



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health
Organization**



International Standards on Drug Use Prevention

Second updated edition

Standard internazionali sulla prevenzione dell'uso di sostanze

**Seconda edizione
aggiornata**

Traduzione non ufficiale della versione PRECEDENTE alla STAMPA e alla PUBBLICAZIONE.

Traduzione per la versione italiana a cura di Federico Berretta, laureando in teorie e tecniche della mediazione interlinguistica presso il Dipartimento di Lingue e Culture Moderne dell'Università degli Studi di Genova, Tesi di laurea, A.A. 2017/18. Relatrice di tesi Professoressa Luisa Bertolotto.

Revisione della traduzione per la versione italiana a cura di Rachele Donini, responsabile della struttura semplice "Attività di Prevenzione" del Ser.T. dell'ASL 2 Savonese.

Ringraziamenti

Per l'inestimabile contributo che hanno fornito alla pubblicazione di questi standard, UNODC e OMS vogliono ringraziare:

Il Governo norvegese per aver creduto nel progetto ed averlo supportato, così come il governo sud-coreano per aver fornito risorse supplementari.

Nandi Siegfried, consulente UNODC e OMS; a capo di un team di scienziati specializzati presso il consiglio per la ricerca medica del Sudafrica e Professore associato presso la facoltà di scienze sanitarie University of Cape Town a Città del Capo, Sudafrica, per aver fornito consigli riguardo la metodologia, guidato ed offerto continui suggerimenti metodologici durante il processo di sviluppo del documento.

Hannah Heikkila, in primo luogo, in quanto responsabile UNODC per aver coordinato il processo di sviluppo del progetto, compreso il meeting di esperti tenutosi nel giugno 2017, e in secondo luogo in qualità di consulente UNODC per aver verificato la documentazione ed estrapolato i dati.

Elena Gomes de Matos, e Ludwig Kraus, consulenti UNODC per aver effettuato la ricerca e la selezione di dati e delle prove scientifiche.

Shima Shakory-Bakhtiar, stagista UNODC, per aver contribuito alla ricerca e selezione dei dati e delle prove scientifiche.

I consulenti ed i membri di OMS, compresi i membri del Gruppo direttivo UNODC e OMS per aver revisionato gli standard internazionali sulla prevenzione dell'uso di sostanze e per aver fornito assistenza nella metodologia di sviluppo di questa seconda edizione. Valentina Baltag, Faten Ben Abdel Aziz, Dzmitry Krupchanka, Susan Norris e Vladimir Poznyak per il continuo processo di revisione e definizione del documento.

Il Gruppo di esperti sugli standard di prevenzione (in ordine alfabetico) per aver fornito prove scientifiche di carattere rilevante e consulenza tecnica:

Monique Acho Apie, Costa d'Avorio; Martin Agwogie, Nigeria; Bashir Ahmad Fazly, Repubblica islamica dell'Afghanistan; Gnagne Laurent Armand Akely, Costa d'Avorio; Luis Alfonso, Organizzazione panamericana della sanità (PAHO); Osama Alibrahim, Arabia Saudita; Mohammed Alzahrani, Arabia Saudita; Faysal Alzakri, Arabia Saudita; Atul Ambekar, India; Apinun Aramrattana, Thailandia; Audronė Astrauskienė, Lituania; Inga Bankauskiene, Lituania; Laurent Begue, Francia; Toussaint Bioplou, Costa d'Avorio; Herbert Blah, Costa d'Avorio; Kirsty Blenkins, Regno Unito; Guilherme Borges, Messico; Helena Velez Botero, Colombia; Jean Claude Bouabre, Costa d'Avorio; Angelina Brotherhood, Austria; Konan Denis Brou, Costa d'Avorio; Gregor Burkhardt, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT); Rachel Calam, Regno Unito; Eglis Chacón Camero, Venezuela; Patricia Conrod, Canada; Oumar Coulibaly, Costa d'Avorio; William Crano, Stati Uniti d'America; Bethany Deeds, Stati Uniti d'America; Nagazanga Dembele, Mali; Konan Martin Diby, Costa d'Avorio; Fulgence Dieket, Costa d'Avorio; Ken Douglas, Trinidad e Tobago; Aziz El Bouri, Marocco; Roberto Enríquez, Ecuador; María José Escobar, Ecuador; Evgenija Fadeeva, Russia; Eugenia Fadeeva, Russia; Fabrizio Faggiano, Italia; Jenny Fagua, Colombia; Veronica Felipe, Piano Colombo; Ana Lucia Ferraz Amstalden, Brasile; Valentina Forastieri, Organizzazione internazionale del lavoro (OIL); David Foxcroft, Regno Unito; Maria Friedrich, Germania; Nikoleta Georgala, Grecia; Lilian

