

PARTE IV. MISURE DI PREVENZIONE

Capitolo 1. Gli interventi di prevenzione

A cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Ministero della Difesa e del Gruppo Cochrane Droghe e Alcol

1.1 I programmi di prevenzione nelle scuole

Il presente contributo riguarda le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sul gioco d'azzardo e sul doping, attuate negli istituti superiori di secondo grado che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD@Italia. Le informazioni sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario costruito sulla base delle direttive EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction⁶⁹).

Nell'anno 2014 oltre la metà (54,3%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione all'uso di sostanze psicoattive e alla pratica di altri comportamenti a rischio, quali il gioco d'azzardo ed il doping. La presenza di Piani specifici è riportata in maggior misura dai dirigenti degli istituti scolastici delle regioni settentrionali (62,9%), rispetto a quelli del Centro e del Sud e Isole (48,1% per entrambe le macroaree territoriali).

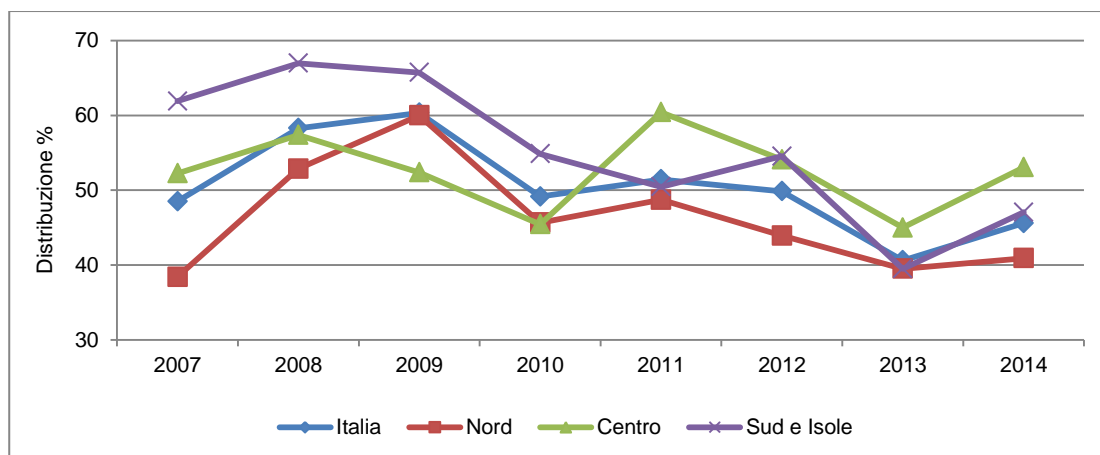
Il 41,6% degli istituti scolastici rispondenti dispone di un proprio regolamento che disciplina i comportamenti di consumo delle sostanze psicoattive lecite (alcol e tabacco).

Il 45,6% degli istituti scolastici ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, il 17% del doping e il 16,1% del gioco d'azzardo patologico. È in quest'ultimo ambito che si registra un considerevole aumento delle giornate specificatamente dedicate alla prevenzione del comportamento di gioco (passando da 3,9% del 2008 a 7,9% nel 2011 a 10,3% nel 2013), a fronte di un andamento abbastanza stabile evidenziato negli altri specifici ambiti di intervento preventivo.

Oltre la metà degli istituti scolastici delle regioni del Centro-Italia ed il 47% di quelli del Sud e Isole maggiori ha programmato di dedicare delle giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, mostrando un lieve decremento rispetto alle attività svolte negli anni precedenti. Negli istituti scolastici del Nord-Italia questo tipo di iniziative risultano meno presenti (41%), mostrando anche in questo caso una tendenza al decremento.

⁶⁹https://reitox.emcdda.europa.eu/reitox_docs/STRUCT_22_UNIV_SCHOOL-BASED_PREV1521.doc11574.doc

Figura 1: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2007-2014



Anche se in misura inferiore, lo stesso andamento si riscontra rispetto alle giornate specificatamente dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze dopanti, mentre un quadro del tutto diverso si presenta quando si fa riferimento al gioco d'azzardo. Si osserva, infatti, un incremento delle giornate/attività specificatamente rivolte alla prevenzione del gioco d'azzardo per gli istituti di tutte le macroaree geografiche e in particolare per quelli delle regioni centrali che dal 3% del 2008 passano al 22% nell'ultimo anno (negli istituti delle regioni del Nord-Italia si passa dal 2% al 14% e in quelli del Sud/Isole dal 6,8% al 15%).

Figura 2: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del consumo di sostanze dopanti. Anni 2007-2014

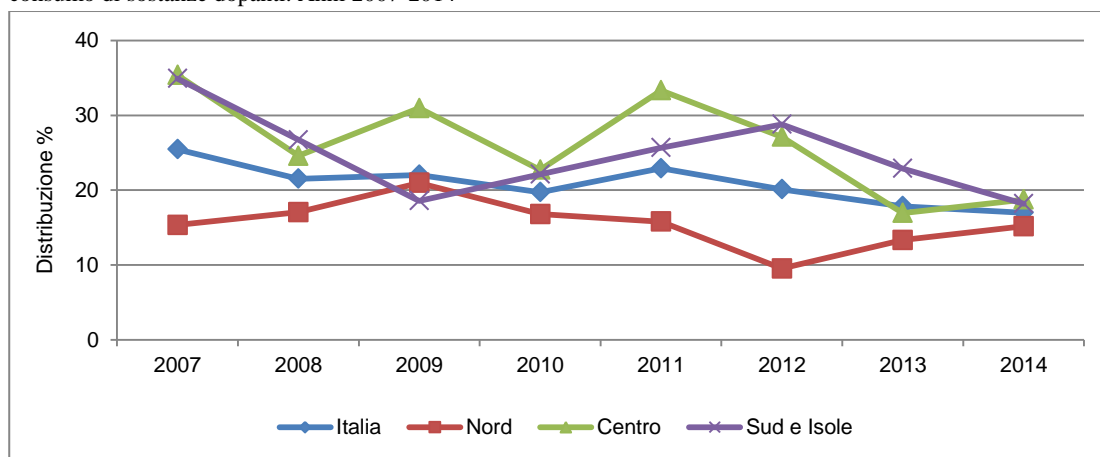
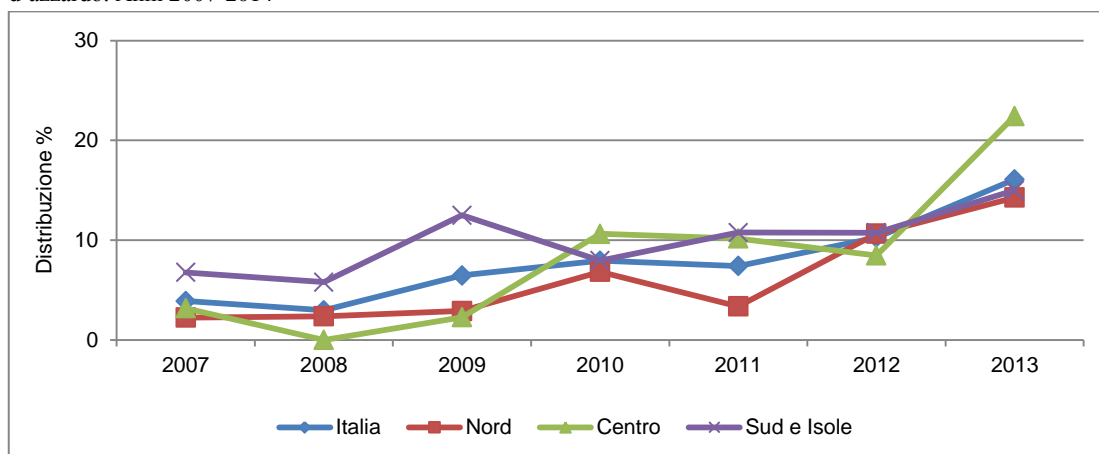


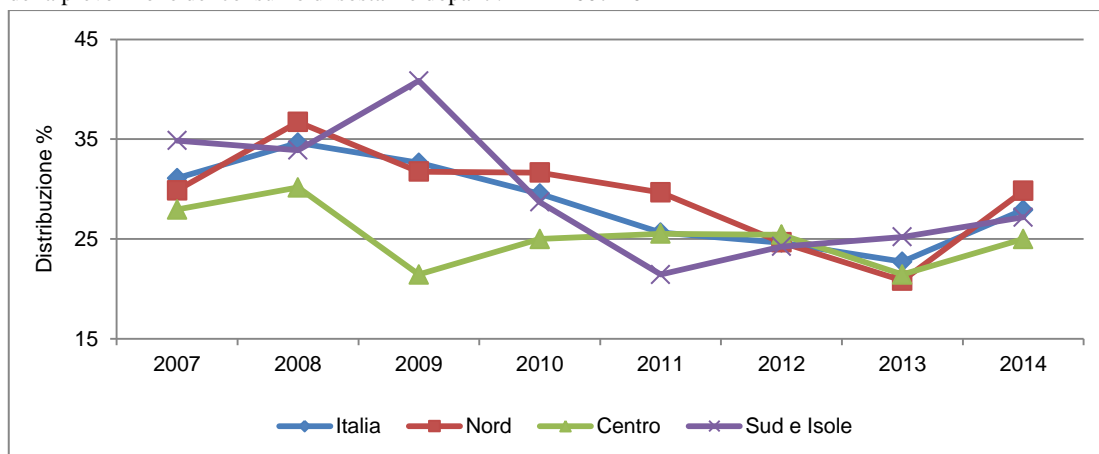
Figura 3: Percentuale degli istituti che hanno previsto di dedicare attività/giornate specifiche alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2007-2014



L'aggiornamento e la formazione dei docenti rispetto alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, del doping e/o del gioco d'azzardo è prevista nel 27,9% degli istituti scolastici, quota che nel complesso rimane abbastanza stabile nel corso degli anni.

È nelle regioni del Sud-Italia e Isole che si osserva il decremento più consistente per questo tipo di attività di prevenzione che dal 35% nel 2007 passano al 27% nell'ultimo anno (nelle regioni del Centro passano dal 28% al 25% e in quelle del Nord la percentuale rimane pari al 30%).

