coinvolgimento dei servizi sociali?”.
- “Sarà opportuno proporre un coinvolgimento della famiglia?”.
- “Cosa penserà il coordinatore di classe?”.

Domande come queste sono presenti nella mente dello psicologo scolastico durante e dopo il colloquio con lo studente, ed è proprio la presenza di queste domande e la tipologia di decisioni che ne consegue che differenzia lo psicologo clinico/psicoterapeuta dal professionista che opera a scuola.

Buona parte delle riflessioni in cui è impegnato uno psicologo scolastico riguarda infatti modalità e tempistiche di un eventuale coinvolgimento del sistema scuola (se confrontarsi, con chi confrontarsi e quando). Un'altra parte è invece legata a quale decisione proporre e di cui discutere una volta attivato il sistema.

La maggior parte delle situazioni presentate dagli studenti, soprattutto per gli psicologi con esperienza e conoscenza del sistema scolastico in cui sono inseriti, attiva processi decisionali e schemi di azioni consolidate che non necessitano di un particolare impegno di tempo e risorse cognitive; si pensi per esempio a una situazione in cui lo studente non presenta rischi particolari (magari si rivolge allo psicologo per orientamento scolastico) o a casi in cui è l'insegnante stesso o il dirigente a inviare lo studente dallo psicologo, avendo già condiviso la necessità di attivare altri sistemi (ad esempio i servizi sociali). Ci sono però tante altre situazioni in cui non è semplice sapere cosa fare, come farlo ed entro quali tempistiche.

In alcune occasioni, durante il primo incontro con uno studente, lo psicologo scolastico ha un compito estremamente complesso: da un lato identificare l'eventuale gravità dei rischi e dall'altro, attraverso il coinvolgimento del sistema scuola, proporre azioni che, solitamente, coinvolgono famiglia, neuropsichiatria, servizi sociali, privato sociale ecc. Inoltre, non è da dimenticare che lo psicologo scolastico è costantemente impegnato nel costruire un rapporto di fiducia e collaborazione con lo studente al fine di motivarlo, eventualmente, a iniziare un trattamento o a coinvolgere altri per lui significativi.

Nei 15-30 minuti dedicati al colloquio, lo psicologo scolastico processa le informazioni di natura clinica raccolte ed è portato, nella maggior parte dei casi, a ipotizzare decisioni che saranno condivise con il sistema scuola. Si inizia a intuire che, diversamente da quanto accade in altri contesti professionali – quali ad esempio quelli clinici, in cui la decisione sul piano di intervento da attuare sulla base dei rischi rilevati è prevalentemente individuale o comunque condivisa tra professionisti sanitari (ad esempio un team di psicologi in uno studio associato o un team di medici) – in ambito scolastico il processo decisionale è, nella maggior parte dei casi, condiviso e attuato in un contesto educativo e non clinico, quale è appunto il contesto in cui agisce lo psicologo scolastico. Tale condizione permea i processi decisionali e le scelte di intervento che si caratterizzano prevalentemente come azioni che orientano e motivano. Lo psicologo scolastico non attua direttamente l'intervento, ma sollecita lo studente e il sistema scuola a orientarsi verso scelte e programmi che mettano in primo piano la tutela del benessere e la prevenzione del disagio. Nel proporre la sua ipotesi di intervento al sistema scuola, lo psicologo deve essere consapevole che esso rappresenta un "partner alla pari" con cui mettere in discussione le decisioni e rivedere le ipotesi di intervento. La condivisione delle scelte, delle decisioni e delle azioni da intraprendere rappresenta uno degli ambiti più sfidanti per il professionista. Naturalmente vi sono situazioni in cui la decisione non è esplicitamente condivisa, ovvero lo psicologo non si connette direttamente con il sistema scuola (non incontra/telefona/ scrive al personale), ma, in qualche modo, lo è implicitamente perché la serie di azioni messe in atto è divenuta una prassi condivisa: per determinate situazioni è comunemente condiviso che non vi sia una connessione diretta.

Si immagini un ragazzo che riporta di avere difficoltà relazionali con il gruppo classe e lo psicologo scolastico decida di provare a proporgli una strategia e di fissare un nuovo incontro dopo qualche tempo; in questo caso anche la decisione di non coinvolgere direttamente e immediatamente il sistema scuola, ad esempio non parlando, è comunque parte di un sistema implicito e condiviso di decision making, ovvero si è concordato tra scuola e psicologo che per alcune situazioni non sia necessario attivare il sistema in modo esplicito.

La letteratura scientifica si è impegnata nell'indagare i processi decisionali degli psicologi scolastici mettendo in evidenza come gli elementi di complessità siano legati alla necessità di prendere decisioni condivise che, per loro natura, sono più dispendiose in termini organizzativi, di tempo e soprattutto per le energie cognitive necessarie (Sullivan, Sade & Hour, 2019).

Si inizia pertanto a delineare una differenza davvero significativa tra psicologo scolastico e psicologo clinico che, oltre a quelle strutturali come la durata del colloquio (l'incontro con lo psicologo scolastico dura, come già detto, dai 15 ai 30 minuti) e la frequenza degli incontri (che varia e dipende dal numero di studenti e dalla disponibilità dello psicologo), è rappresentata dal processo di decision making. Si veda di seguito qualche esempio per capire meglio cosa si intende e, per cominciare, si pensi a una ragazza di 13 anni iscritta al terzo anno della scuola secondaria di primo grado che, accompagnata dalla madre, si rivolge a uno psicologo clinico nel suo studio; durante il colloquio la ragazza riferisce di tagliarsi perché sentire il dolore fisico la distoglie dalla sua tristezza, e poi elenca un'altra serie di sintomi. Uno psicologo clinico o psicoterapeuta che opera in un contesto clinico pubblico o privato, in modo più o meno consapevole e più o meno esplicito, di fronte a situazioni come quella descritta, effettua ciò che in letteratura viene definito un mental health assessment (Newson, Hunter & Thiagarajan, 2020) e successivamente attiva un processo di ragionamento clinico che porterà alle ipotesi di gestione e trattamento (Cammeo et al., 2022): si domanda, cioè, quanto i sintomi presentati costituiscano un rischio, quali sono le risorse e quali protocolli di intervento o di valutazione mettere in atto. Nel caso dello psicologo clinico l'incontro con i minori è successivo a un colloquio conoscitivo con la famiglia e l'assessment dei rischi e delle risorse psicologiche è una sorta di validazione di una valutazione ipotizzata precedentemente attraverso i dati raccolti dal colloquio anamnestico coi genitori. Lo psicologo clinico, infatti, dopo il primo incontro con il genitore, elabora una prima concettualizzazione che poi va a completare e ridefinire durante il colloquio con l'adolescente (Slavich et al., 2019). Si pensi al fatto che la stessa ragazza si rivolga a uno psicologo scolastico con gli stessi sintomi: lo psicologo scolastico durante l'incontro cerca di valutare i rischi e le risorse presenti con la finalità di comprendere come orientare la studentessa e attivare il sistema scuola al fine di promuovere il benessere e ridurre il disagio.

Diversamente dal caso dello psicologo clinico, la valutazione dei rischi e delle risorse degli studenti è estremamente complessa perché vengono a mancare gli ancoraggi contestuali: lo psicologo scolastico non ha visto i genitori, per esempio, e dopo il primo incontro elabora una concettualizzazione del caso ipotetica che, attraverso il confronto con il sistema scuola, diventa una sorta di concettualizzazione condivisa dei rischi e delle risorse (Simon et al., 2014). L'attivazione formale del sistema scuola avviene solo dopo aver ricevuto un consenso formale dallo studente o,

nei casi in cui non sia possibile ma necessario, dopo averlo almeno informato. Si pensi a casi complessi in cui lo studente presenti condizioni di grave rischio per sé stesso o per gli altri. In questi casi lo psicologo scolastico cercherà di condividere con il diretto interessato la necessità di coinvolgere il dirigente scolastico, ma, anche in assenza di esplicito consenso, l'attivazione del sistema scuola sarà comunque necessario. Nella maggioranza dei casi i processi di raccolta di informazioni dagli insegnanti tutelano il segreto del colloquio. Lo psicologo informa lo studente che, dopo il colloquio, potrebbe confrontarsi con insegnanti o coordinatore, ma su tematiche generali che non riguardano il contenuto del colloquio. In entrambi i casi, sia per il clinico che per lo scolastico, il processo di valutazione del rischio, il processo di ragionamento clinico e il conseguente sistema di decisione non è mai lineare e semplice poiché, soprattutto quando si tratta di minori, vi sono più valori a volte contrastanti che ispirano il comportamento: se da un lato è fondamentale promuovere salute e benessere, dall'altro rimane indispensabile proteggere e tutelare, ove possibile, il segreto professionale. Esula dagli intenti del capitolo offrire un excursus sulla complessità etica/morale/deontologica delle decisioni e quanto a tale complessità per lo psicologo scolastico si aggiunga un processo decisionale che coinvolge più sistemi, ma non possiamo non sottolineare quanto tali complessità debbano diventare parte dei percorsi formativi dedicati agli psicologi scolastici di domani (Matteucci, 2018).

Da quanto emerso finora possiamo affermare che i processi decisionali presentano peculiarità e specificità che ha senso approfondire al fine di promuovere una consapevolezza rispetto alla complessità della funzione e di produrre processi di facilitazione intesi anche come una condivisione di prassi e procedure tra sistemi differenti. Vi è inoltre una serie di implicazioni pratiche che derivano dalla complessità dei processi di decision making; in primo luogo, i livelli di stress associati al processo decisionale possono avere un impatto ovvero influenzare la soddisfazione sul lavoro per gli psicologi scolastici (Mills, Huebner, 1998). In alcuni casi, inoltre, la valutazione dei rischi e le conseguenti decisioni che vengono prese dal professionista possono diventare oggetto di attenzione da parte della commissione deontologica o di altri legali/commissioni: diventare sempre più consapevoli delle dinamiche decisionali sembra davvero cruciale per la crescita professionale e il benessere dello psicologo scolastico.

Il modello ecologico bio-psico-sociale

La letteratura scientifica, come già evidenziato, mette in luce la complessità legata ai processi di decision making e problem solving che hanno luogo in sistemi complessi di relazioni o in sistemi diversi che interagiscono tra loro (Tilly, 2008).

La comprensione della eterogeneità del sistema di relazioni che lega la scuola con il mondo esterno e lo psicologo scolastico con la scuola diventa essenziale per lo sviluppo di qualunque protocollo/ linea guida che possa efficacemente guidare o supportare le decisioni di un professionista.

Esula dagli intenti di questo lavoro offrire una descrizione dettagliata dei diversi modelli di studio e intervento legati alla psicologia scolastica, ma in questa sede sembra opportuno fornire una breve descrizione del modello che ha fatto da sfondo teorico all'intero impianto progettuale della proposta operativa di linee guida per il triage.

La cornice teorica che ha guidato gli autori nello sviluppo delle linee guida è quella del modello ecologico bio-psico-sociale, che consente di osservare le dinamiche dei molteplici fattori (genetici, psicologici, sociali) che partecipano al benessere degli studenti, anche e soprattutto in relazione ai contesti, vicini e lontani, con cui lo studente è in relazione (Kranzler et al., 2020).

Diversi autori sostengono come modelli di sviluppo umano che integrano gli effetti della genetica, le caratteristiche personali e gli ambienti che circondano gli studenti insieme a contesti sociali più ampi siano il framework migliore per guidare la ricerca e lo sviluppo di strumenti a sostegno della psicologia scolastica; ne sono degli esempi il modello bioecologico dello sviluppo umano (Bronfenbrenner, Morris, 2006) e la teoria unificata dello sviluppo (Sameroff, 2010).

3.1.2 Le linee guida in psicologia

Lo sviluppo di linee guida, sistema largamente diffuso in molti ambiti sanitari e sociali, rappresenta una delle modalità più condivise dai sistemi di cura perché consente di uniformare le prassi di diversi operatori anche impegnati in sistemi diversi (per esempio polizia e ospedale) o reparti differenti nello stesso sistema (Grimshaw, Russell, 1994). Al momento, anche a causa della complessità legata alla presenza non strutturata dello psicologo scolastico nelle scuole italiane, non sono state pubblicate o emanate linee guida ufficiali dedicate specificatamente al comportamento dello psicologo in relazione al sistema scuola (Matteucci, 2022).

La letteratura sviluppata in paesi in cui lo psicologo scolastico è una figura professionale strutturata (White & Kratochwill, 2005) suggerisce che la presenza di linee guida condivise, in particolare nell'ambito della psicologia scolastica, promuova:

- l'adozione di strategie rilevanti per risolvere o indirizzare problemi degli studenti;
- una riduzione dei tempi e dei costi legati alla presa di decisioni;
- un miglioramento degli esiti della pratica clinica;
- l'utilizzo di linee guida condivise come strumento fondamentale per la formazione di studenti e tirocinanti.

La letteratura in questo ambito (APA, 2014) è anche concorde nel suggerire che le linee guida siano sostenibili nel tempo, ovvero vengano usate per la durata necessaria a comprenderne la funzionalità e utilizzate solamente se sviluppate e presentate a tutti i sistemi (o le persone) che interagiscono con il sistema a cui sono destinate. In parole più semplici, per aspettarsi che gli psicologi scolastici utilizzino delle linee guida diventa estremamente rilevante che esse siano sviluppate e condivise con il sistema scuola e presentate da quest'ultimo a tutti gli altri sistemi, enti e organizzazioni con cui la scuola e lo psicologo si relazionano. In estrema sintesi, la letteratura evidenzia che lo sviluppo di linee guida può portare a miglioramenti sia per quanto riguarda il benessere dello psicologo sia rispetto alla qualità del suo lavoro. Una delle azioni socialmente più riconosciute dello psicologo scolastico, come già evidenziato, è quella dello sportello di ascolto ed è proprio per questo che il lavoro si focalizza su linee guida dedicate agli psicologi impegnati in tale attività. Focalizzare le linee guida in un settore della professionalità già conosciuto e riconosciuto ha più possibilità di promuoverne l'utilizzo e la comprensione da parte di tutti i portatori di interesse.

Lo psicologo scolastico che si occupa di sportello di ascolto non è impegnato solo nel lavoro a contatto diretto con gli studenti, ma, per ciascun caso, raccoglie informazioni dai docenti o dal dirigente scolastico e, in accordo con il sistema scuola, si mette in contatto con gli eventuali sistemi coinvolti. Soprattutto per i professionisti appena inseriti in una scuola o nel caso di modifiche all'assetto di governance dell'istituto (ad esempio un cambio di dirigente scolastico), sapere come e con quali tempistiche contattare le diverse figure è spesso problematico e fonte di preoccupazione.