Ghandour, Libano; Sheila Giardini Murta, Brasile; Mairalisa Gonzalez, Guatemala; Aleksandrivna Grigoreva, Russia; Victor Manuel Guisa Cruz, Messico; Nadine Harker, Sudafrica; Mehedi Hasa, Bangladesh; Diané Hassane, Costa d'Avorio; Rebekah Hersch, Stati Uniti d'America; Alexandra Hill, CICAD; Hla Htay, Birmania; Ahmad Khalid Humayuni, Repubblica islamica dell' Afghanistan; Jadranka Ivandić Zimić, Croazia; Johan Jongbloet, Belgio; Brou Kadja, Costa d'Avorio; Valda Karnickaite, Lituania; Anand Katoch, India; Shep Kellam, Stati Uniti d'America; Susan Atieno Maua Khan, Kenya; Mathew Kiefer, Lions Quest; Trésor Koffi, Costa d'Avorio; Tamás Koós, Ungheria; Matej Kosir, Slovenia; Serge Kouakou, Costa d' Avorio; Annick Patricia Kouame, Costa d'Avorio; Yap Ronsard Odonkor Kouma, Costa d' Avorio; Valentina Kranzelic, Croazia; Mamadou Krouma, Costa d'Avorio; Karol Kumpfer, Stati Uniti d'America; Marie-Leonard Lebry, Costa d'Avorio; Jeff Lee, ISSUP (Scuola Internazionale di Studi per la Pace Universale); Youngfeng Liu, UNESCO; Jacqueline Lloyd, Stati Uniti d'America; Artur Malczewski, Polonia; Gegham Manukyan, Armenia; Alejandro Marín, Colombia; Efrén Martínez, Colombia; Maria Jose Martinez Ruiz, Messico; Hasmik Martirosyan, Armenia; Samra Mazhar, Pakistan; Jorge Mc Douall, Colombia; Ghazala Meenai, India; Juliana Mejia Trujillo, Colombia; Jiang Meng, Cina; Carine Mutatayi, Francia; Nanda Myo Aung Wan, Birmania; Badou Roger N'guessan, Costa d'Avorio; Joseph Nii Oroe Dodoo, Ghana; Mahamadou O Maiga, Mali; Michael O'Toole, Regno Unito; Isidor Obot, Nigeria; Jane Marie Ongolo, Unione africana; Camila Patiño, Colombia; Zachary Patterson, Canada; Augusto Pérez, Colombia; Elyvenson Plaza, Filippine; Radu Pop, Romania; Bushra Razaq, Pakistan; Gladys Rosales, Filippine; Ingeborg Rossow, Norvegia; Achilleas Roussos, Grecia; Bosco Rowland, Australia; Fernando Salazar, Peru; Teresa Salvador, Unione europea; Teresa Salvador-Llivina, COPOLAD; Daniela R. Schneider, Brasile; Orlando Scopetta, Colombia; Orit Shaphiro, Israele; Abdul Rahman Ahmed Jassem Shweyter, Bahrain; Nandi Siegfried, Sudafrica; Oumar Silue, Costa d'Avorio; Zili Sloboda, Stati Uniti d'America; Raul António Soares de Melo, Portogallo; Triin Sökk, Estonia; Richard Spoth, Regno Unito; Karin Streiman, Estonia; Carla Suárez Jurado, Ecuador; Harry Sumnall, Regno Unito; Abdelhamid Syambouli, Marocco; Sanela Talic, Slovenia; Lacina Tall, Costa d'Avorio; Sue Thau, CADCA; Myint Thein, Birmania; Diego Tipán, Ecuador; Rokia Top Toure, Costa d'Avorio; Francis Kofi Torkornoo, Ghana; John Toumborou, Australia; Sandra Valantiejiene, Lituania; Peer Van Der Kreeft, Belgio; Zila van der Meer Sanchez, Brasile; Evelyn Yang, CADCA; Veliyev Yusup, Turkmenistan; Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Lituania.

Il personale delle sezioni di prevenzione, terapia e riabilitazione ed in particolar modo Elizabeth Mattfeld e Wadih Maalouf, per aver fornito un contributo sostanziale, consiglio e supporto, sotto la guida complessiva e la direzione del Dottor Gilberto Gerra, direttore del settore salute e di prevenzione dell'uso di sostanze; oltre che il personale UNODC negli uffici presso le sedi decentrate per aver agevolato i contatti con i governi e gli esperti di tutto il mondo.

Heeyoung Park, esperto associato, per aver partecipato nella selezione e valutazione della documentazione oltre ad aver sintetizzato i dati ed elaborato le parti del documento.

Asma Fakhri, responsabile del programma delle sezioni di prevenzione, terapia e riabilitazione per aver coordinato le procedure, valutato la documentazione, partecipato alla sintesi dei dati e all'elaborazione del documento.