Figura 4: Percentuale degli istituti che hanno previsto attività di aggiornamento/formazione rivolte ai docenti nell'ambito della prevenzione del consumo di sostanze dopanti. Anni 2007-2014

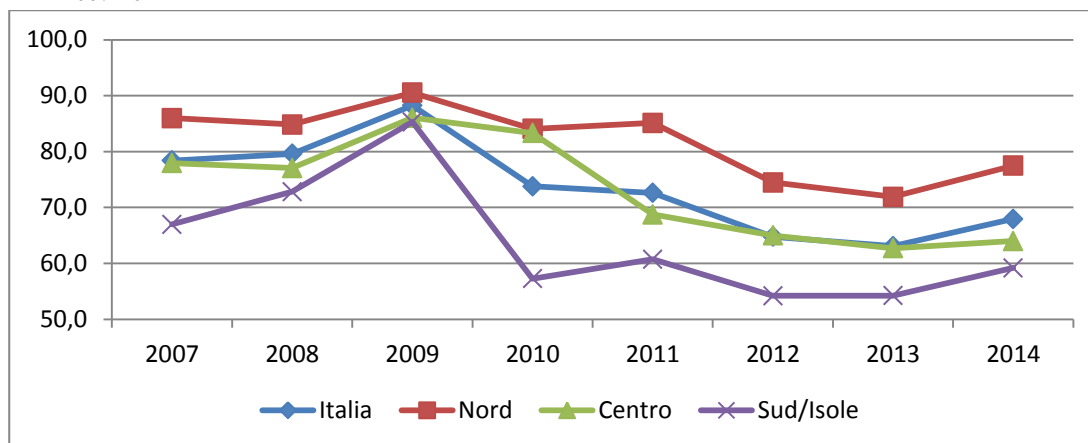


Nel 55% degli istituti scolastici superiori vengono organizzate specifiche attività extracurricolari per la prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, del doping e/o del gioco d'azzardo ed il 35% ha organizzato specifiche iniziative rivolte ai genitori.

Sono il 68% gli istituti che hanno previsto di realizzare progetti di prevenzione articolandoli su più moduli o più incontri, quota che risulta compresa tra un valore massimo dell'88%, registrato nel 2009, ed uno minimo del 63,1%, rilevato nell'anno 2013. A livello di macroaree territoriali la tendenza risulta del tutto simile a quella nazionale, evidenziando tuttavia una riduzione più

consistente negli istituti delle regioni meridionali e insulari (dal 2009 la riduzione è pari al 31%, contro il 26% e 14% degli istituti rispettivamente del Centro-Italia e Nord).

Figura 5: Percentuale degli istituti che hanno previsto di attivare progetti di prevenzione articolati su più moduli/incontri. Anni 2007-2014



Gli attori esterni coinvolti nella realizzazione degli interventi sono per la maggior parte ASL (74% degli istituti scolastici), seguite da Forze dell'Ordine (53%) e Associazioni (44%).

Nel corso degli anni risultano principalmente aumentati gli istituti che si avvalgono della collaborazione con le Forze dell'Ordine che dal 13% del 2007 passando al 46% nel 2010 al 51% nel 2013. Anche il coinvolgimento delle Associazioni risulta progressivamente in aumento, passando dal 34% del 2010 al 36% del 2010 e al 39% del 2013.

Figura 6: Percentuale degli istituti presso i quali gli Enti pubblici svolgono attività di prevenzione. Anni 2007-2014

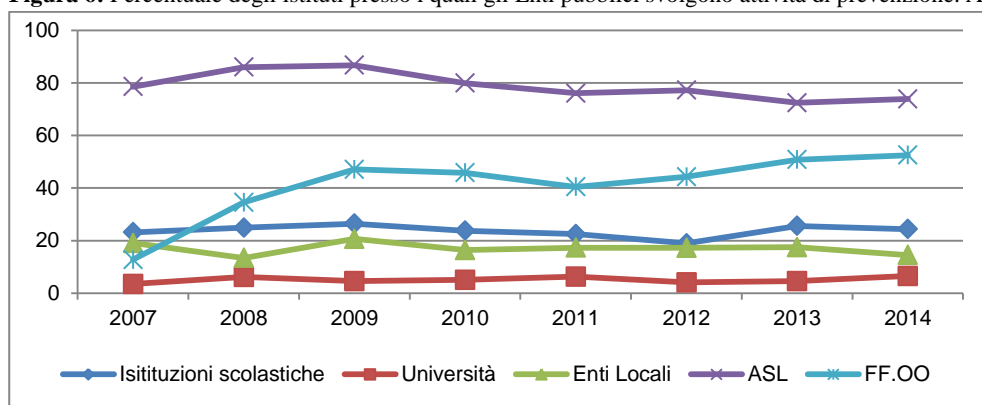
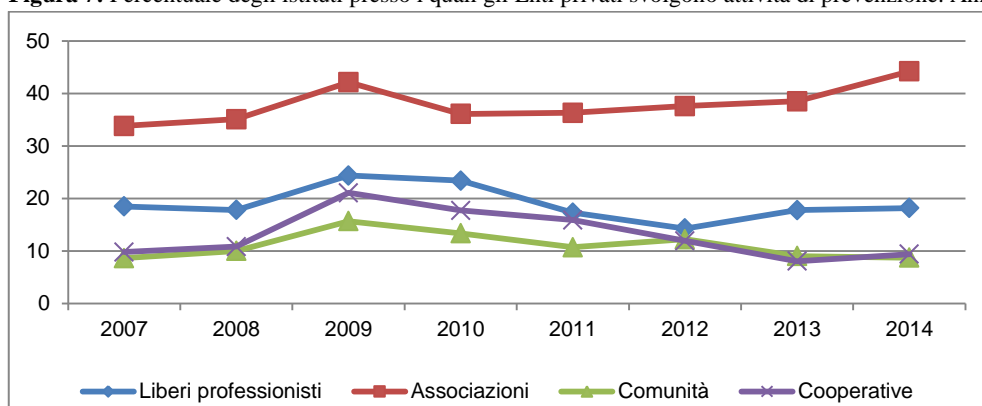


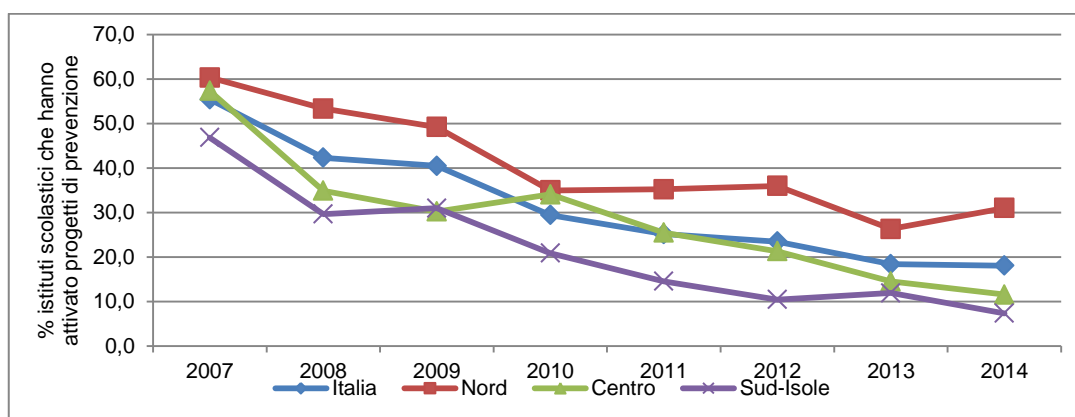
Figura 7: Percentuale degli istituti presso i quali gli Enti privati svolgono attività di prevenzione. Anni 2007-2014



Le attività progettuali specifiche

Sono il 18,1% gli istituti scolastici superiori che nell'anno 2014 hanno riferito almeno un progetto di prevenzione (da un minimo di uno ad un massimo di otto progetti). Nel corso degli ultimi 8 anni si evidenzia una rilevante riduzione delle attività di prevenzione, passando dal 55,5% del 2007 al 40,5% del 2009 al 25,2% del 2011. È negli istituti scolastici delle regioni centrali del nostro Paese e in quelli del Sud-Isole maggiori che si registrano i maggiori decrementi (rispettivamente 80% e 84% contro 49% degli istituti del Nord Italia).

Figura 8: Percentuale istituti che hanno attivato almeno un progetto di prevenzione. Anni 2007-2014



La maggior parte dei progetti di prevenzione attuati negli istituti scolastici superiori affronta le tematiche del consumo delle sostanze psicoattive, legali ed illegali (55%), e poco meno sono quelli che riguardano il benessere personale (45%) e la prevenzione delle forme di disagio personale (42%). Gli aspetti relativi alla sessualità e alle malattie sessualmente trasmissibile (MST) sono stati affrontati da quasi un terzo dei progetti attuati, mentre il 12% ha riguardato il gioco d'azzardo.

Sono i progetti di prevenzione che riguardano la tematica del gioco d'azzardo quelli che, nel corso degli ultimi 6 anni, evidenziano un consistente incremento (a livello nazionale si passa dal 3% del 2009 all'11% del 2013): se nelle regioni del Centro-Italia gli istituti scolastici che hanno avviato questo tipo di progetti evidenziano dal 2012 un incremento maggiore rispetto alla media nazionale, è per quelli nel Nord-Italia che la percentuale risulta inferiore per tutti gli anni di rilevazione.

Figura 9: Distribuzione percentuale dei progetti attuati in ambito di prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2007-2014

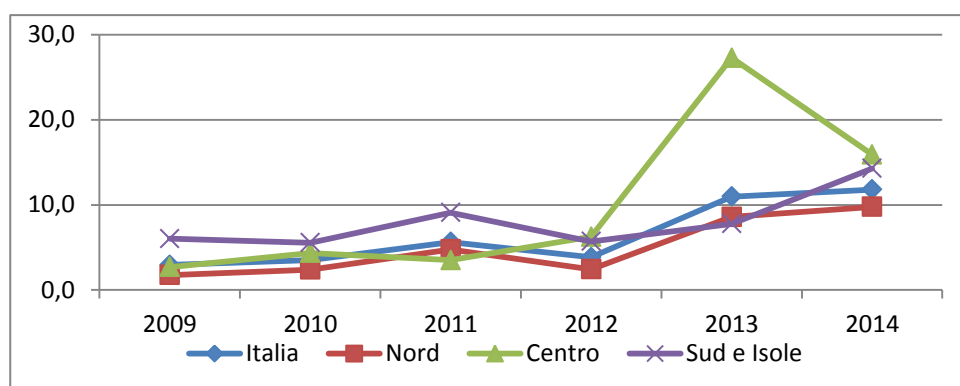


Figura 10: Distribuzione percentuale dei progetti attuati in ambito di prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive. Anni 2007-2014

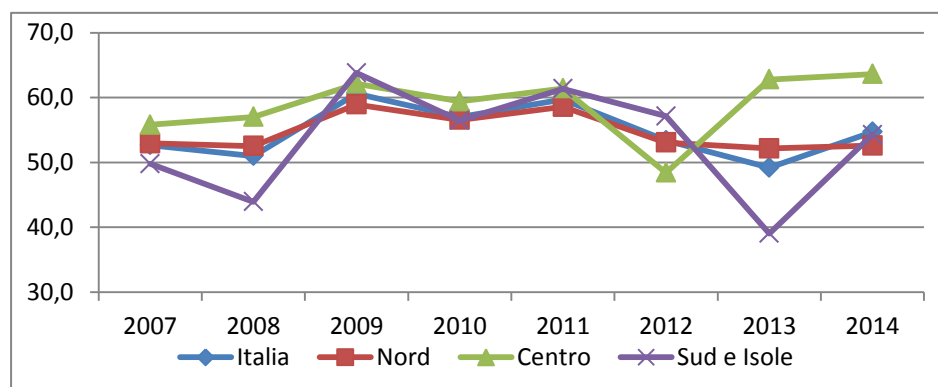


Figura 11: Distribuzione percentuale dei progetti attuati di prevenzione riguardanti le problematiche sociali. Anni 2007-2014