Le domande che si pone più spesso lo psicologo scolastico, infatti, oltre a quelle di natura tecnica e professionale (come ad esempio dubbi diagnostici), sono di natura "sistemica", cioè riguardano le modalità con cui mettersi in relazione con altri per poi prendere decisioni condivise e/o informate. Si veda di nuovo qualche esempio:

- "A chi posso rivolgermi per raccogliere più informazioni su questo ragazzo?"
- "Sarà il caso di coinvolgere il dirigente scolastico per questa situazione?"
- "Se telefono domani al dirigente magari è troppo tardi: sarà meglio chiamare ora?"

Fornire linee guida che rendano esplicite le modalità di connessione con il sistema scuola potrebbe aiutare lo psicologo scolastico, guidandolo a un approccio sistemico e integrato con la scuola e, allo stesso tempo, supportare la scuola stessa, come sistema, nella comprensione delle scelte dello psicologo.

La diffusione di linee guida condivise potrebbe rendere sempre più chiara ed esplicita al mondo scuola, studenti e famiglie, non solo la figura dello psicologo scolastico ma anche le dinamiche relazionali coinvolte.

Non sempre, infatti, studenti e famiglie hanno piena consapevolezza delle funzioni del servizio di sportello di ascolto e di come si differenzia da un servizio di psicologia clinica. Alcune famiglie, per esempio, non comprendono la necessità, a volte proprio sollevata dallo psicologo scolastico, di iniziare un percorso con un clinico o uno psicoterapeuta; spesso infatti si domandano come mai il figlio, che si trova bene con quello psicologo, dovrebbe andare da un altro. Analogamente, non tutti gli studenti comprendono perché e come lo psicologo scolastico si relaziona con insegnanti, referenti e dirigente. Alcuni studenti, per esempio, potrebbero pensare che il frequente scambio di comunicazione tra scuola e psicologo scolastico potrebbe in qualche modo ledere il segreto professionale. Per molti di questi dubbi la sola consapevolezza che possiamo condividere è che persiste tutt'oggi un certo livello di ambiguità, in particolare su cosa può fare lo psicologo scolastico, quali sono le sue peculiarità rispetto ad altri psicologi e come si relaziona con il mondo scuola. Le linee guida che verranno presentate di seguito potrebbero rappresentare, con gli opportuni adeguamenti, uno strumento per coinvolgere, oltre agli psicologi scolastici, il sistema scuola, gli studenti e le famiglie in una comprensione attiva delle funzioni dello psicologo scolastico.

La maggior parte di sistemi socio-sanitari ed educativi si sta attivando per promuovere processi educativi o di cura trasparenti, che vedano l'individuo come capace di comprendere finalità e modalità di intervento. Appare assolutamente in linea con questa tendenza sviluppare linee guida che consentano a tutti i sistemi coinvolti, studenti e famiglia compresi, di diventare consapevoli dei processi sottesi alle scelte intraprese dallo psicologo scolastico con il sistema scuola.

3.1.3 La proposta operativa: i 5 codici delle Linee guida

Lo psicologo scolastico si trova ad affrontare una grande diversità di situazioni presentate dagli studenti (Wilson et al., 2009). Il primo incontro con lo studente rappresenta un momento davvero importante e allo stesso tempo complesso in cui raccogliere il maggior numero di informazioni possibili, immaginarsi quali altre informazioni richiedere al sistema scuola e ipotizzare la serie di azioni che potranno supportare quello studente una volta terminato l'incontro.

Questo lavoro nasce con l'obiettivo di mettere a disposizione degli psicologi scolastici delle linee guida condivise per uniformare le modalità di comunicazione e connessione con il sistema scuola e gli altri sistemi dopo il primo incontro con lo studente allo sportello di ascolto o nelle fasi successive di monitoraggio. Le linee guida che verranno presentate e descritte hanno dunque due obiettivi:

1. uniformare le modalità di comunicazione tra psicologo scolastico e sistema scuola;

2. mettere a disposizione dello psicologo scolastico linee generali di comportamento (buone prassi) sulle modalità di coinvolgimento del sistema scuola e/o di altri sistemi nella promozione del benessere degli studenti.

L'utilizzo ideale delle linee guida prevederebbe una compilazione congiunta a inizio anno e a ogni nuovo incarico tra lo psicologo scolastico e il sistema scuola, in modo da avere reciproca conoscenza delle diverse azioni e sviluppare un linguaggio condiviso. La presenza di linee guida, inoltre, in un secondo momento potrebbe favorire lo sviluppo di protocolli di intervento condivisi in risposta ai diversi codici e, analogamente, tali codici potrebbero favorire una raccolta dati sistematica e condivisibile sugli studenti che si rivolgono allo sportello di ascolto e sulle eventuali modifiche da apportare ai codici stessi in seguito ai percorsi o progetti attivati.

Al termine di ogni anno scolastico, lo psicologo scolastico potrebbe presentare un report dell'attività dello sportello, in termini di frequenze rispetto a ogni codice, fornendo con immediatezza una lettura dei dati che potrebbe davvero promuovere lo sviluppo di azioni preventive o di contrasto al disagio.

I processi di accountability, che sempre più diventano rilevanti per il mondo dei servizi, troverebbero nello sviluppo di codici un alto potenziale di generare e interpretare dati sulla salute mentale e sul benessere psicologico della comunità scolastica. L'ipotesi di adozione delle linee guida si ispira a un modello di approccio sistemico alla psicologia scolastica, che vede la figura dello psicologo scolastico inserita in un complesso network di sistemi che interagiscono tra loro. L'obiettivo è che l'adozione di un sistema a codici promuova un uso ancora più appropriato delle risorse umane e la piena attuazione di alcune soluzioni organizzative o di percorsi specifici. La finalità è rappresentata dallo sviluppo futuro di protocolli di intervento condivisi, percorsi o progetti sempre più appropriati per tutti gli studenti, le famiglie e il personale scolastico. In generale le linee guida, in particolare quelle che mettono in relazione e dialogo diversi sistemi, presentano numerosi limiti tra cui i più rilevanti sono l'eccessiva semplificazione e riduzione della complessità: per questa ragione diventa fondamentale concepire le linee guida come un orientamento al comportamento e non come un sistema prescrittivo.

Le linee guida sono suddivise per la tipologia di azioni che possono/devono essere intraprese in relazione a diverse ipotetiche casistiche di studenti che si presentano allo sportello di ascolto. Diversamente dai rischi sanitari, per cui nella maggior parte dei casi vi è la possibilità di rilevare parametri fisiologici obiettivi, l'attribuzione dei codici da parte dello psicologo scolastico si basa sull'osservazione clinica, la raccolta di informazioni qualitative dal corpo docente e, solo raramente, sulla somministrazione di test.

Anche in relazione ai codici di accesso sanitario, per facilitare comprensione e comunicazione sono stati sviluppati cinque codici a cui è stato associato un colore (tab 1).

Tabella 1. I cinque codici

<i>Codice</i>	<i>Descrizione</i>
Rosso	Sono presenti rischi per la vita e/o la salute fisica dello studente e/o di altri, oppure rischi di gravi traumi psicologici dello studente e/o di altri o reiterati comportamenti altamente rischiosi per la salute fisica/psicologica
Arancione	Sono presenti rischi gravi per la salute mentale/fisica dello studente e/o di altri, per esposizione ai fattori di rischio
Azzurro	Sono presenti rischi moderati per predisposizione genetica, familiarità, contesto, situazione, malattia e/o altre variabili
Verde	Sono presenti rischi moderati per predisposizione genetica, familiarità, contesto, situazione, malattia e/o altre variabili
Bianco	Sono presenti rischi commisurati al livello di sviluppo

Mentre per il livello rosso e arancione la gravità dei rischi determina i codici, i codici azzurro, verde e bianco possono essere meglio concettualizzati pensando ai potenziali interventi necessari per ridurre l'impatto dei fattori di rischio. Appare così più evidente come ai tre codici azzurro, verde e bianco corrispondano rispettivamente interventi di prevenzione terziaria, secondaria e primaria.

La prevenzione primaria, che corrisponde al codice bianco, mira alla riduzione dei fattori di rischio o allo sviluppo di interventi preventivi. In questo caso la scuola e lo psicologo scolastico si pongono soprattutto come ascoltatori attivi di problematiche/difficoltà/bisogni degli studenti per sviluppare azioni che rispondano a quei bisogni prima che possano diventare rischi o necessità. In questi casi la risposta del sistema scuola-psicologo scolastico è rappresentata prevalentemente dallo sviluppo di progetti o dall'attivazione di reti.

La prevenzione secondaria, che corrisponde al codice verde, mira a diminuire la durata e la diffusione di una condizione disfunzionale, individuandola e trattandola in una fase precoce, magari attraverso interventi che coinvolgano prevalentemente la scuola. In questo caso il sistema scuola-psicologo scolastico si mette in gioco con risorse interne e sinergiche per supportare lo studente

attraverso incontri, progetti che lo coinvolgano o strumenti di individualizzazione, non solo didattica. La prevenzione terziaria, che corrisponde al codice azzurro, mira a ridurre le conseguenze di un problema che già si è manifestato, anche in collaborazione con altri sistemi. In questo caso la funzione del sistema scuola-psicologo scolastico mira a orientare e motivare lo studente (e la famiglia, se possibile) verso altri sistemi e, parallelamente, attiva questi ultimi per prepararli all'accoglienza della situazione dello studente. Il codice arancione rappresenta un'urgenza che il sistema scuola-psicologo scolastico individua e deve portare in breve tempo all'attivazione, se possibile, della famiglia, e alla presa in carico di altri sistemi sociali o sanitari. Il codice rosso rappresenta un'emergenza in cui la funzione del sistema scuola-psicologo scolastico deve immediatamente tradursi in un'azione che tuteli la salute fisica e psicologica dello studente.

I codici, secondo queste linee guida, vengono assegnati dallo psicologo scolastico al primo accesso e vengono aggiornati ed eventualmente modificati a ogni incontro con lo studente o dopo aver raccolto informazioni dai docenti/dirigente e/o familiari e altri professionisti. Le linee guida mettono in luce la funzione del sistema scuola-psicologo scolastico nell'accoglienza e riconoscimento di situazioni di fragilità che richiedono l'eventuale attivazione di percorsi interni alla scuola in grado di fornire sostegno o agevolare la presa in carico in ambito sanitario, assistenziale e sociale. Le tempistiche suggerite dalle linee guida hanno esclusivamente una funzione orientativa, al fine di supportare gli psicologi scolastici meno formati, e non prescrittiva.

Secondo le linee guida presentate, l'attribuzione dei codici è una funzione di competenza dello psicologo scolastico che viene però rivista in relazione al sistema scuola; nella definizione della priorità si tiene conto del problema presentato dallo studente, del livello di criticità e del rischio di evoluzione peggiorativa. Alla definizione del codice-colore concorrono ulteriori fattori, quali le informazioni raccolte dai docenti, l'età, il grado di fragilità e/o disabilità, particolarità organizzative della scuola e di contesto locale. Si tratta di un processo dinamico, che implica rivalutazioni periodiche, poiché le condizioni degli studenti in attesa di essere presi in carico da altri sistemi possono migliorare o peggiorare, in modo da richiedere una rivisitazione del livello di priorità.

Le linee guida sono organizzate in modo da consentire una personalizzazione delle figure di riferimento per lo psicologo scolastico nei diversi codici. Mentre sui codici rosso e arancione diventa indispensabile un coinvolgimento del dirigente scolastico, per i codici azzurro e verde il sistema scuola può valutare una mediazione di altre figure (referenti, coordinatori). Il codice bianco invece, per sua natura, rappresenta quelle situazioni in cui è lo psicologo scolastico a valutare se e come coinvolgere altri sistemi.

L'utilizzo ipotetico delle linee guida prevederebbe che il sistema scuola-psicologo scolastico a inizio anno riflettesse in modo congiunto sulle figure di riferimento, sulle modalità di contatto (telefono/mail) e sulle tempistiche relative a ogni codice, arrivando così a uno sviluppo condiviso e co-costruito delle linee guida (tab. -2).

Tabella 2. Linee guida per ogni codice

CODICE	PARAMETRI PERCEPITI DALLO/A PSICOLOGO/A	ESEMPI	AZIONE SISTEMICA PER RIDUZIONE RISCHIO/ PROMOZIONE BENESSERE
ROSSO	Rischi per la vita e/o la salute fisica del* student* e/o di altr*	Rischio imminente di suicidio Autolesionismo grave	1) Informare l*student* che verrà coinvolto il dirigente scolastico per attivare altri sistemi
	Rischi di gravi traumi psicologici del* student* e/o di altr*	Rischio imminente di ritorsioni/violenze/abuso fisico o sessuale agite o subite	2) Entro lo stesso giorno dell'incontro contattare direttamente il/la dirigente scolastico per attivare congiuntamente la famiglia e/o altri sistemi anche secondo eventuali protocolli in essere
	Reiterati comportamenti altamente rischiosi per la salute fisica/psicologica	Rischio di abbandono/sequestro o altre forme di coercizione presso la famiglia	

ARANCIONE

Rischi gravi per la salute mentale/fisica del* student* e/o di altr* per prolungata o sporadica esposizione ai fattori di rischio	Compie atti vandalici/reati (dare fuoco, rubare, distruggere, spacciare) Grave rischio ritiro sociale o assenze molto frequenti Rischio dipendenze (alcool, droga, internet) Sintomi conclamati di disturbo alimentare Comportamenti sessuali rischiosi e/o dichiarazione di gravidanza/aborto Manifesta incuria/trascuratezza Violenza assistita Guida o è trasportato da persone in stato di ebbrezza e/o sotto effetto di sostanze stupefacenti Altri comportamenti altamente rischiosi (Daredevil-selfie) Esordio psichiatrico e/o disturbo mentale non in carico da altri Subisce o agisce atti di bullismo/cyberbullismo grave	1) Informare l* student* che saranno raccolte informazioni generali (senza rivelare i contenuti del colloquio) dal sistema scuola (dirigente/referente/coordinatore/docente) 2) Fissare un successivo appuntamento con l* student* entro 8/10 giorni 3) Prima del secondo incontro raccogliere informazioni dal sistema scuola 4) Durante il secondo incontro, se le informazioni raccolte confermano il codice di rischio, avvisare l* student* che verrà informato il dirigente e/o referente per l'attivazione congiunta famiglia e/o altri sistemi 5) Concordare con l* student* i contenuti della comunicazione con il sistema scuola (e, ove possibile la famiglia) 6) Dopo il secondo incontro contattare il dirigente per l'attivazione congiunta sistema famiglia e/o altri sistemi anche secondo eventuali protocolli in essere.
---	--	---