Giovanna Campello, attualmente responsabile delle sezioni di prevenzione, terapia e riabilitazione per aver diretto le procedure, elaborato il documento ed averlo messo a punto.

Indice

INTRODUZIONE	1
1.LA PREVENZIONE RIGUARDA LO SVILUPPO SANO E SICURO DEL BAMBINO	2
2.PREVENZIONE DELL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	3
3.SCIENZA DELLA PREVENZIONE	4
4. GLI STANDARD INTERNAZIONALI.....	6
<i>Il processo di aggiornamento degli standard internazionali</i>	6
<i>Limitazioni</i>	8
<i>Il documento</i>	9
I.POLITICHE ED INTERVENTI PER LA PREVENZIONE DELL'USO DI SOSTANZE.....	11
1.FASE NEONATALE E PRIMA INFANZIA.....	11
<i>Visite pre-parto e della fase neonatale</i>	11
<i>Interventi sulle donne incinte</i>	12
<i>Educazione nella prima infanzia</i>	14
2.INFANZIA	16
<i>Programmi sulle capacità genitoriali</i>	16
<i>Educazione alle abilità personali e relazionali</i>	19
<i>Programmi di miglioramento del gruppo classe</i>	21
<i>Politiche per il mantenimento dei bambini a scuola</i>	22
<i>Affrontare i problemi di salute mentale</i>	23
3.PRIMA ADOLESCENZA.....	25
<i>Prevenzione basata sull'educazione alle competenze ed influenze sociali</i>	25
<i>Politiche scolastiche sul consumo di sostanze</i>	28
<i>Programmi scolastici per rafforzare l'attaccamento alla scuola</i>	30
<i>Affrontare le vulnerabilità psicologiche individuali</i>	31
<i>Mentoring</i>	32
4.ADOLESCENZA E MAGGIORE ETÀ.....	34
<i>Intervento breve</i>	34

<i>Programmi di prevenzione sul posto di lavoro</i>	37
<i>Politiche sul tabacco</i>	39
<i>Politiche sull'alcol</i>	40
<i>Iniziative multicomponenti basate sulla comunità</i>	41
<i>Campagne mediatiche</i>	43
<i>Luoghi di intrattenimento</i>	44
II.AMBITI DI PREVENZIONE CHE RICHIEDONO ULTERIORI RICERCHE	46
<i>Attività dopo-scuola, sport e altre attività ricreative strutturate</i>	46
<i>Prevenzione del consumo non medico di farmaci</i>	47
<i>Politiche ed interventi rivolti a bambini e giovani particolarmente a rischio</i>	48
<i>Prevenzione dell'uso di nuove sostanze psicoattive non controllate dalle Convenzioni</i>	48
<i>L'influenza dei media</i>	49
III. CARATTERISTICHE DI UN SISTEMA DI PREVENZIONE EFFICACE	50
1. INSIEME DI INTERVENTI E POLITICHE BASATE SULL'EVIDENZA	50
2. POLITICHE DI SUPPORTO E QUADRO NORMATIVO	51
3. UNA BASE ROBUSTA DI RICERCA ED EVIDENZA SCIENTIFICA	53
<i>Programmazione basata sulle evidenze</i>	53
<i>Ricerca e programmazione</i>	54
4. DIVERSI SETTORI COINVOLTI A DIVERSI LIVELLI	56
5. UNA SOLIDA INFRASTRUTTURA NEL SISTEMA DI IMPLEMENTAZIONE	57
6. SOSTENIBILITÀ	58

Introduzione

La prima edizione di questi standard è stata pubblicata nel 2013 al fine di riassumere le evidenze a livello mondiale relativamente alla prevenzione dell'uso di sostanze con l'intento di individuare strategie efficaci che permettano ai bambini ed ai giovani, specialmente coloro che si trovano in situazioni di emarginazione e di povertà, di crescere e vivere in modo sano e sicuro fino alla maggiore età e vecchiaia.

Gli Stati Membri ed altri stakeholders nazionali ed internazionali hanno preso atto del valore di questo strumento, riconoscendo più volte negli Standard una base importante per migliorare la copertura e la qualità della prevenzione basata su evidenze di efficacia¹, inoltre, nel 2015, gli Stati Membri e le Nazioni Unite si sono impegnati a portare a termine entro il 2030 progetti ad ampio raggio riguardo obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS) e il Target 3.5 vuole rinforzare la prevenzione e la cura dell'abuso di sostanze. Nell'aprile 2016, la sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sul problema riguardante la droga a livello mondiale ha dato il via ad una nuova era affrontando l'utilizzo di sostanze stupefacenti e dei disturbi ad esse correlati attraverso un approccio di sistema equo e centrato sulla salute.