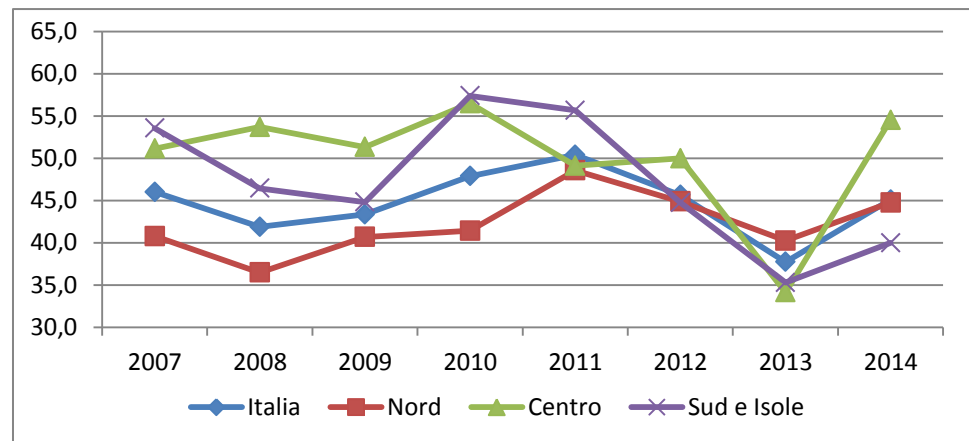


Figura 12: Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione attuati in ambito della sessualità e delle MST. Anni 2007-2014

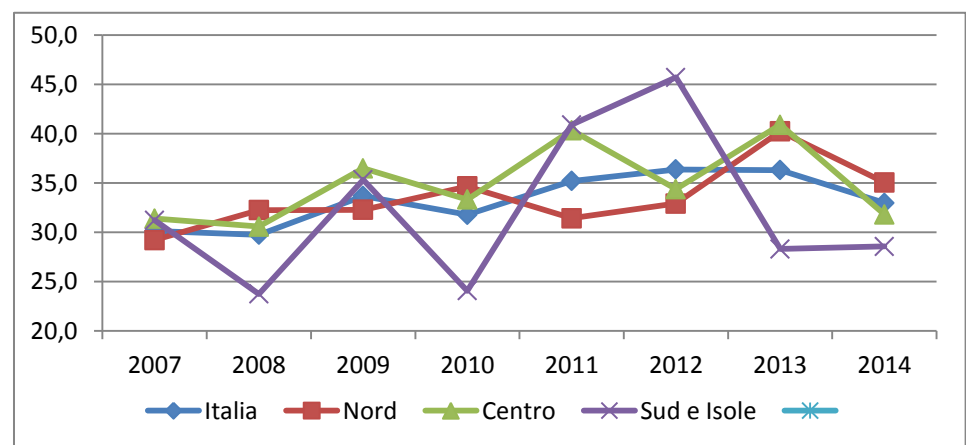
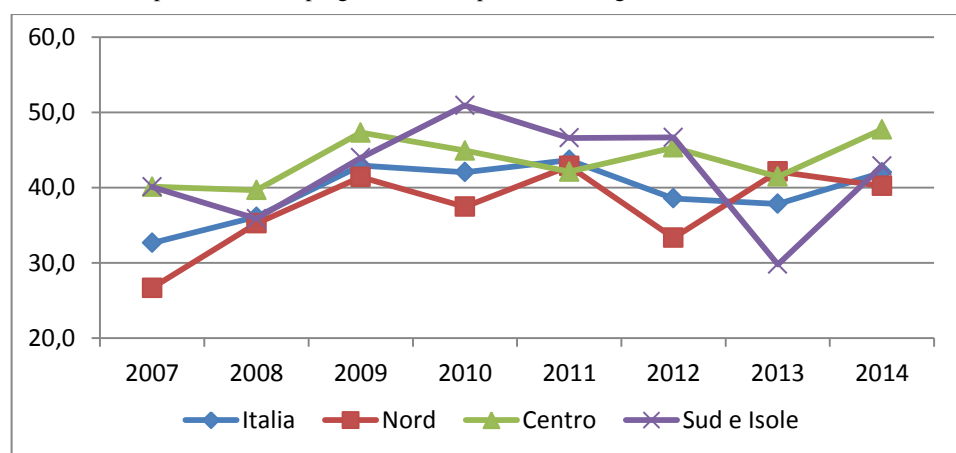
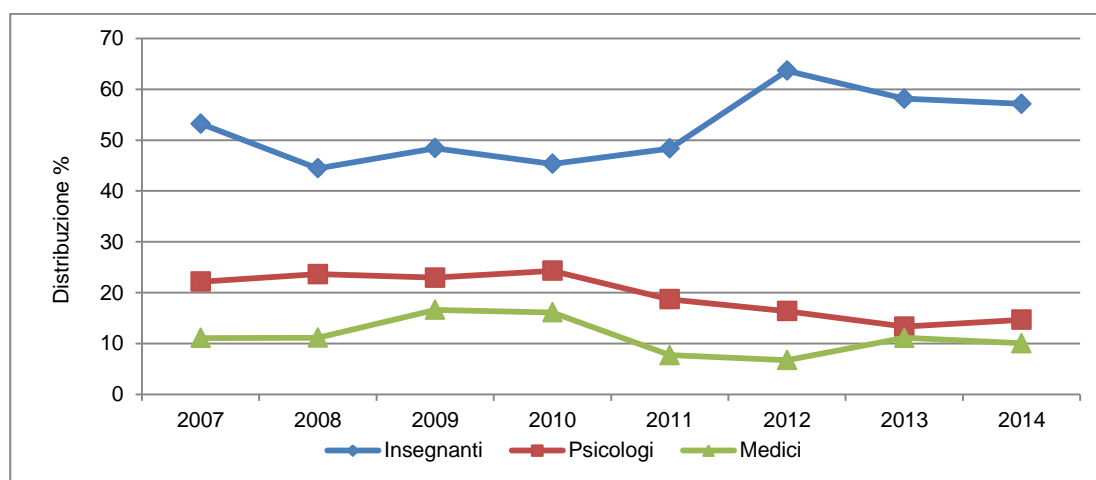


Figura 13: Distribuzione percentuale dei progetti attuati di prevenzione riguardanti la salute mentale. Anni 2007-2014



Per tutte le annualità gli obiettivi prioritari dei progetti censiti sono riconducibili all'accrescimento negli studenti della conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio (passando dal 65,9% del 2007 al 67,4% del 2011 al 63% nell'ultimo anno). Seguono gli obiettivi finalizzati allo sviluppo delle abilità di fronteggiamento e capacità personali e/o sociali e quelli riferiti all'aumento dell'autostima e della percezione del sé. I primi si attestano al 15,9% nel 2008 e al 9,5% nell'ultima rilevazione, mentre i secondi oscillano tra l'11,8 della rilevazione relativa all'anno 2007 e l'8,5% a quella del 2014. Per oltre la metà dei progetti censiti i responsabili della realizzazione sono gli insegnanti stessi (57%), seguiti da psicologi (15%) e medici (10%), non evidenziando particolari differenze nelle diverse annualità in studio.

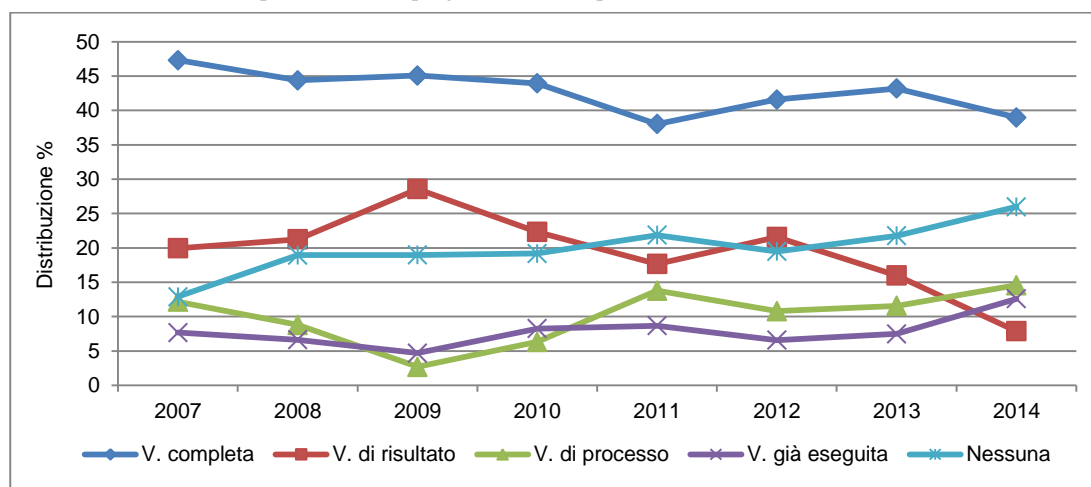
Figura 14: Distribuzione percentuale delle figure professionali responsabili della realizzazione del progetto. Anni 2007-2014



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia

Per 3 progetti su quattro è prevista una valutazione, che per la maggior parte è di tipo completo, cioè sia di risultato che di processo, seguita dai progetti che prevedono una valutazione parziale (solo di risultato o solo di processo).