AZZURRO (prevenzione terziaria)	Rischi moderati per predisposizione genetica, familiarità, contesto, situazione, malattia e/o altre variabili	Subire o agire atti discriminatori	1) Informare l* student* che saranno raccolte informazioni generali (senza rivelare i contenuti del colloquio) dal sistema scuola (dirigente/referente/ coordinatore/docente)
		Abuso sporadico di sostanze	
		Condotte alimentari disfunzionali	2) Fissare un successivo appuntamento con l* student* entro 15/30 giorni
		Intensa sofferenza per dubbi sull'identità di genere	3) Prima del secondo incontro raccogliere informazioni dal sistema scuola
		Autolesionismo non grave	
		Rischio abbandono scolastico/bocciatura	4) Se le informazioni raccolte dalla scuola e durante i successivi incontri con lo studente (range 2-4 ulteriori) confermano il codice, informare l* student* che verrà coinvolto il sistema scuola attraverso contatto con dirigente/referente per attivazione congiunta sistema famiglia e/o altri sistemi
		Sospetto disturbi neurosviluppo non diagnosticato	
		Episodi di bullismo / cyberbullismo subito di entità lieve/moderata	5) Concordare con l* student* i contenuti della comunicazione con il sistema scuola (e, ove possibile la famiglia)
		Rischio di subire manipolazione	
		Lutti	6) Contattare il dirigente per l'attivazione congiunta sistema famiglia e/o altri sistemi anche secondo eventuali protocolli in essere.
VERDE (prevenzione secondaria)	Rischi lievi per predisposizione genetica, familiarità, contesto, situazione, malattia e/o altre variabili	Problemi di salute fisica lievi/cronici	1) Informare l* student* che saranno raccolte informazioni generali (senza rivelare i contenuti del colloquio) dal sistema scuola (dirigente/referente/ coordinatore/docente)
		Appartenenza a minoranze	
		Disturbi neurosviluppo/altri disturbi psicologici	2) Prima del secondo incontro raccogliere informazioni dal sistema scuola
		Difficoltà scolastiche e/o con i docenti	3) Fissare un successivo appuntamento con l* student* entro 1 mese
		Problemi gruppo classe/ amici/altri contesti	
		Problematiche familiari	4) Eventualmente concordare con l* student* le modalità di attivazione del sistema scuola attraverso contatto con referente/coordinatore per ricerca interna al sistema scuola di risorse/ progetti
		Trasferimento	
		Estremismo ideologico	
		Prima prova sostanze	

BIANCO (prevenzione primaria)	Situazione psicologica coerente con età cronologica e sviluppo	Orientamento scolastico o al futuro	1) Qualora necessario, fissare altro incontro
		Curiosità sulla psicologia o sul funzionamento mentale	2) Condividere con coordinatore/ insegnante le diverse sollecitazioni emerse per sviluppare progetti preventivi di gruppo
		Attivismo sociale	
		Sentimenti emozioni	
		Tematiche legate all'età	
	Pubertà/relazioni con i pari		
	Riportare una problematica di altri		
	Dubbi o domande esistenziali		

3..1.4 Esempi applicativi di utilizzo delle linee guida

Si prendono ora in considerazione due diversi casi raccolti dalle esperienze degli psicologi scolastici che hanno partecipato al gruppo di lavoro istituito dall'Ordine degli psicologi dell'Emilia-Romagna, per mostrare esempi concreti di utilizzo dei codici in relazione al sistema scuola. Nel paragrafo successivo si presentano situazioni stimolo in relazione a due differenti casi, mettendo in evidenza come siano molte le variabili a contribuire alla scelta del codice. Per ogni caso è presentata una descrizione generale, seguita dall'attribuzione del codice e da una esemplificazione delle linee guida relative a quel codice.

Per la maggior parte degli psicologi scolastici le linee guida presentate potrebbero sembrare ridondanti in quanto, per i più esperti, le prassi di comunicazione e coinvolgimento sono consolidate e messe a sistema e non sempre corrispondono pedissequamente alle azioni presentate. Si immagini, però, una presenza sempre più consistente di psicologi scolastici che verranno inseriti nei vari istituti: le linee guida potrebbero quindi rappresentare un primo strumento di reciproca conoscenza e condivisione. Applicandole non si corre il rischio, da scongiurare, di fare lo psicologo clinico a scuola o, per diverse ragioni, che il legame con il sistema scuola venga allentato dalla quantità di altri compiti o dalla sensazione di emergenza dei diversi casi. Le linee guida, inoltre, sono progettate per raccontare agli stakeholders coinvolti la profonda specificità dello psicologo scolastico, la sostanziale differenza con lo psicologo clinico dei servizi e il costante processo di decisione

condivisa con il sistema scuola. È naturale che la quotidianità presenterà situazioni che non riescono a essere perfettamente inserite nelle linee guida, ma l'approccio generale offerto da questo modello rende evidente la necessità di mettere a sistema ogni progettazione sul singolo studente.

Per consentire anche agli psicologi scolastici - di fare un po' di pratica sulle linee guida, consapevoli di quanto sia difficile ridurre in codici la complessità dei casi che giungono allo sportello di ascolto, si offre di seguito qualche altro esempio pratico. L'auspicio è che la raccolta di casi e situazioni, fatta da un numero sempre maggiore di psicologi scolastici, possa guidare una sempre migliore e condivisa definizione dei codici. Come già segnalato, il codice viene attribuito dallo psicologo e aggiornato, eventualmente, dopo la raccolta di informazioni con il sistema scuola o con altri sistemi. Il primo triage, tuttavia, viene svolto dallo psicologo scolastico che pre-imposta un codice e, raccogliendo informazioni dal sistema scuola, lo conferma o lo modifica.

Casi

CASO 1

Descrizione del caso

Una prof.ssa di una scuola secondaria di primo grado riporta alla psicologa scolastica che un suo alunno, un ragazzo M. di 11 anni, ha detto in classe di essere diventato un nazista. Ciò che lo ha ispirato ad assumere questa posizione ideologica è stato un videogioco ambientato negli anni della seconda guerra mondiale in cui doveva impersonare un ufficiale nazista. La prof.ssa riporta che il ragazzo le ha detto che andrà dalla psicologa scolastica la settimana successiva; la prof.ssa lo descrive alla psicologa come un ragazzo ben inserito nella classe e con un buon rendimento, la famiglia è disponibile anche se i genitori le sono sembrati "un po' fissati" rispetto all'insistenza con cui hanno ribadito l'importanza di una scuola "senza troppi stranieri". Da quanto riportato dalla professoressa, per quanto riguarda l'inserimento nel gruppo classe, l'unica nota negativa è che M. è un po' rigido e spesso conflittuale in particolare con le ragazze con cui dichiara di non voler avere nulla a che fare. Ha preso una nota perché ha detto che le femmine sono "stupide" ma la prof.ssa ammette che era stato provocato da una ragazza che lo punzecchia spesso prendendolo in giro per come cammina (anche se cammina come gli altri). Durante l'incontro con la psicologa scolastica il ragazzo si mostra determinato a raccontare le ragioni per cui ha richiesto l'incontro: "La prof. X mi ha sgridato perché ho detto che sono nazista...è vero l'ho detto ma l'avevo detto perché nel video gioco che mi ha dato mio fratello spiegavano che in verità nazismo vuol dire che difendi con forza una tua opinione, ecco io volevo dire quello! Sì lo so che ho sbagliato a dire nazista però è anche vero che se non ci sono un po' di regole anche i miei genitori dicono che sarà un casino". Dopo

qualche spunto di discussione offerto dalla psicologa M. dice che in classe qualche volta le femmine lo hanno preso in giro e che a lui non era sembrato giusto che la prof.ssa avesse sgridato solo lui perché aveva detto del nazismo perché anche loro avevano colpa. In classe ci sono due gruppi, conferma, maschi e femmine e che lui essendo il capo dei maschi viene preso maggiormente di mira.

Attribuzione del codice

Se proviamo ad analizzare il caso 1 con le linee guida, la situazione sembrerebbe collocarsi in un codice verde in quanto potrebbe essere ben rappresentata nella colonna degli esempi come problematiche con il gruppo classe. La lettura del caso mette in luce un quadro di rischi potenziali, non appaiono emergenze cliniche e il ragazzo presenta elementi di consapevolezza rispetto a sé stesso e alla situazione.

Linee guida

- 1) Informare lo studente che saranno raccolte informazioni generali (senza rivelare i contenuti del colloquio) dal sistema scuola (dirigente/referente/coordinatore/docente).
- 2) Prima del secondo incontro raccogliere informazioni dal sistema scuola.
- 3) Fissare un successivo appuntamento con lo studente entro 1 mese.
- 4) Eventualmente concordare con lo studente modalità di attivazione del sistema scuola attraverso un contatto con il referente/coordinatore per la ricerca interna al sistema di risorse/ progetti e/o attivazione congiunta sistema famiglia e/o altri sistemi.

Esempio di applicazione delle linee guida

Psy: “Grazie mille per aver condiviso con me tutte queste riflessioni, come sai la prof.ssa mi ha anticipato un po’ quello che mi hai detto oggi, ma visto che ci sono molti elementi che hai aggiunto mi piacerebbe rivederla e magari sentire anche qualche altro prof, senza dire nulla dei contenuti del colloquio che abbiamo fatto, ma in generale per sapere se, al di là di quello che è successo, anche loro vedono la tua capacità di raccontare le ragioni che a volte ti portano a discutere. Io e te se sei d’accordo ci vediamo tra un mese e tu nel frattempo per tenerti in mente quello che vuoi dirmi segnalo su un foglietto o sul cellulare.”

Psy: “Buongiorno prof.ssa, ho visto M. e prima di incontrarlo di nuovo volevo sapere cosa ne pensa lei e se ci sono stati aggiornamenti rispetto all’ultima volta che ci siamo parlate”.

Prof.ssa: “Allora devo dire che in classe non è l’unico, è una classe conflittuale. Lui devo dire che anzi nell’ultimo periodo mi sembra anche più sereno, abbiamo iniziato un progetto di educazione civica che l’ha coinvolto molto, un lavoro sugli anziani e devo dire che non è più successo nulla...”

Psy: “Bentornato M., dalle tue parole mi sembra proprio che vada meglio in classe anche se ci sono ancora conflittualità. Se ti va possiamo magari fare un incontro con la prof. coordinatrice in cui anche tu provi a raccontare meglio come ti senti e magari sapere che lei ti conosce di più ti potrebbe supportare”.

CASO 2

Descrizione del caso

L. un ragazzo di 17 anni, frequentante il quarto anno di un Istituto professionale, riporta allo psicologo scolastico di essere nazista. Lo scorso anno era stato sospeso per una serie di episodi di violenza avvenuti nel cortile della scuola nei confronti di alcuni studenti extracomunitari. Il ragazzo viene inviato allo psicologo scolastico dopo che il dirigente scolastico è stato contattato dal Comune per alcune scritte naziste apparse dietro alla palestra e parlando con la coordinatrice scolastica della classe più problematica è emerso che sembra aver dichiarato di aver fatto lui le svastiche. Il ragazzo appare poco motivato al colloquio “sono qui perché mi hanno obbligato”, nega di aver fatto le svastiche ma conferma di essere nazista. Durante il colloquio dice di essere molto convinto delle sue idee e non capisce dove sia il problema. Si sente libero di dire che il nazismo ha fatto bene all’economia e al mondo. Dal colloquio emerge che il ragazzo ha un rendimento scolastico basso, non svolge attività extrascolastiche; dice che suo padre e sua madre non capiscono quasi nulla delle sue idee e che non si trova per nulla bene con la sua famiglia. Sua sorella pensa solo a come finire la scuola di parrucchiera per uscire di casa. Al termine del colloquio racconta alcuni progetti che ha insieme al gruppo di amici tra cui aprire un bar per soli “bianchi.”

Attribuzione del codice

Provando ad analizzare la situazione secondo le linee guida, la gravità di alcuni episodi in cui è stato coinvolto lo studente, la bassa consapevolezza dei rischi e la pericolosità che eventuali suoi gesti potrebbero avere ricadute sulla salute psichica e fisica di altri, sembra configurarsi come un codice arancione.

Linee guida

- 1) Informare lo studente che saranno raccolte informazioni generali (senza rivelare i contenuti del colloquio) dal sistema scuola (dirigente/referente/coordinatore/docente)
- 2) Fissare un successivo appuntamento con lo studente entro 8/10 giorni
- 3) Prima del secondo incontro raccogliere informazioni dal sistema scuola

- 4) Durante il secondo incontro, se le informazioni raccolte confermano il codice di rischio, avvisare lo studente che verrà informato il dirigente e/o referente per l'attivazione congiunta famiglia e/o altri sistemi
- 5) Concordare con lo studente i contenuti della comunicazione con il sistema scuola (e, ove possibile la famiglia)
- 6) Dopo il secondo incontro contattare il dirigente per l'attivazione congiunta del sistema famiglia e/o altri sistemi anche secondo eventuali protocolli in essere.

Esempio di applicazione delle linee guida

Psy: “L., capisco bene quello che mi hai detto e la tua capacità di credere nei progetti può davvero rivelarsi una carta vincente, però dividerai con me che ti stai esponendo a gravi rischi che potrebbero compromettere il tuo futuro scolastico ma anche lavorativo. Per esempio non so se sai che con la fedina penale sporca non si possono aprire attività. Io farei in questo modo: ti do un prossimo appuntamento tra esattamente una settimana, nel frattempo parlo con i tuoi prof, ovvio non dico loro i contenuti privati del nostro discorso, e li informo che ci siamo visti e che ci rivedremo tra una settimana così sanno che qualcosa si sta muovendo, ok?”

Coordinatore: “Mi scusi dott.ssa volevo dire che la situazione di L. è degenerata, in classe sta con i piedi sul banco, ha tutti i quaderni bianchi...disegna svastiche poi le cancella e pensa che io non lo veda...io credo proprio che dovremmo convocare la famiglia”

Psy: “Certo professore, le sue informazioni sono molto utili a completare il quadro che mi sono fatta, rivedo il ragazzo domani, lo informerò che dovrò informare il dirigente della necessità di coinvolgere la sua famiglia, spero di riuscire a mostrargli l'intento di supporto che hanno le nostre azioni”

Psy: “L. grazie che sei tornato L., davvero, lo apprezzo. Come immagini i prof. mi hanno aggiornato della situazione che sta diventando sempre più complessa anche per te immagino. A questo punto per evitare una sospensione o cose simili voglio vedere i tuoi genitori e, prima di farlo, informerò il dirigente scolastico... Sai lui deve sapere quando chiamo i genitori. Possiamo provare a decidere insieme cosa mettere in luce? Mi hai detto che non ti trovi con loro, ma se loro vengono al colloquio possiamo trovare delle strategie che magari ti facilitano anche nella didattica e nel rendimento”.

Nella tabella 3 sono presentati sette casi reali e nella colonna di destra sono inseriti i codici di rischio ipotizzati dagli autori e dagli psicologi scolastici del gruppo di lavoro degli psicologi scolastici dell'Emilia-Romagna seguendo - le linee guida.

Tabella 3. Casi esempio con attribuzione codici

<i>Caso</i>	<i>Codice</i>
<p>1 Una studentessa di 11 anni riferisce alla psicologa scolastica di aver assistito ad alcuni episodi di violenza, sia verbale che fisica, tra i genitori. Le insegnanti confermano che l'aspetto della bambina è poco curato: ha i capelli untati e i vestiti le stanno piccoli, spesso non ha con sé il materiale scolastico e in classe appare irrequieta. La bimba riferisce che una sera la mamma, dopo un litigio con il papà, le ha dato un calcio nel sedere per il disordine trovato nella sua cameretta.</p>	<i>Arancione</i>
<p>2 Una ragazza di 14 anni lamenta allo psicologo scolastico di dover badare a suo fratello più piccolo nel pomeriggio e di non poter uscire con le amiche, come era solita fare. Da una settimana la baby sitter è malata, i genitori rientrano a casa nel tardo pomeriggio e non c'è nessun altro che possa rimanere in casa con loro. La ragazza pratica nuoto due volte a settimana e frequenta il gruppo Scout nel weekend. Le insegnanti interrogate dalla psicologa la descrivono come sempre partecipativa con un buon rendimento (anche se ogni tanto tende a fare la vittima); la famiglia è presente e disponibile.</p>	<i>Bianco</i>
<p>3 Un ragazzo di 14 anni frequentante il primo anno di Liceo Scientifico riferisce allo psicologo scolastico di voler cambiare scuola. Ha avuto un'insufficienza nel primo compito di matematica ed è molto scoraggiato. Non gli era mai successo di avere un'insufficienza e non sa come dirlo ai genitori. Le insegnanti lo descrivono come molto ansioso ma con tantissime risorse personali.</p>	<i>Verde</i>

Un ragazzo di 17 anni proveniente da una famiglia molto conosciuta, entrambi i genitori sono rinomati medici, ha una storia costellata di fallimenti e difficoltà scolastiche. È stato bocciato 2 volte sia alle scuole medie che al liceo classico, a cui tutt'ora è iscritto. La psicologa scolastica

4 percepisce che il ragazzo sente molto il peso delle aspettative che i genitori hanno sul suo futuro. Dice di non voler più andare a scuola perché vorrebbe fare il barista, ma i genitori non vogliono. Le insegnanti confermano la necessità di un ri-orientamento scolastico e sospettano la presenza di un DSA.

Azzurro

Una ragazza di 14 anni, al primo anno di Liceo Classico, riferisce di aver fumato una canna con delle compagne il sabato pomeriggio in centro. Non lo aveva mai fatto prima, era molto curiosa e c'era accanto a lei il ragazzo che le piace. Ha un ottimo rendimento scolastico e nel tempo libero fa

5 volontariato in diverse associazioni del territorio. Dice che non le è piaciuto e che si sente in colpa e vorrebbe dirlo ai suoi genitori. Le insegnanti la presentano come eccentrica, disponibile e sempre a disposizione del compagno di classe con disabilità.

Azzurro

Un ragazzo di 18 anni, neopatentato, riporta allo psicologo scolastico di essersi fumato una canna insieme a degli amici. Un pomeriggio in cui era a casa da solo ha deciso di farsene una e racconta allo psicologo scolastico di aver sperimentato un gran senso di spossatezza e sonnolenza, tanto che i genitori, quando sono tornati a casa, lo hanno trovato addormentato.

6 Abitando in una zona di campagna un po' isolata dal centro cittadino, il ragazzo ha la necessità di usare la macchina tutti i giorni per andare a scuola e la utilizza spesso anche il sabato sera per uscire con gli amici. Il rendimento scolastico è basso e le insegnanti sottolineano uno scarso inserimento nel gruppo classe. La famiglia è costituita da due genitori piuttosto anziani che hanno timore a contraddirlo e spesso chiedono alle insegnanti di intervenire al loro posto.

Arancione

7 Una ragazza di 13 anni dice che sente le voci. Racconta di come queste voci le suggeriscano di tagliarsi e che nel dolore dei tagli che si provoca lei trovi pace. La ragazza mostra segni di tagli sugli avambracci, non appare lucida e ride come se fosse sotto l'effetto di stupefacenti. Alla domanda relativa alla sua famiglia dice che sua madre "è una stronza" e "l'ha mollata dalla nonna".

Rosso

L'attribuzione dei codici-colore è basata sulla raccolta di informazioni e l'osservazione clinica/scientifica effettuate dallo psicologo, associate alle informazioni raccolte dal sistema scuola, che contribuiscono in modo sostanziale alla comprensione della situazione e all'individuazione di eventuali rischi. Come suggerito, l'esercizio di attribuzione dei codici potrebbe diventare una modalità di formazione per i nuovi psicologi scolastici e di condivisione di dati davvero significativi con il mondo scuola e le istituzioni pubbliche. Si provi a immaginare il potenziale dei codici nel fornire una lettura del benessere scolastico degli studenti di una scuola dopo un evento complesso: dirigente e psicologo scolastico potrebbero condividere con l'ente pubblico, ad esempio il Comune, il cambiamento nella frequenza dei codici, mostrando l'impatto degli eventi sul benessere psicologico.

3.1.5 Considerazioni

Il Gdl di psicologia scolastica dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna si è posto l'obiettivo di condividere un ipotetico sistema di linee guida per lo psicologo scolastico impegnato nello sportello di ascolto.

Le ragioni che hanno portato a ipotizzare le linee guida sono legate alla raccolta di informazioni e alla condivisione di problematiche con i colleghi del gruppo di lavoro dell'Ordine degli psicologi dell'Emilia-Romagna. Appare fondamentale elencare e discutere i limiti delle linee guida che sono molti e diversi, alcuni dei quali di seguito elencati:

- non sono basate su riscontri e/o ricerche empiriche;
- il linguaggio utilizzato potrebbe risultare complesso o, in alcune parti, ridondante;
- la sezione degli esempi è ancora molto limitata;
- non sono descritte e neanche ipotizzate le variabili che potrebbero influenzare l'attribuzione dei codici da parte dello psicologo;
- non sono state sviluppate coinvolgendo altri sistemi (sanitario o sociale, per esempio);

- le azioni previste per i codici sono molto generali e rischiano di essere di scarsa utilità per lo psicologo scolastico.

Nonostante i numerosi limiti, le linee guida potrebbero rappresentare una modalità semplice ed efficace per rafforzare internamente ed esternamente il sistema psicologo scolastico-scuola. Sarà naturalmente necessario dividerle con i vari sistemi affinché esse possano funzionare in modo fluido e condiviso. Inoltre si è ipotizzata sia una condivisione con le famiglie e gli studenti sia con i servizi pubblici e privati che lavorano con la scuola. Diventerà infine importante anche sviluppare ricerche che vadano a indagarne potenzialità e limiti.

3.2 Corso di formazione sulle linee guida: promuovere prassi di lavoro condivise tra gli psicologi scolastici

Dopo aver elaborato una proposta operativa di linee guida da applicare allo sportello psicologico scolastico, il gruppo di lavoro di psicologia scolastica dell'Ordine degli psicologi dell'Emilia Romagna ha elaborato una proposta formativa rivolta agli iscritti per diffondere il lavoro prodotto. Il corso dal titolo "Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto: una proposta operativa" si è tenuto nel novembre 2022, per una durata di otto ore complessive suddivise in due giornate. L'obiettivo del corso era quello di rendere disponibili per gli psicologi scolastici della regione delle linee guida condivise per uniformare le prassi di comunicazione e collaborazione tra la scuola e gli altri sistemi e servizi. Il corso si è articolato in una prima parte di formazione teorica sullo sviluppo delle linee guida, e una seconda parte più operativa, con esercitazioni che prevedevano la presentazione di casi, attraverso video o role playing per ragionare collettivamente sull'applicazione pratica delle indicazioni e su come intervenire nelle diverse situazioni uniformando le prassi.

3.2.1 Obiettivi

Gli obiettivi della presente ricerca esplorativa sono di indagare la percezione di utilità e funzionalità delle Linee guida prodotte al gruppo di lavoro di psicologia scolastica relative alle decisioni da prendere durante l'attività di sportello di ascolto. Inoltre lo studio mira a indagare se l'utilizzo di linee guida condivise possa contribuire a uniformare le prassi, ovvero le azioni potenziali che gli psicologi scolastici intraprenderebbero di fronte a una situazione data. Gli sperimentatori, così come il team che ha sviluppato le linee guida, sono partiti da una visione bio-psicosociale dello psicologo scolastico il quale deve ragionare e intervenire all'interno di un sistema (quello scolastico). Gli sperimentatori hanno quindi indagato se il corso di formazione potesse incrementare un approccio di intervento sistemico, volto ad attivare il sistema scuola, famiglia e servizi per supportare gli studenti, rispetto a un approccio squisitamente clinico, ossia volto a indagare e intervenire direttamente sul vissuto emotivo degli studenti.

3.2.2. Metodo

Partecipanti

Nelle due giornate di corso erano presenti rispettivamente 193 e 132 psicologi. Di questi, hanno partecipato allo studio 95 professionisti.

I 95 partecipanti erano per il 92% di sesso femminile, mentre l'8% era di sesso maschile. L'età media era di 41,56 anni, con una D.S. di 8,59. Per quanto riguarda la formazione, il 43% aveva un diploma di Scuola di Specializzazione, il 35% aveva conseguito una laurea magistrale, il 21% aveva conseguito un master, infine l'1% aveva un Dottorato di Ricerca. Il 36% dei partecipanti ha dichiarato di avere un indirizzo cognitivo comportamentale, il 18% sistemico relazionale, il 16% psicodinamico, l'8% integrato. Il restante 22% ha indicato altri indirizzi, come cognitivo costruttivista, gestalt, neuropsicologia. La maggioranza dei partecipanti, ovvero il 59% si definirebbe uno psicologo clinico, mentre il 19% uno psicologo scolastico; il restante 22% indica altre definizioni professionali. Il 48% dei partecipanti dichiara di trovare piacevole la professione di psicologo scolastico, ma che preferirebbe ricoprire altri ruoli professionali, mentre il 42% afferma che lavorare come psicologo scolastico rappresenta a pieno la sua aspirazione professionale; infine, il 9% non desidera ricoprire il ruolo dello psicologo scolastico e lo fa solo perché è capitata l'occasione.

Dei 95 partecipanti, 42 avevano esperienza come psicologi scolastici (da meno di 3 anni fino a più di 6 anni), mentre 53 non avevano mai lavorato come psicologi scolastici. Il 26% dei partecipanti che ha esperienza come psicologo scolastico lavora prevalentemente nella scuola secondaria di secondo grado, il 17% lavora nella scuola secondaria di secondo grado, il 2% lavora alla scuola dell'infanzia e un altro 2% lavora alla scuola primaria. Il restante 50% lavora in due o più tipologie di scuole diverse. Tra chi ha esperienza, il 52% lavora all'interno di un'equipe con altri colleghi, con i quali si confronta sui casi. Di contro, il 40% lavora da solo. I restanti professionisti lavorano in equipe e in più hanno supervisione, hanno solo supervisione oppure lavorano da soli, ma con supervisione.

Per quanto riguarda la tipologia di intervento più utilizzata, il 67% dei partecipanti con esperienza afferma di mettere in atto sia interventi diretti (rivolti agli studenti) sia interventi indiretti (rivolti agli adulti: insegnanti, genitori, personale scolastico). Il 24% dichiara di utilizzare prevalentemente interventi diretti, mentre il restante 10% gli interventi indiretti.

Procedura

La ricerca esplorativa si è articolata in 3 fasi. La prima fase prevedeva la compilazione di un questionario pre-test online (vedi allegato 1), composto da una prima parte di domande anagrafiche e da una seconda parte di domande relative a come gli psicologi partecipanti al corso sarebbero intervenuti in un caso ipotetico presentato con un breve video. La seconda fase è consistita nelle due giornate di formazione online (8 ore totali), composte da elementi teorici, operativi e di esercitazione su casi. Infine, la terza fase è coincisa con il post-test in cui i partecipanti hanno nuovamente compilato un questionario online (vedi allegato 2), che prevedeva la visione di un secondo breve video seguito da alcune domande su come avrebbero agito nel secondo caso.

Setting e materiali

Il corso si è svolto online attraverso la piattaforma “GoToWebinar”.

I questionari sono stati somministrati utilizzando Google Moduli, ciascun modulo conteneva una breve spiegazione della ricerca, il consenso informato, degli item di carattere anagrafico e degli item riguardanti il lavoro degli psicologi scolastici e l’assegnazione dei codici. All’interno di ciascun modulo erano inoltre contenuti i link dei video dei casi necessari per ciascuna esercitazione. La compilazione prevedeva un tempo di 15 minuti circa.

3.2.3 Risultati

La percezione dell’utilità di linee guida sull’intervento dello psicologo scolastico è stata indagata con un item che prevedeva una risposta su una scala da 1 a 10. I partecipanti hanno risposto con un punteggio medio di 9,41, con una deviazione standard D.S. di 0,97.

Dopo che i partecipanti hanno visionato un video di un primo colloquio tra psicologo scolastico e studente, è stato chiesto di descrivere come avrebbero agito in quella situazione. Dalle risposte emerse, gli sperimentatori hanno creato due macrocategorie: risposte “sul contenuto” e risposte “sul coinvolgimento di sistemi”. Con il primo si intende un tipo di intervento basato sull’indagine delle emozioni e delle motivazioni sottostanti agli eventi raccontati dal ragazzo/a, mentre con il secondo si intende un tipo di intervento che mira a creare collegamenti e contatti con altre parti del sistema scuola e/o servizi esterni alla comunità scolastica. L’80% dei partecipanti ha dato risposte sul contenuto, mentre il 14% risposte sul coinvolgimento di sistemi. Il 6,32% non ha risposto.