Figura 15: Distribuzione percentuale dei progetti che hanno previsto una valutazione. Anni 2007-2014

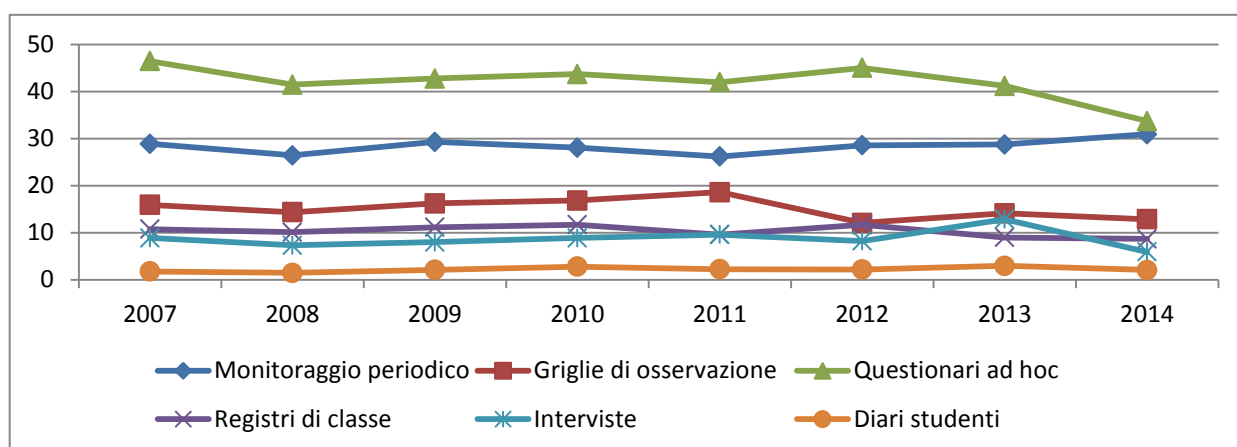


Elaborazione sui dati ESPAD@Italia

Gli indicatori di apprendimento (ad es. acquisizione di conoscenze/informazioni e competenze) e di partecipazione dei soggetti partecipanti sono utilizzati per la valutazione della quasi totalità dei progetti censiti, mentre sono poco più di un terzo i progetti che si avvalgono di indicatori quali, ad esempio, l'acquisizione di capacità relazionali e di comunicazione.

Per la raccolta degli indicatori di valutazione quasi un terzo dei progetti ha previsto l'utilizzo di questionari specificatamente realizzati e/o di monitoraggi periodici in itinere e/o ex post, seguita dalla analisi dei registri di classe e dall'utilizzo di specifiche griglie di osservazione.

Figura 16: Distribuzione percentuale degli strumenti di raccolta dati per la valutazione dei progetti nelle scuole. Anni 2007-2014



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia

Attività di prevenzione e comportamenti a rischio

Di seguito vengono presentati gli andamenti temporali congiunti di alcune stime di prevalenza rilevate dallo studio ESPAD@Italia e della percentuale di istituti che organizzano attività di prevenzione dedicate a specifici comportamenti e consumi.

Considerando le annualità in studio, gli istituti scolastici che hanno attuato interventi e attività di prevenzione al gioco d'azzardo risultano aumentati. Si passa dal 4% della rilevazione dell'anno 2008 all'8% del 2011 al 16% del 2014. Le figura sottostanti mostrano come all'aumentare della quota di istituti che si dedicano alla prevenzione del gioco d'azzardo corrisponda una diminuzione dei giovani giocatori problematici e a rischio. I giocatori problematici passano da circa il 10% nel 2008 al 7,6% nell'ultima rilevazione del 2014, mentre i giocatori a rischio sono il 26,5% nel 2008, circa il 14% nel 2010 e 11,1% nel 2014.

Figura 17: Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori problematici nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2008-2014

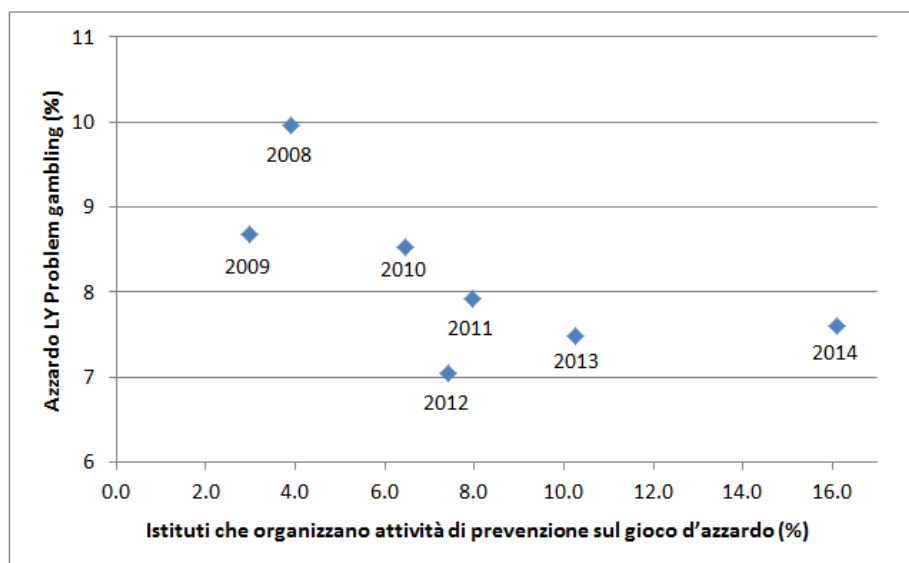
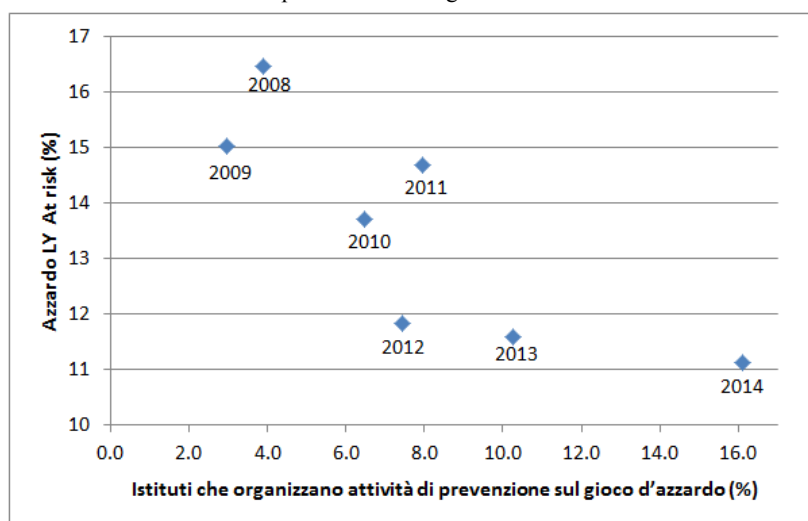


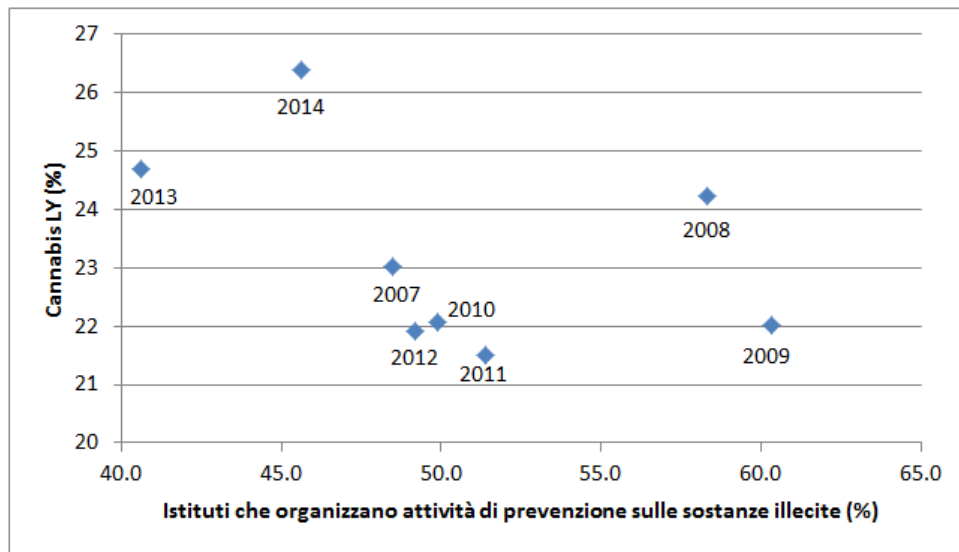
Figura 18: Andamento temporale congiunto della prevalenza di giocatori a rischio nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2008-2014



Uno scenario diverso si registra nell'osservazione del trend della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive rispetto alle stime di prevalenza di specifici consumi rilevate negli anni dallo studio ESPAD®Italia.

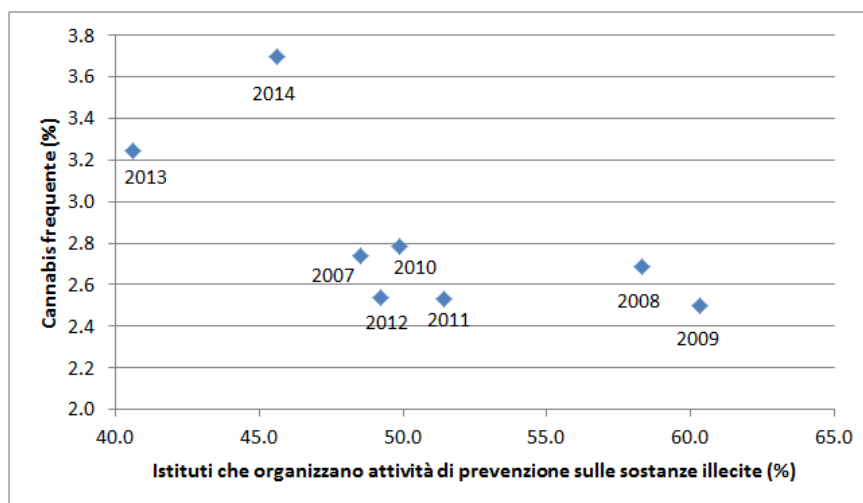
Le figure sottostanti descrivono nel corso del tempo un aumento sia del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi sia dell'uso frequente della sostanza, a cui corrisponde una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione rivolte a questo specifico ambito.

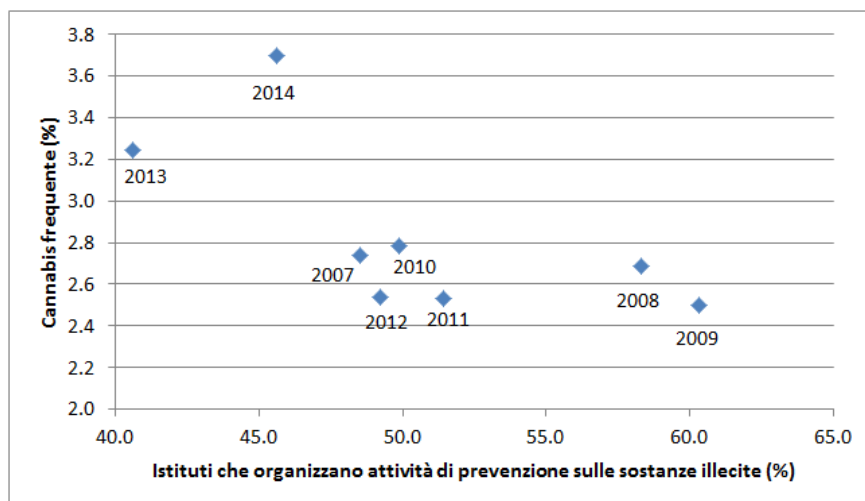
Figura 19: Andamento temporale congiunto della prevalenza di consumatori di cannabis nell'ultimo anno e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2008-2014



Si rileva, infatti, che gli istituti che hanno attuato progetti di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive passano nel corso degli anni dal 58% nel 2008 al 50% nel 2011 a circa il 46% nel 2014. La prevalenza di cannabis nell'ultimo anno riferita dagli studenti passa dal 23% nel 2007 al 26,4% nel 2014, mentre l'uso frequente della sostanza si attesta al 2,7% nel 2007, al 3,2% nel 2013 per raggiungere il 3,7% nell'ultima indagine ESPAD®Italia 2014.

Figura 20: Andamento temporale congiunto della prevalenza di consumatori frequenti di cannabis e della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Anni 2008-2014





1.2 I programmi di prevenzione tra le Forze Armate

Orientamenti generali

Anche nel corso del 2014 le Forze Armate italiane hanno rinnovato il proprio impegno nel contrastare la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti nel contesto militare. In tale ambito le strutture di vertice degli Stati Maggiori della Difesa, delle Forze Armate e del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, operando con il necessario rigore metodologico e la dovuta attenzione, hanno svolto opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo in favore di tutte le strutture dipendenti, fino al minore livello organizzativo del Comparto.

La materia in trattazione è disciplinata, nell'ambito Difesa, dal Codice dell'Ordinamento Militare (D.lgs. 66/2010) e dal Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa (DIFESAN-2010), nonché da Direttive delle singole FA/CC che disciplinano internamente, in relazione alle specificità esistenti, le attività di prevenzione, di accertamento delle tossicodipendenze e dei comportamenti d'abuso.

Nello specifico, l'accertamento dell'uso abituale delle sostanze stupefacenti si basa sul riscontro documentale di trattamenti socio sanitari per le tossicodipendenze - effettuati presso le strutture pubbliche e private di pronto soccorso e di ricovero per abuso di sostanze - e di precedenti accertamenti medico legali. Inoltre, viene posta particolare attenzione nell'individuazione dei segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, dei sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto, di sindrome d'astinenza in atto, nonché nel riscontro di cataboliti di sostanze stupefacenti nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti viene sottoposto ad accurati controlli di laboratorio ed a valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consulenti Psicologici e Servizi di Psicologia. Tali accertamenti sono effettuati da medici e analisti di laboratorio presso i servizi sanitari di FA in condizione di sicurezza clinica, escludendo metodiche invasive e garantendo l'autenticità del campione mediante il sistema dei contenitori a

quattro provette, che consente di effettuare lo screening, l'analisi di secondo livello e la conservazione di un campione di riserva congelato per 12 mesi.

Nel personale a ferma prefissata, l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento del militare.

Il personale in servizio permanente effettivo, risultato positivo ai test, viene invece avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i Consultori Psicologici e, contestualmente, sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata all'accertamento dell'idoneità/inidoneità al servizio, attraverso la verifica della struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o di eventuali patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso. Il personale che acconsente al trattamento socio sanitario riabilitativo potrà beneficiare del periodo massimo di aspettativa.

La complessità delle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e all'abuso di alcol coinvolge l'individuo non solo in forma personale ma influenza fortemente le relazioni sociali e lavorative che, nell'organizzazione militare, si identificano con il servizio. In tal senso l'orientamento delle Forze Armate italiane è sempre rivolto a non consentire né l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope né l'abuso di alcol da parte del personale militare, in quanto l'esigenza di poter contare in ogni momento su personale integro sul piano psico-fisico ed idoneo ad assolvere agli obblighi di servizio in piena sicurezza è irrinunciabile ai fini dell'assolvimento dei compiti istituzionali della Difesa.

In ragione di quanto precede al militare è richiesto un elevato senso di responsabilità e di osservanza delle regole che è incompatibile con le condotte che minacciano l'integrità psico-fisica dell'individuo. Inoltre, la peculiarità dell'organizzazione militare fa sì che le deroghe concesse all'Amministrazione della Difesa riguardo ai limiti consentiti nella normativa "civile" si esprimano in senso restrittivo per tutelare la sicurezza individuale e quella di terzi.

Le iniziative per la prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio ed il precoce riconoscimento della sofferenza psicologica, sentinella dello sviluppo di comportamenti a rischio favoriti dapprima la richiesta poi il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, rappresentano l'obiettivo primario da conseguire per la Difesa.

I Dirigenti del Servizio Sanitario (DSS) hanno il compito di informare i militari, nell'ambito dei programmi di educazione sanitaria, sulle condotte a rischio per la salute, nonché di avviare le procedure sanitarie previste per l'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti. L'arruolamento volontario, che ha fatto seguito alla sospensione della Leva, non ha determinato la flessione dell'attenzione sul fenomeno droga ma, al contrario, ha comportato la rimodulazione delle strategie preventive e dissuasive nei riguardi delle condotte tossicofile e delle tossicodipendenze. In tal senso resta vigile l'attenzione sul fenomeno droga il quale, seppur con modalità, condotte e tipologie di sostanze stupefacenti spesso assai diverse rispetto a quanto era osservabile in una popolazione generale di coscritti, continua a rappresentare sempre e comunque motivo di grande allerta. Su tali basi sono proseguite, con il dovuto rigore e con le risorse disponibili, le attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e sulle condotte tossicofile.

La selezione per l'arruolamento viene svolta effettuando la ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope a scopo non terapeutico, la cui assenza rappresenta il prerequisito indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare. Successivamente l'accertamento della tossicofilia e della tossicodipendenza si basa anche sul riconoscimento dei segni e sintomi di intossicazione psico-fisica da assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Vengono inoltre effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni e/o attività a rischio, periodici e di follow-up, accertamenti randomici su tutto il personale in servizio, nonché specifiche attività di prevenzione per contrastare la manifestazione di disagi psicologici che possano indurre all'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tale sforzo preventivo continua ad attuarsi attraverso linee d'intervento già consolidate e ben sperimentate.

Tra le attività di prevenzione primaria si evidenzia la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema delle sostanze stupefacenti e psicotrope, cui si aggiungono i programmi formativi per il personale medico non specialistico e psicologo. Alle predette attività fanno seguito quelle di prevenzione secondaria, svolte dai Consulenti Psicologici e dai Servizi di Psicologia delle FA/CC attraverso il supporto psicologico dei disturbi di adattamento e della condotta e delle relative implicazioni familiari e sociali.

Presentazione (organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze in ambito Difesa è proseguita nel corso del 2014 con lo scopo comune di incrementare la sorveglianza sul fenomeno droga e di incentivare quelle iniziative formative ed informative che hanno fornito positivo riscontro nel passato. In relazione a quanto precede, ogni Forza Armata/CC, con l'obiettivo di fare affidamento su personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, ha sviluppato peculiari strumenti ed attività di prevenzione all'interno delle rispettive strutture sanitarie.

Esercito

L'Esercito negli ultimi anni ha messo in atto una serie di azioni volte ad una maggiore sensibilizzazione, da parte di tutto il personale, sull'abuso di sostanze.

A partire dal 2012, con la pubblicazione a cura del I Reparto di SME "Compendio sull'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel personale militare", le attività di prevenzione, controllo e gestione delle problematiche connesse all'uso ed abuso di alcol e sostanze psicotrope hanno visto il coinvolgimento diretto non solo del personale sanitario ma anche dei Comandanti a tutti i livelli organizzativi. Tale compendio raccoglie le disposizioni specifiche di Forza Armata che disciplinano, ai vari livelli, le attività di prevenzione e di controllo, gli aspetti medico legali ed i relativi provvedimenti, nonché le conseguenze sul piano giuridico e disciplinare connesse all'uso o abuso delle sostanze psicotrope da parte del personale militare.

Nello specifico, è previsto che i Comandanti si adoperino per:

- rendere più incisiva l'attività di dissuasione e di contrasto di tutte le droghe, comprese quelle cosiddette leggere, in particolare nei Teatri Operativi (T.O.), in linea con il principio "tolleranza zero";
- effettuare i controlli a campione drug test (5% mensile in Patria e 3% settimanale in T.O.);
- COMLOG SANITA' 2000), vigilando sulla corretta effettuazione e con l'effetto sorpresa;
- sviluppare una capillare informazione del personale, in particolare sui rischi per la salute, ma anche sulle possibilità di recupero, a cura degli Ufficiali medici;

- organizzare conferenze dibattito di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato (anche sul fumo, farmacodipendenza, gioco d'azzardo), con la partecipazione ove possibile di operatori di comunità di recupero;
- mantenere una costante attenzione e osservazione dei comportamenti del singolo al fine di cogliere eventuali indicatori (es. assenze ripetute, nervosismo e aggressività, isolamento, bisogno di denaro crescente, diminuzione efficienza sul lavoro);
- pianificare il controllo delle caserme con unità cinofile delle F. di Polizia;
- prevedere un ascolto attivo del personale, creando empatia e comprensione delle problematiche e rafforzando sani modi di pensare e agire improntati alla chiarezza, lealtà, correttezza e rispetto;
- attuare campagne di sensibilizzazione del personale, con lo scopo di informare circa i rischi sulla salute ma anche sulle possibili ripercussioni negative sul servizio, comprensive del rilascio/conferma del NOS, della patente di guida (sia militare che civile), di abilitazioni e brevetti, dell'idoneità a particolari mansioni, etc.

Inoltre, vi è una disposizione di F.A. che prevede l'inserimento delle attività di sensibilizzazione sul fenomeno nei programmi didattici degli Istituti di formazione e nei programmi addestrativi degli Enti/Distaccamenti/Reparti (EDR), con periodicità trimestrale ed annotazione delle attività svolte su apposito registro. Ogni abuso riscontrato viene comunicato tempestivamente (72 ore dall'evento) al vertice competente - III RIF/COE tramite una relazione riportante anche le attività preventive svolte nello specifico EDR, con eventuali precedenti relativi al personale coinvolto.

Per quanto attiene invece alle specifiche attività di prevenzione in materia di tossicodipendenze e di supporto psicologico di F.A., si rappresenta che tali attività sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito, agli operatori militari e civili dell'A.D. e al personale civile convenzionato dei Consulenti Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR tali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali psicologi, Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.

Nel periodo in esame i Consulenti Psicologici operanti presso i Dipartimenti Militari di Medicina Legale (DMML) di Milano, Padova, Roma, Messina e Cagliari e presso il Policlinico Militare di Roma, hanno svolto attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle Commissioni Mediche Ospedaliere e psico-educazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS dei rispettivi bacini d'utenza. In alcune sedi sono stati realizzati programmi autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo-divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare, in base alle domande di intervento pervenute.