Successivamente è stato chiesto ai partecipanti se e chi avrebbero coinvolto del sistema scuola, in seguito a un colloquio come quello del video. Il 33% non avrebbe coinvolto nessuno, il 19% l'insegnante referente del progetto dello sportello, il 17% il coordinatore di classe, il 7% avrebbe coinvolto qualcuno del sistema scuola a partire dal secondo colloquio, il 7% avrebbe coinvolto il dirigente scolastico, il 5% avrebbe coinvolto più di una figura del sistema scuola, il 3% avrebbe coinvolto la famiglia dello studente, il 3% non ha risposto, l'1% avrebbe coinvolto un servizio o la famiglia, l'1% avrebbe approfondito con ulteriori colloqui, l'1% avrebbe coinvolto il coordinatore psicologo scolastico, l'1% avrebbe coinvolto gli insegnanti della classe.

Alla domanda "Avresti tentato di coinvolgere la famiglia dello studente?", il 64% coinvolgerebbe la famiglia, ma solo se riesce ad avere il consenso dello studente e dopo qualche colloquio, di modo da costruire prima un rapporto di fiducia. Il 20% dichiara che non coinvolgerebbe la famiglia. Il 3% coinvolgerebbe la famiglia dello studente subito, anche senza il suo consenso. Il restante 13% ha dato risposte più varie, in generale questa quota di partecipanti non coinvolgerebbe subito il sistema scolastico e/o altri sistemi e servizi, ma approfondirebbe con uno o più colloqui.

In merito alla domanda relativa all'urgenza di intervento, il 68% avrebbe rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane, il 18% avrebbe agito prendendo tempo e monitorando la situazione come evolve, il 7% avrebbe attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane, il 4% avrebbe attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane e avrebbe rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane, l'1% avrebbe attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane e avrebbe rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane e avrebbe agito prendendo tempo e monitorando come evolve la situazione, l'1% avrebbe rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane e avrebbe agito prendendo tempo e monitorando come evolve la situazione.

In merito alla tipologia di intervento da progettare successivamente all'incontro, c'è una discrepanza tra la scelta di chi ha esperienza e chi non ha esperienza. Il 57% dei partecipanti che ha esperienza proporrebbe una psicoeducazione sui rischi del comportamento messo in atto, intervento scelto dal 33% dei partecipanti senza esperienza. Nel secondo gruppo la maggioranza, ovvero il 35%, avrebbe proposto un ascolto e psicoeducazione sul tema della tolleranza della frustrazione. Quest'ultimo intervento è stato scelto dall'12% dei partecipanti con esperienza. Il percorso psicoeducativo in classe è stato scelto dal 5% dei partecipanti con esperienza e dal 6% di quelli senza esperienza. Il 2% dei partecipanti senza esperienza avrebbe proposto una valutazione degli apprendimenti. I restanti partecipanti sia con che senza esperienza avrebbero proposto un mix di due o più interventi. Successivamente è stato chiesto ai partecipanti di scrivere quale emozione avrebbero provato in merito alle decisioni sull'intervento. La maggioranza dei partecipanti con esperienza, il 29%,

dichiara di aver provato un mix di emozioni, ovvero ha scritto due o più emozioni, mentre tra chi non ha esperienza il mix di emozioni è stato esperito dall'11 % dei partecipanti. La maggioranza dei partecipanti senza esperienza, il 13%, afferma di aver provato preoccupazione, emozione sperimentata dal 10% dei partecipanti con esperienza. Il 5% dei partecipanti con esperienza dichiara di non aver provato nessuna emozione/di non saper definire che emozione ha provato. Tale opzione è stata scelta dall'11% dei partecipanti senza esperienza. Complessivamente i partecipanti si sono sentiti sicuri delle proprie decisioni con un punteggio medio pari a 6,41 su 10, con una D.S. di 1,77.

Nel questionario post test (allegato 2) i partecipanti hanno nuovamente espresso il loro parere, su una scala da 1 a 10, sull'utilità dello sviluppo di linee guida sull'intervento dello psicologo in relazione al contesto scolastico. La media di tali risposte è di 9,44, con una D.S. di 1,02.

Successivamente, tutti i partecipanti hanno guardato un secondo video e risposto alle stesse domande che erano state poste nel pretest in relazione al primo video. Anche per il post test, gli sperimentatori hanno individuato le macro categorie risposte "sul contenuto" e risposte "sul coinvolgimento di sistemi", entrambe le tipologie di pensiero sono state formulate dal 48,42% dei partecipanti. Il 3,16% dei partecipanti non ha risposto a questa domanda.

In merito alla domanda "avresti coinvolto qualcuno del sistema scolastico, in seguito a questo colloquio?", la maggioranza sia dei partecipanti con esperienza (48%) sia di quelli senza esperienza (34%) sceglierebbe di coinvolgere il coordinatore di classe. Sia i partecipanti con esperienza che quelli senza, dopo il coordinatore di classe, la scelta ricade sull'insegnante referente, selezionato dal 17% dei partecipanti con esperienza e dal 19% di quelli senza esperienza. Il 6% dei partecipanti senza esperienza avrebbe coinvolto il dirigente scolastico e il 4% non avrebbe coinvolto nessuno. Sia tra chi aveva esperienza che tra chi non aveva esperienza, la quota restante di partecipanti avrebbe coinvolto due o più figure del sistema scolastico o avrebbe aspettato di comprendere meglio la situazione.

Per quanto riguarda la domanda sul coinvolgimento della famiglia dello studente, la maggioranza complessiva di partecipanti, il 64%, coinvolgerebbe la famiglia con il consenso dello studente e dopo alcuni incontri per costruire la fiducia, mentre il 20% non coinvolgerebbe la famiglia. Il 3% avrebbe coinvolto subito la famiglia, anche in assenza del consenso dello studente. Il 13% avrebbe prima raccolto ulteriori informazioni e/o avrebbe valutato di coinvolgere la famiglia in un secondo momento. In merito all'urgenza di intervento, il 61% dei partecipanti avrebbe rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane; il 28% avrebbe attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane; il 11% avrebbe agito prendendo tempo e monitorando come evolve la situazione.

Alla domanda “Che tipo di intervento avresti progettato successivamente all’incontro?”, sia la maggioranza dei partecipanti con esperienza, il 31%, sia la maggioranza dei partecipanti senza esperienza, il 21%, avrebbe optato per una psicoeducazione sui rischi del comportamento messo in atto. Ascolto e psicoeducazione sul tema della regolazione emotiva è stato scelto dal 10% dei partecipanti con esperienza e dal 9 % di quelli senza esperienza. Il 7% dei partecipanti con esperienza avrebbe progettato una valutazione degli apprendimenti, intervento scelto dal 3% dei partecipanti senza esperienza. Il percorso psicoeducativo in classe è stato scelto dal 2% dei partecipanti con esperienza e dal 8% di quelli senza esperienza. Il 50% dei partecipanti con esperienza e il 59% di quelli senza esperienza avrebbero progettato di applicare due o più interventi. In merito alle emozioni provate nel prendere le decisioni di intervento, il 22% dei partecipanti avrebbe provato un mix di emozioni; il 19% avrebbe provato preoccupazione e il 9% nessuna/non saprei.

Su una scala da 1 a 10 i partecipanti hanno espresso quanto si sarebbero sentiti sicuri nel prendere quelle decisioni, la risposta media è stata 7,19, con una D.S di 1,29.

Infine, è stato chiesto ai partecipanti quale codice delle linee guida avrebbero scelto. Il 52% dei partecipanti con esperienza avrebbe scelto il codice arancione, il quale è stato scelto dal 30% dei partecipanti senza esperienza. La maggioranza dei partecipanti con esperienza, ovvero il 53% avrebbe scelto il codice azzurro, il quale è stato selezionato dal 36% dei partecipanti senza esperienza. Il codice verde è stato il meno scelto sia da chi aveva esperienza che da chi era senza (dall’12% nel primo gruppo e dal 17% nel secondo gruppo).

3.2.4 Discussione

Gli obiettivi della ricerca erano di indagare la percezione della necessità di linee guida per la professione di psicologo scolastico e approfondire se la partecipazione a un corso di formazione potesse concorrere ad uniformare il ragionamento e le azioni degli psicologi scolastici.

La percezione dell’utilità di linee guida sull’intervento dello psicologo scolastico sembra essere molto elevata tra i colleghi che hanno partecipato allo studio (punteggio medio di 9,41 su 10), in modo uniforme sia tra i professionisti che hanno esperienza come psicologi scolastici sia tra quelli che lavorano in altri contesti.

Spesso lo psicologo scolastico è orientato al singolo, ma, nel contesto scolastico, si delinea la necessità di uno psicologo con una visione sistemica (Dossena, 2017). L’intenzione del corso era proprio quella di proporre una modalità di lavoro che vede lo psicologo come facente parte di una

rete di servizi e sistemi, attivabili in base alla necessità. Gli autori della ricerca e del corso hanno ritenuto importante, inoltre, fornire linee guida su tempi e modalità per coinvolgere gli attori che fanno parte dei sistemi scolastici ed extrascolastici, al fine di intervenire sulla salute mentale in modo coordinato.

Nel questionario pre-test i partecipanti erano maggiormente orientati verso pensieri rivolti al contenuto dei colloqui, rispetto a pensieri che prevedessero l'attivazione di sistemi; nel post test, il rapporto tra pensieri sul contenuto e sul coinvolgimento di sistemi appare aumentato in favore di questi ultimi rispetto al pre test. Infatti, nel gruppo con esperienza più della metà dei partecipanti (53%) ha formulato risposte sistemiche (nel pre test solo il 19%); mentre nel gruppo senza esperienza il 45% ha formulato pensieri sistemici (nel pre test solo il 9%). Questo cambiamento di approccio potrebbe essere giustificato dal corso di formazione che i partecipanti hanno frequentato. Un risultato simile è emerso anche dalla domanda relativa al coinvolgimento di qualcuno del sistema scolastico in seguito al colloquio visionato nel video. Il 48% dei partecipanti del gruppo con esperienza coinvolgerebbe il coordinatore della classe (nel pre-test solo il 19% lo avrebbe coinvolto). Anche nel gruppo senza esperienza aumenta di più del doppio la percentuale di partecipanti che coinvolgerebbe il coordinatore di classe (dal 15% del pre test al 34% del post test). Nel gruppo con esperienza tutti i partecipanti segnalano che avrebbero coinvolto qualcuno del sistema scuola, mentre nel gruppo senza esperienza rimane solo il 4% dei partecipanti a dichiarare di non coinvolgere nessuno. Quest'ultimo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che chi non ha esperienza come psicologo scolastico è potenzialmente più abituato a lavorare in autonomia, avendo quindi meno in considerazione la possibilità di collaborare con altri professionisti e servizi.

Sia nel pre (75%) che nel post test (64%), rimane piuttosto costante la scelta sul coinvolgimento della famiglia; infatti, la maggioranza coinvolgerebbe la famiglia dello studente previo suo consenso e dopo qualche incontro per costruire la fiducia. Anche in merito all'urgenza con cui intervenire, la maggioranza sceglie sia nel pre che nel post test di rivedere lo studente nell'arco di una/due settimane.

In merito alla sicurezza percepita relativa alle decisioni prese, il punteggio medio di 6,41 del pre-test sale nel post test a 7,19. Questo maggior senso di sicurezza percepito potrebbe imputarsi al fatto di aver acquisito, durante il corso di formazione, un modus operandi più sistematico grazie alle linee guida presentate.

Infine, colpisce la discrepanza di scelta del codice da assegnare al caso della seconda esercitazione. Nel gruppo con esperienza la preferenza maggiore va al codice arancione, mentre nel gruppo senza esperienza a quello azzurro. Sembrerebbe, quindi, che i professionisti che hanno esperienza come

psicologi scolastici ritengano la situazione più grave, mentre il gruppo senza esperienza tende a valutarla meno grave.

Con le linee guida si è voluta dare anche l'idea che lo psicologo scolastico non debba esclusivamente occuparsi di emergenze e casi devianti (codici rosso e arancione), ma può occuparsi pure di promozione del benessere e della salute mentale degli attori della comunità scolastica (codice bianco) (Dossena, 2017).

Nonostante le interpretazioni dei dati siano incoraggianti per quanto riguarda l'efficacia del corso di formazione e l'utilità dei codici come linee guida, lo studio presenta alcuni limiti.

In primo luogo, la formazione potrebbe essere ritenuta troppo breve (8 ore) per poter essere realmente efficace. Studi futuri potrebbero prevedere una formazione più dettagliata e specifica.

In secondo luogo, le linee guida sotto forma di codici, così come sono state presentate, potrebbero apparire come un modus operandi rigido e inflessibile; tuttavia, si tratta di una prima proposta operativa, il cui scopo è stato quello di avviare una riflessione sull'esigenza di pensare a come poter rendere più agevole ed efficace il lavoro dello psicologo scolastico.

Infine, la formazione è stata la stessa sia per gli psicologi che avevano esperienza di lavoro nei contesti scolastici sia per quelli che non avevano questo genere di esperienza. Corsi e studi futuri potrebbero indagare l'utilità di proporre formazioni differenti per professionisti con esperienze lavorative differenti.

Per concludere, il corso di formazione e questo studio hanno dato qualche spunto per riflettere sulla figura dello psicologo scolastico e sul suo ruolo all'interno del sistema scuola, oltre che sulla necessità di adottare linee guida e prassi condivise e uniformi. Agli psicologi dell'Ordine dell'Emilia-Romagna sono stati presentati dei codici da assegnare a diverse tipologie di situazioni, con il fine di aiutarli a scegliere l'intervento e il sistema più idoneo a ciascuno studente che si reca allo sportello di ascolto. Tali codici rappresentano un primo passo verso un processo volto a uniformare e definire il ruolo dello/a psicologo/a in relazione ai sistemi e servizi che può attivare per supportare la comunità scolastica.

3.2.5 Allegati

Allegato 1. Questionario Pre Test

DOMANDE ANAGRAFICHE

Qual è la sua identità di genere?

- Maschio
- Femmina
- Non binaria

Quanti anni ha?

Indichi il suo livello di formazione

- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Scuola di specializzazione o psicoterapia
- Master
- Dottorato di ricerca

Qual è il suo indirizzo teorico di riferimento

- Cognitivo comportamentale
- Sistemico-relazionale
- Psicodinamico
- Corporeo
- Transazionale
- Umanistico
- Gestalt
- Integrato
- Altro

Si definirebbe principalmente

- Psicologo scolastico
- Psicologo clinico
- Altro

Essere uno psicologo scolastico, rappresenta una sua aspirazione professionale?

- No, non è quello che desidero fare (se lo faccio è perché mi è capitata l'occasione)
- Mi piace, ma preferirei svolgere maggiormente altri ruoli professionali
- Sì, il ruolo di psicologo scolastico rappresenta a pieno una mia aspirazione

Da quanti anni lavora nell'ambito della psicologia scolastica?

- Non ho mai svolto la professione di psicologo scolastico
- Svolgo progetti di psicologia scolastica da meno di 3 anni
- Svolgo progetti di psicologia scolastica da 3 – 6 anni
- Svolgo progetti di psicologia scolastica da più di 6 anni

ESPERIENZE COME PSICOLOGO SCOLASTICO

Con quali ordini di scuola lavora prevalentemente

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di primo grado
- Secondaria di secondo grado

Come psicologo scolastico, lavora in equipe e/o riceve supervisione professionale?

- No, lavoro da solo
- Sì, lavoro all'interno di una equipe con altri colleghi e ci confrontiamo sui casi
- Altro...

Nella sua esperienza come psicologo scolastico si occupa prevalentemente di:

- Interventi diretti (rivolti agli studenti)
- Interventi indiretti (rivolti agli adulti – insegnanti, genitori, personale scolastico)
- Entrambi i tipi di interventi diretti e indiretti

Secondo lei quanto sarebbe utile sviluppare delle linee guida sull'intervento dello psicologo in relazione al contesto scolastico. Risposta da 0 a 10.

ESERCITAZIONE

Ora le chiediamo di visionare un breve video che rappresenta una situazione che potrebbe incontrare all'interno dello sportello di ascolto di una scuola secondaria di secondo grado

Caso 1

(Video disponibile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=53HcXCgGPj4&t=32s>)

DOMANDE SUL CASO:

Come si sarebbe comportato in questa situazione? Argomenta brevemente.

Avrebbe coinvolto qualcuno del sistema scolastico, in seguito a questo colloquio?

- Dirigente scolastico
- Insegnante referente
- Coordinatore della classe
- Altro...

Avresti tentato di coinvolgere la famiglia dello studente?

- Sì, subito, anche senza il suo consenso
- Sì, ma solo se riesco ad ottenere il suo consenso, dopo alcuni incontri per costruire la fiducia
- No, non li avrei coinvolti
- Altro...

Con quale urgenza saresti intervenuto?

- Avrei attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane
- Avrei rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane
- Avrei agito prendendo tempo e monitorando la situazione come evolve

Che tipo di intervento avresti progettato successivamente all'incontro?

- Valutazione degli apprendimenti
- Ascolto e psicoeducazione sul tema della tolleranza della frustrazione
- Psicoeducazione sui rischi del comportamento messo in atto
- Percorso psicoeducativo in classe

Quali emozioni avresti provato nel prendere le decisioni di cui sopra?

Quanto ti saresti sentito sicuro nel prendere quelle decisioni?

Fortemente insicuro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente sicuro

Allegato 2. Questionario Post Test

Secondo lei quanto sarebbe utile sviluppare delle linee guida sull'intervento dello psicologo in relazione al contesto scolastico?

Totalmente inutili 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente utili

CASO 2

Ora le chiediamo di visionare un breve video che rappresenta una situazione che potrebbe incontrare all'interno dello sportello di ascolto di una scuola secondaria di secondo grado.

(Video disponibile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=6K8xwYj6RsA>)

Come si sarebbe sentito in questa situazione?

Come avrebbe agito in quella situazione? Argomenti brevemente.

Avrebbe coinvolto qualcuno del sistema scolastico, in seguito a questo colloquio?

- Dirigente scolastico
- Insegnante referente
- Coordinatore della classe
- Altro...

Avrebbe tentato di coinvolgere la famiglia dello studente?

- Sì, subito, anche senza il suo consenso
- Sì, ma solo se riesco ad ottenere il suo consenso, dopo alcuni incontri per costruire la fiducia
- No, non li avrei coinvolti
- Altro...

Con quale urgenza sarebbe intervenuto?

- Avrei attivato altri adulti nell'arco di una/due settimane
- Avrei rivisto lo studente nell'arco di una/due settimane
- Avrei agito prendendo tempo e monitorando la situazione come evolve

Che tipo di intervento avresti progettato successivamente all'incontro?

- Valutazione degli apprendimenti
- Ascolto e psicoeducazione sul tema della tolleranza della frustrazione
- Psicoeducazione sui rischi del comportamento messo in atto
- Percorso psicoeducativo in classe

Quali emozioni avrebbe provato nel prendere le decisioni di cui sopra?

Quanto ti saresti sentito sicuro nel prendere quelle decisioni?

Fortemente insicuro 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente sicuro

Quale codice delle linee guida proposte avresti scelto?

- Rosso
- Arancione
- Azzurro
- Verde
- Bianco

Conclusioni generali

Il presente lavoro si colloca all'interno del campo della psicologia scolastica e in particolare si è focalizzato sulla Telepsicologia e sullo sviluppo e diffusione di un sistema di linee guida per gli psicologi degli sportelli di ascolto.

Dalla revisione della letteratura applicativa degli interventi di Telepsicologia nei contesti scolastici emerge che percorsi di supporto psicoeducativo online possono presentare diversi vantaggi, anche rispetto alla consulenza faccia a faccia. Ad esempio, grande accessibilità per tutti gli studenti e possibilità di raggiungere anche chi è più restio o isolato. Soprattutto nel periodo della pandemia da COVID-19 che ha avuto grandissime ripercussioni sulla salute mentale di tutta la popolazione, in particolar modo quella degli adolescenti, questi interventi permetterebbero di promuovere e prendersi cura del benessere psicologico di una fascia di adolescenti sempre più ampia. La natura così eterogenea delle varie ricerche presentate in questo studio ha svelato diverse e interessanti potenzialità che gli strumenti tecnologici possono fornire alla pratica psicologica a scuola: nella progettazione e implementazione di percorsi di prevenzione primaria rispetto a disagi e difficoltà degli studenti, in percorsi psicoeducativi individuali o di gruppo e all'interno di sportelli scolastici rivolti a tutti gli studenti, ma anche a quelli malati o in quarantena, i quali non possono frequentare in presenza il contesto scolastico. Particolarmente utile risulta essere il loro utilizzo con insegnanti e famiglie, con l'obiettivo di aumentare accessibilità e partecipazione a interventi di supporto, supervisione e formativi. Si pensa dunque che, la pratica psicologica online, inserita e sperimentata all'interno di un servizio di psicologia scolastica ben fondato e articolato, potrebbe dare un interessante apporto per alcune tipologie di studenti, ad esempio quelli con DSA. Sulla base di queste considerazioni risultano essere interessanti i dati preliminari presentati nel secondo capitolo riguardanti l'efficacia di un intervento psicologico a scuola, erogato sia in modalità online che in presenza, rivolto a preadolescenti con DSA. Miglioramenti significativi sono stati osservati nelle scale che misuravano competenze relazionali e autostima interpersonale nel gruppo che ha partecipato al training in presenza. Un andamento positivo si può osservare anche nel gruppo che ha ricevuto la formazione online, rispetto al gruppo che non ha ricevuto l'intervento. Questo risultato appare in linea con studi precedenti che hanno riscontrato risultati promettenti nell'utilizzo della telepsicologia nelle scuole, anche se non equivalenti ai programmi scolastici in presenza (ad esempio, Fridrici & Lohaus, 2009). Tuttavia, è interessante notare che il gruppo che ha ricevuto la formazione online non è peggiorato, a differenza del gruppo che non ha ricevuto alcun intervento. Infatti, il gruppo di controllo, che non ha partecipato a nessun percorso, ha dimostrato un visibile

peggioramento dei sintomi relazionali. Questo dato, oltre a confermare l'alto rischio di problemi sociali negli adolescenti con DSA (e.g., Sakiz et al., 2015), sembra supportare l'ipotesi che il training online, pur non avendo dato lo stesso risultato di quello in presenza, ha comunque permesso agli adolescenti di non peggiorare in questa dimensione. Questi risultati sembrano fornire nuove prove del fatto che il supporto di un intervento psicoeducativo di gruppo in ambito scolastico, erogato in presenza o online, potrebbe avere un ruolo nell'adattamento psicosociale adolescenziale negli studenti con DSA. Non si sono riscontrati miglioramenti significativi in altre dimensioni dei comportamenti psicopatologici e nell'autostima scolastica; questi dati potrebbero essere spiegati sulla base del tipo di intervento svolto dallo psicologo scolastico, focalizzato principalmente sull'autostima e sul dominio sociale (es. abilità comunicative e sociali, problemi relazionali). Non si può tuttavia escludere che, aumentando il numero del campione, possano emergere risultati significativi anche in altri domini. Questo lavoro presenta alcuni limiti, legati alla dimensione del campione, alla predominanza delle femmine nel gruppo che ha svolto il training in presenza e alla mancanza di un follow up, per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti. Nonostante questi limiti, i risultati di questo studio preliminare appaiono sufficienti per avanzare alcune considerazioni. In linea con alcuni autori (Fridrici & Lohaus, 2009; Giaouri, 2021), gli interventi online degli psicologi scolastici potrebbero essere un'alternativa per quegli adolescenti che hanno meno probabilità di cercare un aiuto professionale per preoccupazioni sulla riservatezza e l'anonimato in un contesto di elevata vicinanza sociale, o per preoccupazioni relative allo stigma nei confronti della malattia mentale e del contesto clinico. La telepsicologia può essere considerata un'alternativa potenzialmente praticabile ed efficace, in supporto ai servizi psicologici forniti da esperti e psicologi scolastici. La telepsicologia a scuola incide indubbiamente nel campo dei servizi psicologici e può portare significative opportunità per migliorare la prevenzione e la cura, nonché aumentare l'accesso alle cure da parte degli adolescenti con disturbi psicologici.

Infine il lavoro di sviluppo e divulgazione delle linee guida del Gdl di psicologia scolastica dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna, ha dato risposta ad una esigenza professionale sentita dai professionisti che operano nelle scuole italiane. Anche in questo caso sono presenti diversi limiti, legati al fatto che le linee guida sviluppate non sono basate su ricerche empiriche e che non sono ipotizzate le variabili che potrebbero influenzare l'attribuzione dei codici da parte dello psicologo; che non sono state sviluppate coinvolgendo altri sistemi (sanitario o sociale, per esempio). Sarà naturalmente necessario condividerle con i vari sistemi affinché esse possano funzionare in modo fluido e condiviso. Inoltre si è ipotizzata sia una condivisione con le famiglie e gli studenti sia con i servizi pubblici e privati che lavorano con la scuola. Nonostante ciò, le linee

guida potrebbero rappresentare una modalità semplice ed efficace per rafforzare internamente ed esternamente il sistema psicologo scolastico-scuola.

Nell'ultimo lavoro descritto emerge infatti che la percezione dell'utilità di linee guida sull'intervento dello psicologo scolastico sembra essere molto elevata tra i professionisti che hanno partecipato alla formazione "Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto: una proposta operativa", in modo uniforme sia tra i professionisti che hanno esperienza come psicologi scolastici, sia tra quelli che lavorano in altri contesti. Quest'ultimo lavoro aveva come obiettivi quelli di indagare la percezione di utilità delle linee guida da parte degli psicologi iscritti al corso, di verificarne l'efficacia nell'uniformare le prassi di intervento e quella di promuovere un approccio dello psicologo alla consulenza come facente parte di un sistema complesso in rete con servizi e famiglie. Spesso infatti lo psicologo scolastico è orientato al singolo, ma, nel contesto scolastico, si delinea la necessità di uno psicologo con una visione sistemica (Dossena, 2017). I dati raccolti sembrano confermare una tendenza degli psicologi partecipanti a formulare proposte di intervento maggiormente orientate all'attivazione di sistemi in seguito alla formazione. Nel questionario pre-test i partecipanti erano maggiormente orientati verso pensieri rivolti al contenuto dei colloqui, rispetto a pensieri che prevedessero l'attivazione di sistemi; nel post test, il rapporto tra pensieri sul contenuto e sul coinvolgimento di sistemi appare aumentato in favore di questi ultimi rispetto al pre test. Infatti, nel gruppo con esperienza più della metà dei partecipanti (53%) ha formulato risposte sistemiche (nel pre test solo il 19%); mentre nel gruppo senza esperienza il 45% ha formulato pensieri sistemici (nel pre test solo il 9%). Questo cambiamento di approccio potrebbe essere giustificato dal corso di formazione che i partecipanti hanno frequentato. Un risultato simile è emerso anche dalla domanda relativa al coinvolgimento di qualcuno del sistema scolastico in seguito al colloquio visionato nel video. Il 48% dei partecipanti del gruppo con esperienza coinvolgerebbe il coordinatore della classe (nel pre-test solo il 19% lo avrebbe coinvolto). Con le linee guida infine si è voluta dare anche l'idea che lo psicologo scolastico non debba esclusivamente occuparsi di emergenze e casi devianti (codici rosso e arancione), ma può occuparsi pure di promozione del benessere e della salute mentale degli attori della comunità scolastica (codice bianco) (Dossena, 2017). Anche in quest'ultimo caso lo studio presenta alcuni limiti legati alla durata della formazione e alla poca modulazione della formazione sulla base dell'esperienza dei partecipanti. Tuttavia le linee guida sviluppate possono rappresentare un primo passo verso un processo volto a uniformare e definire il ruolo dello/a psicologo/a in relazione ai sistemi e servizi che può attivare per supportare la comunità scolastica.

BIBLIOGRAFIA

Alexander Passe, N. (2008). The sources and manifestations of stress amongst school-aged dyslexics, compared with sibling controls. *Dyslexia*, 14(4), 291-313.

Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 199. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.199>

Al-Yagon, M., & Mikulincer, M. (2004). Patterns of close relationships and socioemotional and academic adjustment among school-age children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 19, 12–19.

American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

American Psychological Association (2014). Guidelines for prevention in psychology. *The American psychologist*, 69(3), 285–296.

Anttila, M., Sittichai, R., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2019). Impact of a Web Program to Support the Mental Wellbeing of High School Students: A Quasi Experimental Feasibility Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2-17.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int Journal Soc Res Methodology: Theory & Pract*, 8(1), 19–32.

Badcock, N. A., Boyes, M. E., Claessen, M., Leitão, S., & Nayton, M. (2020). Correlates of externalising and internalising problems in children with dyslexia: An analysis of data from clinical casefiles. *Australian Psychologist*, 55(1), 62-72.