Inoltre sono stati effettuati controlli tramite drug test su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, al personale addetto alle mansioni a rischio, a mente del Regolamento di DIFESAN del 2010, a quello in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'Ente di appartenenza. A livello di EDR è in atto da tempo un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare dipendente, attuato dai DSS /Ufficiali medici e focalizzato sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti e abuso di alcol e tabacco.

Marina Militare

L'Ispettorato di Sanità della Marina Militare ha intrapreso da anni iniziative di prevenzione primaria che si sono concretizzate nel programma Drug Testing Program, configurantesi come uno strumento specifico di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce.

Il controllo obbligatorio random di tutto il personale (fino al 10% della Forza a trimestre), tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla positività, richiamano continuamente l'attenzione di tutto il personale, ed in particolare degli allievi e dei giovani militari, sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo nei confronti del contatto con le sostanze stupefacenti. Nonostante non espressamente parte del programma, il monitoraggio dell'assunzione di droghe viene costantemente effettuato durante tutti i concorsi della FA, in occasione delle visite psico fisiche, mediante la ricerca obbligatoria dei cataboliti urinari delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope, quale prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità al servizio. Inoltre, sono state effettuate periodiche conferenze informative a cura degli Ufficiali medici e /o psicologi orientate a sensibilizzare tutto il personale militare alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool e tabacco, uso di sostanze stupefacenti e ai rischi infettivi ad essi connessi.

Presso l'Accademia navale di Livorno, gli Ufficiali medici e psicologi frequentano, durante il corso applicativo, corsi di insegnamento di psicologia e di medicina legale, con riferimenti agli aspetti legislativi e medico-legali più aggiornati relativi alle tossicodipendenza; tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali del Corpo sanitario una maggiore sensibilità per le problematiche legate al disagio psicologico e alle tossicodipendenze, affinando la capacità di riconoscimento e gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

Nell'ambito della prevenzione secondaria, i Servizi di Psicologia e Consulenti Psicologici pongono in essere attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico del personale; tale organizzazione ha il compito di evidenziare situazioni personologiche, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia/tossicodipendenza ed ha contribuito a limitare il fenomeno.

Presso l'Ispettorato di Sanità della Marina è custodita una banca dati sui casi di uso di sostanze stupefacenti finalizzata a monitorare alcuni aspetti del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Aeronautica Militare

La Forza Armata (FA) pone estrema attenzione sulla necessità di avere personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, in considerazione dell'alta valenza operativa di tutto il personale della cosiddetta "linea volo". Le iniziative del caso, promosse dallo SMA e dagli articolati Alti Comandi, sono indirizzate a sensibilizzare tutto il personale alla limitazione del propagarsi di un fenomeno diffuso nella società moderna, attraverso il modello organizzativo di prevenzione, controllo random, sorveglianza e recupero del personale.

L'obiettivo dei controlli random è quello di verificare il 5% della forza indicata dai Comandanti con

particolare attenzione al personale di vigilanza e conduttori. Tale programma impegna la componente sanitaria come una delle parti coinvolte nella gestione del fenomeno insieme alla linea Comando ed agli organi di sicurezza, al fine di individuare eventuali situazioni di disagio o di devianza comportamentale, sintomo di possibili situazioni a rischio. Le azioni poste in essere sono, quindi, costanti nel tempo ed hanno riguardato interventi di prevenzione e sorveglianza e monitoraggio dei casi accertati oltre che il controllo specifico delle categorie particolari d'impiego. In tal senso i vari Comandi hanno incentivato la pratica delle attività sportive e ricreative al fine di favorire la socializzazione e l'integrazione nei gruppi del personale attraverso il libero accesso agli impianti sportivi militari per l'organizzazione di tornei e gare. Inoltre sono stati resi disponibili gli accessi gratuiti a teatri cinema e manifestazioni culturali e sportive e concesse facilitazioni per l'utilizzo di biblioteche e media.

Massima cura è stata rivolta alle attività informative sulla tossicodipendenza da parte degli operatori sanitari, al fine di favorire il colloquio personale per l'instaurazione di un rapporto diretto tra il militare e la componente medica. In tal senso sono state organizzate conferenze, dibattiti con l'ausilio dei mezzi audiovisivi, pubblicazioni e opuscoli sulla tematica in questione; particolare attenzione è stata data alle procedure per la segnalazione e la notifica dei casi d'abuso garantendo la tutela della privacy degli interessati.

L'attività viene svolta dagli psicologi convenzionati che operano presso i Consultori ed i Servizi aperti presso i vari EDR della FA. L'attività di assistenza che in precedenza era rivolta prevalentemente ai coscritti è continuata a favore del personale volontario ed in servizio permanente. Sono stati tenuti infatti incontri e corsi individuali e di gruppo per soddisfare le esigenze di supporto che rappresentano l'obiettivo primario dei Consultori. Sono stati eseguiti periodici controlli dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti sul personale. Analoghi controlli sono stati effettuati durante le selezioni mediche per gli arruolamenti.

Il personale di volo (piloti ed equipaggi di volo) dell'AM, delle altre FA/CC, dei Corpi armati dello

Stato e dei Vigili del Fuoco sono stati sottoposti a drug test durante la visita di controllo ordinaria/straordinaria presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale mentre il personale che effettua la visita per l'idoneità all'impiego alle operazioni fuori i confini nazionali è stato sottoposto a drug test presso le Infermerie principali-polifunzionali e gli Istituti di Medicina Aerospaziale.

Inoltre esami occasionali vengono eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di specifica segnalazione da parte dei Servizi sanitari del Reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti. Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso le Infermerie di Corpo

assume soltanto connotazione d'orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio presso gli Organi medico Legali di FA e/o Dipartimenti Militari di Medicina Legale per una

valutazione definitiva del caso, con l'ausilio di qualificati ed approfonditi interventi diagnostici.

Arma dei Carabinieri

In ottemperanza alla normativa vigente sono stati effettuati i controlli tramite drug test, sia durante la fase concorsuale sia sul personale già in servizio.

Sono state inoltre tenute conferenze in tema di prevenzione delle tossicodipendenze, nel corso delle quali sono stati trattati gli argomenti relativi alle norme comportamentali durante l'espletamento del servizio, la normativa in materia di stupefacenti ed i relativi effetti psico-fisiologici sull'organismo, il supporto psicologico da parte di un "operatore tecnico", i comportamenti a rischio, i problemi sociali legati all'uso degli stupefacenti, le malattie infettive ed i rischi per la salute legati alla tossicodipendenza, nonché cenni sull'alcolismo.

Principali prospettive emerse nello svolgimento delle attività nel 2014 e possibili soluzioni auspiccate

L'anno 2014 ha visto proseguire l'applicazione delle norme, vigenti dal 2010, che regolano la materia nell'ambito del Comparto Difesa (Codice dell'Ordinamento Militare di cui al D.lgs. 66/2010 e successive modifiche), comprensive del Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa di cui all'Accordo 30 ottobre 2007 n. 99/CU, tenendo conto di quanto previsto dall'Accordo 18 settembre 2008 n. 178/CSR.

In considerazione del fatto che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia saltuaria sia abitudinaria, determina alterazioni dell'equilibrio psicofisico e comporta rischio per la salute e la sicurezza sia del militare sia di soggetti terzi, le procedure per gli accertamenti sanitari atte ad evidenziare l'assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei militari risultano finalizzate primariamente alla prevenzione di incidenti collegati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio. Conseguentemente, dovrà prevalere, da parte dell'AD, un indirizzo di cautela che determini sempre la sospensione dello svolgimento di mansioni e/o attività a rischio, senza operare distinzioni tra uso occasionale, uso regolare o presenza

di dipendenza. Sebbene i riscontri statistici successivi alle campagne informative e di prevenzione effettuate dalle diverse articolazione delle Forze Armate siano confortanti, pare comunque opportuno potenziare gli strumenti e le attività preventive, avvalendosi anche di nuove tecnologie multimediali e dedicando maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, il quale potrà quindi conseguire tutte le abilità necessarie per riconoscere e gestire comportamenti a rischio e condotte tossicofile nel personale assistito.

In tal senso il Vertice sanitario della Difesa, attraverso il Comitato tecnico scientifico (Board) per lo studio dei disturbi mentali nel personale militare, ha dato corso alle azioni di coordinamento volte a delineare delle linee di indirizzo comuni tra le diverse componenti sanitarie delle FA/CC preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze.

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale.

Infine, le attività di sensibilizzazione e di sostegno al benessere del personale potranno essere potenziate attraverso un'azione sinergica della componente sanitaria con la linea di comando atta a

favorire un positivo clima organizzativo, anche attraverso la creazione di momenti di aggregazione e socializzazione che facilitino i rapporti interpersonali, fondamentali per evitare l'isolamento individuale che spesso rappresenta un indice di disagio psicologico, di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

1.3 Efficacia dei trattamenti di prevenzione. Buone pratiche

In generale, si può affermare che gli interventi di prevenzione più efficaci sono quelli effettuati nelle scuole, mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali, che utilizzano tecniche interattive e sono effettuati dagli insegnanti o dai pari.

Introduzione

L'uso sperimentale di sostanze psicoattive è comune tra i giovani che spesso assumono sostanze semplicemente perché provocano sensazioni piacevoli o, ancor più spesso, per sentirsi accettati dal gruppo dei pari (Leshner, 1999).

L'assunzione di sostanze può di per se stessa non essere considerata un problema medico, ma rappresenta sicuramente un fattore di rischio per gli effetti deleteri sulla salute fisica e mentale e sul funzionamento sociale che tale abitudine può provocare. Non tutti coloro che assumono sostanze diventano dipendenti, ma il passaggio dall'assunzione sporadica all'abuso e poi alla dipendenza, con tutti i problemi a quest'ultima correlati, può instaurarsi per un ampio numero di sostanze.

La probabilità che si instauri una dipendenza o che si verifichino dei danni fisici, mentali o legati alla sfera sociale, può dipendere dal tipo di sostanza assunta, dalle condizioni anche ambientali in cui essa è utilizzata e dalle caratteristiche di chi l'assume (Zinberg, 1984).

Tra i giovani vi è un ulteriore rischio che nasce da una sottovalutazione della pericolosità delle sostanze assunte e che spesso porta ad una escalation sia del tipo di sostanze provate sia delle modalità di assunzione delle stesse (Kandel et al., 1986), per cui si può gradualmente passare dall'assunzione di sostanze più comunemente ritenute innocue (ad esempio, la birra) a quella di droghe cosiddette pesanti (ad esempio la cocaina), passando attraverso l'uso intermedio di bevande ad alta gradazione alcolica, tabacco e cannabis (Leshner, 1999).