Baker, K. D., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 341-346. doi: 10.1080/09515070.2011.632875

Bandura A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento, Erickson

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.
- Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British journal of clinical psychology*, 40(4), 399-410.
- Battistutta, L., Comissaire, E., & Steffgen, G. (2018). Impact of the time of diagnosis on the perceived competence of adolescents with dyslexia. *Learning Disability Quarterly*, 41(3), 170-178.
- Bauminger, N., & Kimhi-Kind, I. (2008). Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 315–332.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34-45.
- Benassi, E., Camia, M., Giovagnoli, S., & Scorza, M. (2022). Impaired school well-being in children with specific learning disorder and its relationship to psychopathological symptoms. *European Journal of Special Needs Education*, 37(1), 74-88.
- Bergamini L., Pedrabissi L. (2003). *Validazione e taratura italiana. In B.A.Bracken Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Erikson.
- Bice-Urbach, B.J., & Kratochwill, T.R. (2016). Teleconsultation: The Use of Technology to Improve Evidence-Based Practices in Rural Communities. *Journal of School Psychology*, 56, 27-43.
- Bonifacci, P., Storti, M., Suardi, A. & Tobia, V. (2016). Specific learning disorders: A look inside children's and parents' psychological well-being and relationships. *Journal of learning disabilities*, 49(5), 532-545.

- Boyd, C. P., Hayes, L., Nurse, S., Aisbett, D. I. K. F. K. N., Francis, K., Newnham, K., & Sewell, J. (2011). Preferences and intention of rural adolescents toward seeking help for mental health problems. *Rural and remote health, 11*(1), 122-134.
- Bracken, B. A. (1992). Multidimensional self concept scale. *Psychology in the Schools*.
- Bronfenbrenner, U., & Morris P. (2006) The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.) *Handbook of child psychology*: Vol. 1. 793-828.
- Burden, R. (2008). Dyslexia and self-concept: A review of past research with implications for future action. *G. Reid., AJ Fawcett, F. Manis, LS Siegel, The Sage handbook of dyslexia*, 395-410.
- Caffo, E., Scandroglio, F., & Asta, L. (2020). Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy. *Child and adolescent mental health, 25*(3), 167-168.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1021.
- Camia, M., Benassi, E., Giovagnoli, S., & Scorza, M. (2022). Specific learning disorders in young adults: Investigating pragmatic abilities and their relationship with theory of mind, executive functions and quality of life. *Research in Developmental Disabilities, 126*, 104253. doi: 10.1016/j.ridd.2022.104253
- Cammeo, C., Prestera, G., Massaro, D., Marchetti, A., Cavallini, F. (2022). Teaching clinical reasoning to psychology students: an exploratory study on the potential of a podcast training. *Journal of Clinical and Developmental Psychology*, online first, 1-15.
- Canale, N., Vieno, A., Griffiths, M.D., Marino, C., Francesca Chieco, F., Disperati, F. (2016). The efficacy of a web-based gambling intervention program for high school students: A preliminary randomized study. *Computers in Human Behavior, 55*, 946-954.
- Carpenter, J.L., & Drabick, D.A. (2011). Co-occurrence of linguistic and behavioural difficulties in early childhood: A developmental psychopathology perspective. *Early Child Development and Care, 181*, 1021-1045.

- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(3), 339-350.
- Cavallini, F., Cammeo, C., Serafini, E., Sacchetti, M. C. (in press). Linee guida per lo psicologo scolastico allo sportello di ascolto: una proposta operativa. Matteucci, M. C. *Lo psicologo scolastico. Aree e strumenti per l'intervento*. Carrocci
- Cavioni, V. & Grazzani, I. (2023). *L'apprendimento sociale ed emotivo. Teorie e buone pratiche per promuovere la salute mentale a scuola* [Social-emotional learning. Theory and best practices for promoting mental health in schools]. Bologna: Il Mulino.
- Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2017). Social and emotional learning for children with Learning Disability: Implications for inclusion. *International Journal of Emotional Education*, 9(2), 100-109.
- Chillemi, K., Abbott, J. A. M., Austin, D. W., & Knowles, A. (2020). A pilot study of an online psychoeducational program on cyberbullying that aims to increase confidence and help-seeking behaviors among adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(4), 253-256.
- Chow, J.C. (2018). Comorbid language and behavior problems: Development, frameworks, and intervention. *School Psychology Quarterly*, 33, 356–360.
- Christenson, S. L., & Thurlow, M. L. (2004). School dropouts: Prevention considerations, interventions, and challenges. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 36-39.
<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301010.x>
- Clarke, A. M., Morreale, S., Field, C. A., Hussein, Y., & Barry, M. M. (2015). What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence. *A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK. A report produced by the World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.*

- Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2015). A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *Journal of youth and adolescence*, 44, 90-113.
- Cornoldi, C., Molinari, L. (2011). *Lo psicologo scolastico. Competenze e aree di intervento*. Il Mulino, Bologna.
- Coyne, J., & Trombetta, C. (2006). The service of school psychology in Italy. *The handbook of international school psychology*, 199-210.
- Corey, G., Corey, M.S., Corey, C., & Callanan, P. (2015). *Issues and ethics in the helping professions*. (9th Ed.). Stamford, Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Cornoldi, C., & Molinari, L. (2021). Competenze e aree di intervento dello psicologo scolastico. Un invito alla discussione. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3, 481-486.
- Cosgrove, V.E., Rhee, S.H., Gelhorn, H.L., Boeldt, D., Corley, R.C., Ehringer, M.A. et al. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 109–123.
- De la Varre, C., Keane, J., & Irvin, M. J. (2011). Enhancing Online Distance Education in Small Rural US Schools: A Hybrid, Learner-Centred Model. *Journal of Asynchronous Learning Networks*, 15(4), 35-46.
- Dervishi, E., Shehu, A. & Zhilla, E. (2015). The impact of the quality of social relationships on self-esteem of children with dyslexia. *European Scientific Journal*, 11(17).
- Dincyurek, S., & Uygurer, G. (2012). Conduct of Psychological Counseling and Guidance Services over the Internet: Converging Communications. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 11(3), 77-81.
- Do, R., Park, J. R., Lee, S. Y., Cho, M. J., Kim, J. S., & Shin, M. S. (2019). Adolescents' attitudes and intentions toward help-seeking and computer-based treatment for depression. *Psychiatry investigation*, 16(10), 728.
- Donato, C. (2014). I disturbi dell'apprendimento e l'autostima. *Scuola e Didattica*, 10, 84-86.

Donolato, E., Cardillo, R., Mammarella, I. C., & Melby-Lervåg, M. (2022). Research Review: Language and specific learning disorders in children and their co-occurrence with internalizing and externalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 507-518.

Dossena, F. (2017). La psicologia scolastica in Italia e in Europa. *La psicologia scolastica in Italia e in Europa*, 73-84.

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, 405– 432.

Elias, M. J. (2004). The connection between social-emotional learning and learning disabilities: Implications for intervention. *Learning disability quarterly*, 27(1), 53-63. doi: <https://doi.org/10.2307/1593632>

Feldman, D. B., Davidson, O. B., Ben-Naim, S., Maza, E., & Margalit, M. (2016). Hope as a mediator of loneliness and academic self-efficacy among students with and without learning disabilities during the transition to college. *Learning Disabilities Research & Practice*, 31(2), 63-74. doi:10.1111/ldrp.12094

Firth, N., Greaves, D., & Frydenberg, E. (2010). Coping styles and strategies: A comparison of adolescent students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 77–85. doi:10.1177/0022219409345010

Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268.

Fischer, A. J., Collier-Meek, M. A., Bloomfield, B., Erchul, W. P., & Gresham, F. M. (2017). A comparison of problem identification interviews conducted face-to-face and via videoconferencing using the consultation analysis record. *Journal of school psychology*, 63, 63-76.

Fridrici, M., & Lohaus, A. (2009). Stress-prevention in secondary schools: online-versus face-to-face-training. *Health Education*.

- Gading, I. K. (2020). The Development of Cyber Counseling as a Counseling Service Model for High School Students in the Digital Age. *JPI (Jurnal Pendidikan Indonesia)*, 9 (2), 301-313.
- Garb, H. N. (2005). Clinical Judgment and Decision Making. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1:1, 67-89.
- Gennaro, A., Scorza, M., Benassi, E., Zonno, M. G. P., Stella, G., & Sergio, S. (2019). The role of perceived learning environment in scholars: A comparison between university students with dyslexia and normal readers. *International Journal on Disability and Human Development*, 18(1), 107-115.
- Gerber, P. J. (2012). The impact of learning disabilities on adulthood: A review of the evidenced-based literature for research and practice in adult education. *Journal of Learning Disabilities*, 45, 31 – 46.
- Ghasemi Bistagani, M., & Musavi Najafi, F. (2017). Effectiveness of child-centered mindfulness on social skills and self-efficacy of children with learning disabilities. *Journal of Social Behavior and Community Health*, 1(2), 91-99.
- Giaouri, S. (2021). Utilizing telepsychology at school: new challenges and concerns. *European Journal of Social Sciences Studies*, 6(3), 1-13.
- Giovagnoli, S., Mandolesi, L., Magri, S., Gualtieri, L., Fabbri, D., Tossani, E., & Benassi, M. (2020). Internalizing symptoms in developmental dyslexia: A comparison between primary and secondary school. *Frontiers in psychology*, 11, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00461>
- Glasheen, K.J., Shochet, I., & Campbell, M.A. (2016). Online counselling in secondary schools: would students seek help by this medium? *British Journal of Guidance & Counselling*, 44 (1), 108-122.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Grazzani, I., Riva Crugnola, C. (2011). *Lo sviluppo della competenza emotiva dall'infanzia all'adolescenza. Percorsi tipici e atipici e strumenti di valutazione*. Milano. Unicopli.

- Grimshaw, J. M., & Russel, I. T. (1994). Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality in health care: QHC*, 3(1), 45–52.
- Haberstroh, S., Duffey, T., Evans, M., Gee, R., & Trepal, H. (2007). The experience of online counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(3), 269-282. <https://doi.org/10.17744/mehc.29.3.j344651261w357v2>
- Haft, S.L., Chen, T., LeBlanc, C., Tencza, F., & Hoeft, F. (2019). Impact of mentoring on socio-emotional and mental health outcomes of youth with learning disabilities and attention- deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 24, 318–328.
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M., & Schaub, M.P. (2017). Efficacy of a Web- and Text Messaging-Based Intervention to Reduce Problem Drinking in adolescents: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 147-159.
- Heiervang, Anders Lund, Jim Stevenson, Kenneth Hugdahl, E. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic journal of psychiatry*, 55(4), 251-256.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444–454.
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual research review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems—a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474–503.
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., & Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 693.
- Hughes, N., Sciberras, E., & Goldfeld, S. (2016). Family and community predictors of comorbid language, socioemotional and behavior problems at school entry. *PLoS One*, 11, e0158802.

Kenny, R., Fitzgerald, A., Segurado, R., & Dooley, B. (2020). Is there an app for that? A cluster randomised controlled trial of a mobile app-based mental health intervention. *Health Informatics Journal*, 26(3), 1538–1559.

King, R., Bambling, M., Lloyd, C., Gomurra, R., Smith, S., Reid, W., & Wegner, K. (2006). Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the Internet instead of face to face or telephone counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 169-174. <https://doi.org/10.1080/14733140600848179>

King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D. et al. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 395-403.

Klein, B., White, A., Kavanagh, D., Shandley, K., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., & Young, R. (2010). Content and functionality of alcohol and other drug websites: Results of an online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 12(51).

Kopelman-Rubin, D., Siegel, A., Weiss, N., & Kats-Gold, I. (2021). The Relationship between Emotion Regulation, School Belonging, and Psychosocial Difficulties among Adolescents with Specific Learning Disorder. *Children & Schools*, 42(4), 216-224.

Kranzler, J. H., Floyd, R. G., Bray, M. A., & Demray, M. K. (2020). Past, present, and future of research in school psychology: The biopsychosocial ecological model as an overarching framework. *School psychology*, 35(6), 419–427.

Krist, A. H., & Woolf, S. H. (2011). A vision for patient-centered health information systems. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 305, 300–301.

Krueger, R.F., Chentsova-Dutton, Y.E., Markon, K.E., Gold-berg, D., & Ormel, J. (2003). A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 437–447.

Lan, C. M. (2016). Predictors of willingness to use cyber counseling for college students with disabilities. *Disability and Health Journal*, 9(2), 346–352.

- Lau, W. Y., Chan, C. K. Y., Li, J. C. H., & Au, T. K. F. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1067-1077.
- Layne, C. M., & Hohenshil, T. H. (2005). High tech counseling: Revisited. *Journal of Counseling and Development*, 83(2), 222–226.
- Lecapitaine, J. (2000). Role of the school psychologist in the treatment of high-risk students. *Education*, 121:1, p 73.
- Leitão, S., Dzidic, P., Claessen, M., Gordon, J., Howard, K., Nayton, M., & Boyes, M. E. (2017). Exploring the impact of living with dyslexia: The perspectives of children and their parents. *International journal of speech-language pathology*, 19(3), 322-334.
- Li, T. M. H., & Leung, C. S. Y. (2020). Exploring student mental and intention to use online counseling in Hong Kong during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 550–573.
- Livingston, E.M., Siegel, L.S., & Ribary, U. (2018). Developmental dyslexia: Emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 23, 107–135.
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy*, 33(1), 163-177.
- MacLean, A., Hunt, K., & Sweeting, H. (2013). Symptoms of mental health problems: Children's and adolescents' understandings and implications for gender differences in help seeking. *Children & society*, 27(3), 161-173. doi: 10.1111/j.1099-0860.2011.00406
- MacMaster, K. (2002). The effects of being diagnosed with a learning disability on children's self-esteem. *Child Study Journal*.
- Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., & Sanford, M. (2010). The feelings club: Randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and anxiety*, 27(10), 945-952.

Margalit, M. (2010). *Lonely children and adolescents: Self-perceptions, social exclusion, and hope*. New York: Springer. doi: [10.1007/978-1-4419-6284-3](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6284-3)

Marzocchi, G. M., Pietro, M. D., Vio, C., Bassi, E., Filoramo, G., & Salmaso, A. (2002). Il questionario SDQ. Strength and Difficulties Questionnaire: Uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva. *Difficoltà Di Apprendimento*, 8, 483-493.

Marzocchi, G. M., & Tobia, V. (2015). *QBS 8-13: Questionari per la valutazione del benessere scolastico e identificazione dei fattori di rischio*. Edizioni Centro Studi Erickson.

Matteucci, M. C., Soncini, A., Floris, F., Truscott, S. (2022). *La Psicologia scolastica in Italia*. Bologna: Dipartimento di Psicologia “Renzo Canestrari”, Università di Bologna, DOI <http://amsacta.unibo.it/6932/>

Matteucci, M. C., & Soncini, A. (2021). Self-efficacy and psychological well-being in a sample of Italian university students with and without Specific Learning Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 110, 103858.

Matteucci, M. C., & Farrell, P. T. (2019). School psychologists in the Italian education system: A mixed-methods study of a district in northern Italy. *International Journal of School & Educational Psychology*, 7(4), 240-252.

Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., & Selleri, P. (2019). Health-related quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*, 87, 43-53.

Matteucci, M. C. (2018). Psicologi scolastici: quale formazione in Italia? *Psicologia dell'educazione*, 2, 73-82.

Matteucci, M.C., Chiesa, R., Albanesi, C. (2017). Progettare un servizio di psicologia scolastica a partire dai bisogni della scuola: un progetto partecipato in un Istituto Comprensivo. *Ricercazione*, 9,109-122.

Matteucci, M. C. (2016). *Psicologi a Scuola. Un'indagine nella Provincia di Modena*. DOI: 10.6092/unibo/amsacta/5433.

- May, A. L., & Stone, C. A. (2010). Stereotypes of individuals with learning disabilities: Views of college students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 43*, 483–99.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general, 105*(1), 3.
- Marinelli, C. V., Romano, G., Cristalli, I., Franzese, A., & Di Filippo, G. (2016). Autostima, stile attributivo e disturbi internalizzanti in bambini dislessici. *Dislessia, 13*(3), 297-310.
- Mayes, A.K., Reilly, S., & Morgan, A.T. (2015). Neural correlates of childhood language disorder: A systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology, 57*, 706–717.
- McMaster, K. N., & Fuchs, D. (2002). Effects of cooperative learning on the academic achievement of students with learning disabilities: An update of Tateyama–Sniezek’s review. *Learning disabilities research & practice, 17*(2), 107-117.
- Menon, G. M., & Rubin, M. (2011). A survey of online practitioners: Implications for education and practice. *Journal of Technology in Human Services, 29*(2), 133–141.
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research, 14*, 1- 10.
- Milligan, K., Morgan, A. S., Phillips, M. & (2016). Tailoring social competence interventions for children with learning disabilities. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 856– 869.
- Mills, L.B., Huebner, E.S. (1998). A Prospective Study of Personality Characteristics, Occupational Stressors, and Burnout Among School Psychology Practitioners. *Journal of School Psychology, 36*:1, 103-120.
- Mishna, F., & Muskat, B. (2004). School-based group treatment for students with learning disabilities: A collaborative approach. *Children & Schools, 26*(3), 135- 150. <https://doi.org/10.1093/cs/26.3.135>
- Mishna, F., Bogo, M., & Sawyer, J. L. (2015). Cyber counseling: Illuminating benefits and challenges. *Clinical Social Work Journal, 43*, 169-178.

- Morris, D., & Turnbull, P. (2006). Clinical experiences of students with dyslexia. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 238 – 47.
- Mugnaini, D., Lassi, S., La Malfa, G., & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World Journal of Pediatrics*, 5, 255-264. doi:10.1007/s12519-009-0049-7
- Murray, C., & Greenberg, M. T. (2006). Examining the importance of social relationships and social contexts in the lives of children with high-incidence disabilities. *The journal of special education*, 39(4), 220-233.
- Murray, N.G., Low, B.J., Hollis, C., Cross, A.W., & Davis, S.M. (2007). Coordinated School Health Programs and Academic Achievement: A Systematic Review of the Literature. *Journal of School Health*, 77, 589-600.
- Musetti, A., Eboli, G., Cavallini, F., & Corsano, P. (2019). Social relationships, self-esteem, and loneliness in adolescents with learning disabilities. *Clinical Neuropsychiatry*, 16(4), 165.
- Nalavany, B. A., Carawan, L. W., & Sauber, S. (2015). Adults with dyslexia, an invisible disability: The mediational role of concealment on perceived family support and self-esteem. *The British Journal of Social Work*, 45(2), 568-586.
- Nelson, E. L. & Bui, T. N. (2010). Rural telepsychology services for children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 490–501.
- Newson J. J., Hunter d. & Thiagarajan t. c. (2020), The Heterogeneity of Mental Health Assessment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, in doi:10.3389/fpsyt.2020.00076.
- O’Dea, B., King, C., Subotic-Kerry, M., Achilles M.R., Cockayne, N., & Christensen, H. (2019). Smooth Sailing: A Pilot Study of an Online, School-Based, Mental Health Service for Depression and Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-12.
- Orgiles, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J.P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 2986.
- Osborn, D. S., Peterson, G. W., & Hale, R. R. (2014). Virtual school counseling. *Professional School Counseling*, 18(1).

Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive – affective – behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328 – 45.

Panti, M. (2018). Sportello di ascolto nella scuola superiore: qualche spunto di riflessione. In Psiba: *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del bambino e dell'adolescente* (pp. 173-179). Mimesis Edizioni

Pastor, P. N., Reuben, C. A., & Duran, C. R. (2012). Identifying Emotional and Behavioral Problems in Children Aged 4-17 Years: United States, 2001-2007. National Health Statistics Reports. Number 48. *National Center for Health Statistics*.

Patten, C. A., Croghan, I. T., Meis, T. M., Decker, P. A., Pingree, S., Colligan, R. C., & Gustafson, D. H. (2006). Randomized clinical trial of an Internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 64, 249 –258.

Pavone, M. R., (2010). *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della Pedagogia Speciale*. Milano: Mondadori università.

Payne, L., Flannery H., Gedara C. K., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C., & Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 672–686.

Purnomo, A. W. A., & Loekmono, J. T. (2021). Online Counselling: Application of Cognitive Behaviour Therapy and Music Counselling to Reduce Math Anxiety. *Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 8, 115-126.

Ragins, B. R. (2008). Disclosure disconnects: Antecedents and consequences of disclosing invisible stigmas across life domains. *Academy of Management Review*, 33(1), 194–215.

Raviv, A., Raviv, A., Vago-Gefen, I., & Fink, A. S. (2009). The personal service gap: Factors affecting adolescents' willingness to seek help. *Journal of adolescence*, 32(3), 483-499. doi: [10.1016/j.adolescence.2008.07.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.07.004)

Reidbord, S. (2020). Online therapy revisited, thanks to COVID-19. *Psychology Today*.

Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 147-159.

Richards, P., & Simpson, S. (2015). Beyond the therapeutic hour: An exploratory pilot study of using technology to enhance alliance and engagement within face-to-face psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(1), 57–93.

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical journal of Australia*, 187(S7), S35-S39. doi: [10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x)

Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161.

Roper Public Affairs & Corporate Communications. (2010). *Measuring Progress in Public and Parental Understanding of Learning Disabilities*. Washington, DC. Custom Research North America.

Rosas, S., Case, J., & Tholstrup, L. (2009). A Retrospective Examination of the Relationship Between Implementation Quality of the Coordinated School Health Program Model and School-Level Academic Indicators Over Time. *Journal of School Health*, 79, 108-115

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Rostami, M., Veisi, N., Jafarian Dehkordi, F., & Alkasir, E. (2014). Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*, 2(4), 277-284.

Saday Duman, N., Öner, Ö., & Aysev, A. (2017). The effect of educational therapy on self-esteem and problem behaviors in children with specific learning disability. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(1).

Sakız, H., Sart, Z. H., Börkan, B., Korkmaz, B., & Babür, N. (2015). Quality of life of children with learning disabilities: A comparison of self-reports and proxy reports. *Learning Disabilities Research & Practice*, 30(3), 114-126. doi:10.1111/ldrp.12060.

Sako, E. (2016). The emotional and social effects of dyslexia. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(2), 233-241.

- Salmon, K., O’Kearney, R., Reese, E., & Fortune, C.A. (2016). The role of language skill in child psychopathology: Implications for intervention in the early years. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 352–367.
- Sameroff, A. (2010), A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81: 6-22.
- Scorza, M., Benassi, E., Gennaro, A., Bruganelli, C., & Stella, G. (2018). Psychopathological symptoms in Italian children and adolescents with Specific Learning Disorder: What do mothers and fathers report about? *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 66(281).
- Scorza, M., Zonno, M., & Benassi, E. (2018). Dyslexia and psychopathological symptoms in Italian university students: A higher risk for anxiety disorders in male population? *Journal of Psychopathology*.
- Simon, D.J., Cruise, T.K., Huber, B.J., Swerdlik, M.E., & Newman, D.S. (2014), Supervision in school psychology: the developmental/ecological/problem-solving model. *Psychology in the Schools*, 51, 636-646.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 156–165.
- Slavich, G.M., Stewart, J.G., Esposito, E.C., Shields, G.S., & Auerbach, R.P. (2019). The Stress and Adversity Inventory for Adolescents (Adolescent STRAIN): associations with mental and physical health, risky behaviors, and psychiatric diagnoses in youth seeking treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 998-1009.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2000). *The hidden cost of hidden stigma*. In T. F. Heatherton and R. E. Kleck (eds). *Social Psychology of Stigma*. New York. Guilford Press.
- Song, S. Y., Wang, C., Espelage, D. L., Fenning, P., & Jimerson, S. R. (2020). COVID-19 and school psychology: Adaptations and new directions for the field. *School Psychology Review*, 49(4), 431-437.

Sorour, A. S., Mohamed, N., & El-Maksoud, M. (2014). Emotional and behavioral problems of primary school children with and without learning disabilities: A comparative study. *Journal of Education and Practice*, 5(8), 1-11.

Sulla, F., & Rollo, D. (2023). The Effect of a Short Course on a Group of Italian Primary School Teachers' Rates of Praise and Their Pupils' On-Task Behaviour. *Education Sciences*, 13(1), 78.

Sullivan, A. L., Sade, S., & Hourri, A. H. (2019). Are school psychologists' special education eligibility decisions reliable and unbiased? A multi-study experimental investigation. *Journal of School Psychology*. 77, 90-109.

Suranata,K., Rangka, I. B., & Permana A. A. J. (2020). The comparative effect of internet-based cognitive behavioral counseling versus face to face cognitive behavioral counseling in terms of student's resilience. *Cogent Psychology*, 7(1), 1-13.

Symons, C.W., Cinelli, B., James, T.C., & Groff, P. (1997). Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs. *Journal of School Health*, 67, 220-227.

Tang, W., Zhang, L., Ai, Y., & Li, Z. (2018). Efficacy of internet delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents. A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(36), e12061

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, 1156–1171.

Telefono Azzurro. (2020). Coronavirus, l'indagine di Telefono Azzurro e Doxa. 20 maggio 2020. <https://azzurro.it/press/coronavirus-lindagine-telefono-azzurro-e-doxa/>

Terras, M. M., Thompson, L. C., & Minnis, H. (2009). Dyslexia and psycho-social functioning: An exploratory study of the role of self-esteem and understanding. *Dyslexia*, 15(4), 304-327.

Thornton, V., Williamson, R., & Cooke, B. (2017). A mindfulness-based group for young people with learning disabilities: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 45(4), 259-265. doi:10.1111/bld.12203

- Tilly, W. D. (2008). The evolution of school psychology to science-based practice: Problem solving and the three-tiered model. *Best practices in school psychology V*, 1, 17-36.
- Tobia, V., Gabriele, M. A., & Marzocchi, G. M. (2013). The Italian version of the Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)—Teacher: Psychometric properties. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(5), 493-505.
- Tobia, V., Greco, A., Steca, P., & Marzocchi, G. M. (2019). Children’s wellbeing at school: A multi-dimensional and multi-informant approach. *Journal of Happiness Studies*, 20(3), 841-861.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.*, 169(7), 467-473.
- Trombetta, C., Alessandri, G., & Corona Mendozza, M. (2008). *Psicologia e scuola. Un'indagine esplorativa*. Rapporto di ricerca. Roma. Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi Italiani.
- Trombetta C., Alessandri G., & Coyne J. (2008). Italian school psychology as perceived by Italian school psychologists. The result of a national survey. *School Psychology International*, 29(3), 267-285.
- Trombetta, C. (2011). *Lo psicologo scolastico. Competenze e metodologie professionali*. Erikson, Trento.
- Valle, J. W., Solis, S., Volpitta, D., & Connor, D. J. (2004). The disability closet: Teachers with learning disabilities evaluate the risks and benefits of “coming out”. *Equity & Excellence in Education*, 37, 4 – 17.
- Watkins, M. W., Edward, G. C., & Pearson, J. L. (2001). Role of the School Psychologist. *School Psychology International*, 22, 64-73.

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-i69. doi: 10.1093/heapro/dar075

White, J.L., Kratochwill, T.R. (2005). Practice Guidelines in school psychology: Issues and directions for evidence-based interventions in practice and training. *Journal of School Psychology*, 43(2), 2005, 99-115. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.01.001>

Wiener, J. (2004). Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 27, 21–30.

Willcutt, E. G., Petrill, S. A., Wu, S., Boada, R., DeFries, J. C., Olson, R. K., & Pennington, B. F. (2013). Comorbidity between reading disability and math disability: Concurrent psychopathology, functional impairment, and neuropsychological functioning. *Journal of learning disabilities*, 46(6), 500-516. doi:10.1177/0022219413477476

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), S130-S143.

Wilson, F. R., Tang, M., Schiller, K., & Sebera, K. (2009). No Child Overlooked: Mental Health Triage in the Schools. *Michigan Journal of Counseling*, 36(1), 24-35.

Wolgensinger, L. (2022). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edwards, C. C., Elliott, S. P., & Crittenden, J. (2007). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 32, 1769–1786.

Woodruff, S. I., Edwards, C. C., Conway, T. L., & Elliott, S. P. (2001). Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health*, 4, 239 –243.

Wright, A. J. (2020). Equivalence of Remote, Digital Administration and Traditional. In Person Administration of the Wechsler Intelligence Scale for Children, Fifth Edition (WISC-V). *Psychological Assessment*, 32(9), 809–817.

Zuppardo, L., Rodríguez Fuentes, A., & Serrano, F. (2017). Modelo piloto de estudio del tratamiento rehabilitador de autoestima y comportamiento en adolescentes con dislexia y disortografía mediante su mejora lectoescritora. *Propósitos y representaciones*, 5(2), 359-400.