Tra gli adolescenti e i giovani adulti l'uso di alcol e di droghe è in costante aumento (Petrie et al., 2007). Ad esempio, lo studio multicentrico EU-Dap che includeva 6.359 studenti di sette differenti Paesi europei, di età compresa tra i 12 e i 14 anni, riporta che, nei trenta giorni precedenti l'inizio dello studio, il 6% dei maschi arruolati aveva assunto alcol, il 4% cannabinoidi e il 6% altre droghe, mentre per le femmine queste percentuali erano rispettivamente del 5%, 2% e 4% (Faggiano et al., 2008; Faggiano et al., 2010; Vigna-Taglianti et al., 2009).

Secondo i dati di studi di popolazione, in Europa, in media il 31,6 % dei giovani adulti (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 12,6 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,9 % nell'ultimo mese (EMCDDA, 2010). Nella stessa fascia di popolazione, la prevalenza d'uso una tantum di amfetamine, ecstasy e allucinogeni è in media del 5,2%, mentre quella di cocaina è del 5,9% (EMCDDA, 2010). La conoscenza dell'entità del fenomeno ha fatto sì che, a livello internazionale, nascesse una consapevolezza sempre maggiore della necessità di sviluppare interventi di prevenzione mirati alla popolazione giovanile con l'obiettivo di ridurre il primo uso e di prevenire la transizione dall'uso sporadico alla dipendenza. Tuttavia, nonostante

l'ampio utilizzo di questi interventi (ad esempio nelle scuole inglesi, sono addirittura obbligatori), gli studi sulla loro efficacia sono pochi e si sono sviluppati soprattutto negli USA.

Questo fatto rappresenta un problema per chi a livello politico e organizzativo deve decidere se stanziare o no fondi e risorse per interventi la cui efficacia scientifica non è stata dimostrata. Infatti, l'efficacia di un intervento di prevenzione non può essere solo basata su presupposti teorici, ma deve essere verificata nell'ambito di studi sperimentali di qualità. Alcuni di questi studi hanno dimostrato addirittura effetti negativi degli interventi stessi. La fonte più attendibile sull'efficacia degli interventi sociosanitari è rappresentata dalle revisioni sistematiche della letteratura scientifica che, attraverso una ricerca accurata ed esaustiva di tutti gli studi pubblicati e una valutazione di qualità degli stessi, consentono di stabilire se esistono prove sufficienti sull'efficacia dell'intervento o se sono necessari altri studi.

La Cochrane Library è la principale fonte di revisioni sistematiche. La Cochrane Collaboration, ha pubblicato 14 revisioni relative ad interventi di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti, fumo e alcol tra i giovani. Dettagli relativi ai metodi ed ai risultati delle revisioni sono disponibili sulla Cochrane Library.

Metodi

Questo articolo sintetizza i risultati principali delle 14 revisioni Cochrane che valutano l'efficacia degli interventi rivolti ai giovani per prevenire l'abuso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti illegali:

- 3 revisioni valutano programmi di prevenzione per l'uso di sostanze in generale, valutando l'efficacia di:
 - interventi che vengono effettuati in setting scolastici (Faggiano et al., 2005)
 - interventi offerti in altri tipi di setting (Gates et al., 2006)
 - attività di mentoring per bambini e adolescenti (Thomas et al., 2011)
- 4 revisioni si focalizzano sulla valutazione dei programmi di prevenzione per l'uso di alcol, valutando l'efficacia di:
 - interventi che utilizzano le "norme sociali" tra i giovani nelle Università o nei College (Moreira et al., 2009)
 - interventi di prevenzione svolti nelle scuole (Foxcroft & Tsertvadze, 2011a)
 - interventi di prevenzione con più componenti (Foxcroft & Tsertvadze, 2011b) - interventi familiari di prevenzione (Foxcroft & Tsertvadze, 2011c)
- 7 revisioni valutano interventi di prevenzione per l'uso di tabacco, valutando l'efficacia di:
 - interventi di comunità (Carson et al., 2011)
 - interventi familiari e sui luoghi di lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo (Priest et al., 2008)
 - interventi familiari (Thomas et al., 2007)
 - interventi effettuati in setting scolastici (Thomas & Perera, 2006)
 - interventi che utilizzano i mass media (Brinn et al., 2010)
 - interventi per prevenire la vendita di prodotti contenenti tabacco ai giovani (Stead & Lancaster, 2005) -impatto delle campagne pubblicitarie (Lovato et al., 2011).

Data la complessità dei temi affrontati nelle revisioni e l'estrema variabilità degli interventi valutati i risultati sono presentati per singola revisione, illustrando le implicazioni utili per la pratica clinica. Dettagli relativi ai metodi e ai risultati delle revisioni sono disponibili sulla Cochrane Library.

Interventi tesi a prevenire l'uso di sostanze in generale tra i giovani e interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali (Faggiano et al., 2005)

La revisione include 32 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 50.224 studenti. In questa revisione gli interventi considerati sono classificati secondo la definizione di Tobler (Tobler & Stratton, 1997; Tobler et al., 2000) come:

- a) interventi mirati all'acquisizione di conoscenze specifiche;
- b) interventi sulla sfera emotiva;
- c) interventi mirati all'acquisizione di capacità di relazione sociale.

I risultati hanno evidenziato che gli interventi di prevenzione in ambito scolastico tesi a sviluppare capacità sociali specifiche sono quelli più efficaci per prevenire l'uso precoce di sostanze. Non è stata invece dimostrata l'efficacia di interventi che offrono solo informazioni o che sono focalizzati soltanto sull'affettività, pertanto questi interventi dovrebbero essere svolti solo in contesti sperimentali per consentirne ulteriori valutazioni.

Interventi per la prevenzione dell'uso di droghe svolti in setting non scolastici (Gates et al., 2006)

La revisione include 17 studi con un totale di 24.482 adolescenti; 16 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Asia. Nella revisione erano valutati quattro differenti tipi di intervento:

- a) intervista motivazionale o intervento breve;
- b) training educativi o mirati all'acquisizione di capacità sociali;
- c) interventi familiari;
- d) interventi di comunità che utilizzavano multicomponenti.

Risultati

In generale non è dimostrata l'efficacia degli interventi considerati in questo specifico contesto. L'intervista motivazionale e alcuni interventi familiari possono offrire qualche beneficio. Una valutazione costi-efficacia non è stata considerata in nessuno degli studi inclusi; future ricerche sono necessarie per valutare se questo tipo di interventi debbano essere raccomandati.

Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe (Thomas et al., 2011)

La revisione include 4 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 1994 adolescenti provenienti da minoranze etniche e "deprivati", che non usavano né alcol né droghe al momento dell'arruolamento in studio. La figura del mentore è quella di una guida, di un consigliere saggio, di un precettore: deve il suo nome a Mente o Mentore, re dei Tafi a cui Odisseo affidò Telemaco prima di partire per la guerra. Il mentore è una figura di riferimento, più anziana e dotata di esperienza, che guida e consiglia la persona più giovane. In questa revisione, tutti gli studi valutavano programmi di mentoring strutturati e non informali.

Risultati

Durante il periodo osservato, solo un RCT ha riportato una diminuzione significativa dell'uso di alcol e un altro una diminuzione dell'uso di droghe e quindi i benefici, rispetto agli sforzi per effettuare questi programmi, sono modesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di alcol tra i giovani e interventi che utilizzano le "norme sociali" per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università e nei College (Moreira et al., 2009)

La revisione include 22 studi con un totale di 9610 studenti; 19 studi sono stati condotti in Nord America e 3 in Australia. Le norme sono principi che regolano i rapporti tra le persone della società e permettono o vietano certi comportamenti. Le norme sociali sono quelle che ci dicono quale comportamento avere riguardo all'educazione, al bene e al male, alla religione, etc. In questa revisione le norme sociali relative ai comportamenti di uso di alcol venivano utilizzate allo scopo di ridurre l'uso tra i giovani. Gli interventi valutati consideravano feedback sulle norme sociali a) via web; b) postale; c) con incontri faccia a faccia.

Risultati

Il feedback via web e quello con incontri faccia a faccia sono probabilmente efficaci nel ridurre il consumo di alcol. Gli effetti migliori si notano nei periodi di follow-up più brevi (3 mesi). Per il feedback per posta, per quello che utilizza incontri in gruppo e per le campagne di marketing sulle norme sociali, i risultati degli studi non sono nel complesso favorevoli in modo significativo e per tale motivo queste modalità non dovrebbero essere raccomandate. Pertanto, coloro che si occupano di interventi di prevenzione e i decisori politici ed amministrativi dovrebbero considerare l'opportunità di utilizzare il feedback via web per la prevenzione dell'abuso di alcol.

Interventi nelle scuole per prevenire l'abuso di alcol tra i giovani (Foxcroft & Tsertvadze, 2011a)

La revisione include 53 studi con un totale di 122.107 studenti; 41 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Australia 5 in Europa ed 1 in Asia. I componenti degli interventi valutati nella maggioranza degli studi inclusi miravano a promuovere una maggiore consapevolezza rispetto ai comportamenti di uso (ad esempio benefici, conseguenze e rischi di un determinato comportamento), una maggiore autostima, a favorire lo sviluppo di capacità di risolvere i problemi (problem solving), di resistere alle pressioni del gruppo e di imparare a dire di no e infine a favorire cambiamenti rispetto alle norme sociali e alle proprie convinzioni/ attitudini.

Risultati

Gli interventi dimostratisi efficaci sono stati: Life Skills Training Program in Nord America, Unplugged in Europa e Good Behaviour Game sia in Nord America che in Europa. A causa della variabilità dei risultati, sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda, comunque, una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare e al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti. Il Life Skills Training Program è un programma che piuttosto che fornire informazioni circa il pericolo di

assumere droghe è disegnato per: insegnare agli studenti come resistere alle pressioni del gruppo dei pari, aiutarli a sviluppare l'autostima, consentirgli di affrontare efficacemente l'ansia, aumentare le conoscenze relative alle conseguenze immediate dell'abuso di sostanze, migliorare le competenze cognitive e comportamentali per ridurre e prevenire una serie di comportamenti a rischio per la salute. Unplugged è un programma interattivo basato sul modello dell'influenza sociale e delle life skills. Tale modello include nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali e correzione delle percezioni sbagliate rispetto alle sostanze psicotrope. Il progetto si sviluppa con e attraverso gli insegnanti. Per questo è previsto per gli insegnanti un corso di formazione sui concetti teorici, la struttura, le tecniche e gli strumenti utilizzati. Gli insegnanti sono formati con metodologie interattive volte all'acquisizione delle competenze necessarie per lavorare sulle life skills e sull'influenza sociale. Good Behavior Game è un approccio alla gestione, tramite il gioco, dei comportamenti in classe che premia i bambini che hanno comportamenti adeguati. La classe viene divisa in due squadre e viene assegnato un punto di penalizzazione per ogni comportamento inappropriato manifestato dai singoli appartenenti alla squadra stessa. Vince la squadra che alla fine ha ottenuto meno penalizzazioni.

Interventi di prevenzione con più componenti per l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011b)

La revisione include 20 studi con un totale di 53.039 giovani; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 1 ciascuno in Australia, in Europa e in Asia. Gli interventi di prevenzione con più componenti sono quelli che garantiscono interventi in diversi contesti, per esempio, sia a scuola che in famiglia, combinando programmi scolastici, con interventi sui genitori, oppure interventi sulla popolazione generale ed anche sui singoli soggetti.

Risultati

Vi è qualche prova disponibile relativa all'efficacia dei programmi con più componenti per la prevenzione dell'abuso di alcol nei giovani. Infatti 12/20 studi hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento rispetto al controllo. Tuttavia, le prove disponibili sono troppo poche per poter affermare che i programmi a più componenti siano più efficaci di quelli somministrati in un unico contesto.

Interventi familiari per prevenire l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011c)

La revisione include 12 studi con un totale di 11.274 giovani; 11 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa. I programmi di prevenzione basati su interventi familiari differiscono dagli altri perché, piuttosto che agire direttamente sulla popolazione target, provano ad ottenere il risultato prefisso in modo indiretto, attraverso i genitori o i familiari in genere.

Risultati

Le prove relative all'efficacia degli interventi familiari di prevenzione sono poche ma consistenti e inoltre persistono a medio e a lungo termine. 9/12 studi dimostravano una qualche efficacia, rispetto ai controlli, per i programmi familiari con una persistenza dell'effetto sia a medio che a lungo termine. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di tabacco tra i giovani e interventi che coinvolgono la comunità per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Carson et al., 2011)

La revisione include 25 studi, con un totale di 104.000 persone; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 3 in Australia ed 1 in India. Nella revisione si valutava l'efficacia di interventi che coinvolgono la comunità confrontati tra loro o con nessun intervento. Gli interventi di prevenzione del fumo di tabacco comprendono quelli legislativi (divieto di vendita ai minori, divieto di fumo in luoghi pubblici), quelli che utilizzano i mass media, quelli scolastici. Vi è una grande variabilità circa il coinvolgimento della comunità nel disegno e nella implementazione di questi interventi. La revisione vuole studiare quegli interventi che sono stati condotti attraverso un ampio coinvolgimento della comunità enfatizzando il principio di "proprietà" o "partnership" nella promozione della salute. I membri delle comunità coinvolte partecipavano attivamente alle decisioni circa l'implementazione dei programmi di prevenzione e spesso anche alla costruzione delle strutture organizzative necessarie.

Risultati

Rispetto alla prevalenza di fumatori, 9 studi hanno evidenziato l'efficacia dell'intervento a lungo termine ed 1 studio a breve termine (12 mesi o meno), 2 studi riportavano risultati in favore dei controlli e i rimanenti 13 studi non evidenziavano differenze statisticamente significative tra i gruppi. Si sono inoltre osservati effetti positivi rispetto all'intenzione di fumare e all'attitudine al fumo. In sintesi, vi sono prove circa l'efficacia degli interventi di popolazione nel ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare giovani ma queste prove sono limitate e provengono da studi con evidenti limiti metodologici.

Interventi familiari e sui luoghi di lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo (Priest et al., 2008)

La revisione include 36 studi; 21 condotti in Nord America, 8 in Europa, 3 in Australia ed 1 in Giappone. Gli studi consideravano interventi svolti in ambulatori pediatrici rivolti a genitori di bambini sani e a genitori di bambini malati; solo 4 studi valutavano interventi di comunità o di popolazione.

Risultati

In 17/36 studi si è evidenziata una diminuzione dell'esposizione al fumo passivo dei bambini ma solo in 11/36 la differenza era statisticamente significativa. Poche differenze tra genitori di bambini sani o malati di malattie respiratorie o di altro tipo. Un intervento efficace era svolto in setting scolastico e rivolto ai padri fumatori. In conclusione, mentre gli interventi di counseling brevi si sono dimostrati efficaci per aiutare gli adulti a smettere di fumare, non sembrano essere altrettanto efficaci se somministrati ai genitori in ambulatori pediatrici.

Interventi familiari per prevenire l'abitudine al fumo tra bambini ed adolescenti (Thomas et al., 2007)

La revisione include 22 studi; 16 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 1 in Australia ed 1 in India. Gli interventi considerati nella revisione miravano ad aiutare i membri della famiglia a non fumare e a promuovere il non fumo tra i bambini e gli adolescenti della loro famiglia.

Risultati

Riferiti ai 16 studi di qualità buona o discreta. Intervento familiare verso controllo: 4/9 studi con risultati positivi, 1/9 con risultati negativi. Intervento familiare verso intervento a scuola: 1/5 con effetti positivi. Intervento familiare + intervento a scuola verso intervento a scuola: 0/7 con effetti positivi. Intervento familiare mirato all'uso di tabacco verso intervento familiare non focalizzato sul tabacco: 0/1 con effetti positivi. In conclusione, alcuni studi controllati randomizzati di buona qualità dimostrano che gli interventi familiari possono prevenire l'abitudine al fumo tra gli adolescenti ma i risultati non sono confermati negli studi di qualità più bassa.

Interventi nelle scuole per prevenire l'uso di tabacco tra i giovani (Thomas & Perera, 2006)

La revisione include 94 studi; 72 studi sono stati condotti in Nord America, 18 in Europa, 2 in Australia, 1 in Sud America ed 1 in India. Gli interventi utilizzati negli studi erano riconducibili a due filoni principali: a) quelli tesi ad influenzare le capacità di relazione interpersonale e b) quelli che utilizzavano tecniche per influenzare sia le relazioni interpersonali sia le capacità individuali.

Risultati

Riferiti a 23 studi di qualità buona o discreta. Tra gli studi che consideravano gli interventi tesi ad influenzare la sfera sociale, circa la metà evidenziava effetti positivi dell'intervento. Anche tra i 6 studi che testavano l'efficacia di interventi combinati tesi ad influenzare sia le relazioni che l'influenza sociale, circa la metà dei risultati erano a favore dell'intervento. In entrambi i casi non vi era significatività statistica. Gli studi che consideravano altri interventi, quali tecniche per influenzare le competenze individuali ed altri programmi multimodali, non permettevano una valutazione della loro efficacia a causa delle carenze metodologiche con cui erano stati condotti.

Interventi che utilizzano i mass media per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Brinn et al., 2010)

La revisione include 7 studi; 6 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa.

Risultati

3/7 studi riportavano che le campagne di mass media riducono il fumo tra i giovani. Queste campagne erano basate su solide basi teoriche ed erano disegnate da ricercatori esperti; il messaggio suggerito era di ragionevole intensità e veniva proposto per un lungo periodo di tempo. In conclusione, vi sono prove disponibili circa l'efficacia di questo tipo di intervento, ma queste prove, a causa dei limiti metodologici degli studi inclusi, sono deboli.

Interventi tesi a ridurre le possibilità di vendita legale e non di prodotti contenenti tabacco ai giovani (Stead & Lancaster, 2005)

La revisione include 35 studi; 24 studi sono stati condotti in Nord America, 8 in Australia e 3 in Europa. Solo 14/35 studi avevano un gruppo di controllo. Gli studi inclusi consideravano varie tecniche (multe, controllo della comunità, campagne di persuasione, etc.) tutte.

L. Amato -Efficacia dei trattamenti di prevenzione mirate a migliorare il rispetto delle leggi che limitano l'accesso dei giovani alla vendita al dettaglio di tabacco

Risultati

Fornire informazioni ai venditori risulta meno efficace rispetto a strategie che utilizzano tecniche di rinforzo attivo o strategie educative con multicomponenti. Nessun intervento otteneva una *compliance* alta. In tre RCT si osservava un piccolo effetto dell'intervento sulla percezione dei giovani rispetto alla compra di prodotti contenenti tabacco o alla prevalenza di fumatori giovani. In conclusione, la collaborazione dei tabaccaj è potenzialmente molto utile per diminuire il numero di nuovi fumatori tra i giovani, ma pochi degli interventi considerati nella revisione riescono ad ottenere questa collaborazione. Ciò probabilmente spiega i pochi risultati positivi degli studi inclusi in questa revisione.

Impatto delle campagne pubblicitarie relative al tabacco sull'aumento del numero di fumatori tra gli adolescenti (Lovato et al., 2011)

La revisione include 19 studi, con un totale di più di 29.000 non fumatori considerati; 11 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Europa e 2 in Australia. Gli studi valutavano l'impatto delle campagne pubblicitarie sulla modificazione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti.

Risultati

In 18/19 studi longitudinali inclusi i risultati evidenziavano che l'essere esposti a campagne pubblicitarie sul tabacco aumenta il rischio di diventare fumatori tra gli adolescenti.

Conclusioni

La ricerca valutativa in questo campo è molto sviluppata, anche se soprattutto negli USA, dove sono stati condotti molti degli studi inclusi nelle revisioni. Recentemente anche in Europa si stanno conducendo studi di intervento e valutazione. La qualità metodologica degli studi pubblicati è spesso bassa e i programmi valutati sono estremamente eterogenei. Gli interventi studiati nelle 14 revisioni sono molto vari e pertanto è difficile trarre conclusioni sintetiche. In generale, si può comunque affermare che gli interventi di prevenzione più efficaci sono quelli effettuati nelle scuole, mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali, che utilizzano tecniche interattive e sono effettuati dagli insegnanti o dai pari. Gli interventi basati sull'acquisizione di conoscenze sono poco efficaci. Altre modalità di intervento andrebbero opportunamente valutate prima di essere utilizzate o raccomandate su larga scala.

Bibliografia

- Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 10(11): CD001006, 2010
- Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 6(7): CD001291, 2011
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union. EMCDDA, Lisbon, 2010
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(2): CD003020, 2005
- Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med.* 46: 385-396, 2008
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 108(1-2): 54-64, 2010
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 11(5): CD009113, 2011a
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 7(9): CD009307, 2011b
- Foxcroft DR (c), Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 7(9): CD009308, 2011c
- Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD005030, 2006
- Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. *Arch Gen Psychiatry.* 43(8): 74654, 1986
- Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA.* 282: 1314-6, 1999
- Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev.* 5(10): CD003439, 2011
- Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database Syst Rev.* 8(3):CD006748, 2009
- Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Educ Res.* 22(2): 177-191, 2007
- Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 8(4): CD001746, 2008
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD001497, 2005
- Thomas RE, Perera R. Schoolbased programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 19(3): CD001293, 2006

Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 24(1): CD004493, 2007

Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database Syst Rev.* 9(11): CD007381, 2011

Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a metaanalysis of the research. *J Prim Prev.* 18(1): 71-128, 1997

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Strike AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev.* 20(4): 275-336, 2000

Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR, EU-Dap Study Group. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap schoolbased prevention trial. *J Epidemiol Community Health.* 63(9): 722-728, 2009

Zinberg N. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use.* Yale University Press, New Haven, 1984