Nell'ambito della rinnovata attenzione alla salute e al benessere delle persone, UNODC e OMS sono lieti di collaborare e presentare questa seconda versione aggiornata degli Standard. Così come nella prima edizione, gli Standard riassumono le attuali evidenze scientifiche sulla base di una panoramica delle recenti revisioni sistematiche, e descrivono gli interventi e le politiche che hanno dimostrato di migliorare i risultati nella prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Inoltre, gli Standard identificano le componenti e gli elementi principali di un sistema di prevenzione nazionale efficace. Questo lavoro si basa, riconosce ed è complementare a quello di tante altre organizzazioni (come ad esempio EMCDDA, CCSA, CICAD, CP, NIDA) che hanno sviluppato altri standard e linee guida riguardanti vari aspetti della prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti.

Ci auguriamo che gli Standard continuino a guidare i responsabili politici e altri stakeholder nazionali interessati in tutto il mondo a sviluppare programmi,

¹ Il Joint Ministerial Statement on the mid-term review of the implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action; CND Resolution 57/3 - Promoting prevention of drug abuse based on scientific evidence as an investment in the well-being of children, adolescents, youth, families and communities; CND Resolution 58/3 - Promoting the protection of children and young people, with particular reference to the illicit sale and purchase of internationally or nationally controlled substances and of new psychoactive substances via the Internet; CND Resolution 58/7 - Strengthening cooperation with the scientific community, including academia, and promoting scientific research in drug demand and supply reduction policies in order to find effective solutions to various aspects of the world drug problem; CND Resolution 59/6 - Promoting prevention strategies and policies; Outcome Document of UNGASS 2016 on the World Drug Problem.

politiche e sistemi che siano un investimento efficace per il futuro dei bambini, dei giovani, delle famiglie e delle comunità.

1. La prevenzione riguarda lo sviluppo sano e sicuro del bambino

Sebbene l'obiettivo principale degli Standard sia la prevenzione dell'uso di stupefacenti, l'approccio di questo documento è olistico e tiene conto anche del consumo di altre sostanze psicoattive. Per quanto riguarda la terminologia utilizzata negli Standard, il lettore deve tenere conto che l'espressione "uso di stupefacenti" fa riferimento al consumo di sostanze psicoattive fuori dall'ambito legittimo di scopi medici o scientifici in linea con le tre Convenzioni internazionali². L'espressione "uso di sostanze" fa riferimento all'uso non controllato di sostanze psicoattive, incluso l'uso pericoloso e dannoso delle stesse. Oltre a queste ultime si fa riferimento al consumo di tabacco, alcol, uso di inalanti e di nuove sostanze psicoattive, i cosiddetti "euforizzanti legali" o "smart drugs".

Ai fini del presente documento, abbiamo considerato come obiettivo principale della prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive il seguente: aiutare le persone, in particolare ma non esclusivamente i giovani, ad evitare o posticipare l'uso di sostanze psicoattive, o se hanno già iniziato, impedire l'insorgenza di disturbi causati dal consumo delle stesse (uso dannoso o dipendenza).

Lo scopo generale della prevenzione dell'uso di sostanze, tuttavia, è molto più ampio e consiste nel garantire lo sviluppo sano e sicuro del bambino e del ragazzo per realizzare i propri talenti e potenzialità diventando membri attivi della comunità e della società a cui si appartiene. Una prevenzione efficace contribuisce significativamente alla partecipazione attiva del bambino, giovane o adulto nella propria famiglia, scuola, posto di lavoro o comunità.

La scienza della prevenzione negli ultimi 20 anni ha fatto enormi passi avanti. In conseguenza di ciò, i professionisti del settore ed i responsabili politici hanno

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), www.emcdda.europa.eu; Canadian Centre on Substance use (CCSA), www.ccsa.ca/Eng/; Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) at the Organization of the American States, http://cicad.oas.org/main/default_eng.asp; the Colombo Plan for Cooperative Economic and Social Development in Asia and the Pacific <http://www.colombo-plan.org/>; National Institute on Drug Abuse (NIDA), www.drugabuse.gov/.

³ Single Convention on Narcotic Drugs of 1954 as amended by the 1972 Protocol; Convention on Psychotropic Substances of 1971; and United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

una comprensione più completa di ciò che rende gli individui vulnerabili al primo consumo di sostanze sia a livello individuale che ambientale. È molto più chiaro anche il processo di sviluppo dei disturbi.

Tra i principali fattori che contribuiscono all'incremento della vulnerabilità individuale c'è la mancanza di conoscenza sulle sostanze e sulle conseguenze del loro consumo. Tra gli altri fattori di vulnerabilità troviamo: la predisposizione genetica, i tratti della personalità (es. impulsività, "sensation seeking") la presenza di disturbi mentali o comportamentali, il maltrattamento, la trascuratezza e l'abuso familiare, lo scarso impegno a scuola e nella comunità, le norme sociali ed ambientali che conducono al consumo di sostanze (compresa l'influenza dei media), e la crescita in comunità povere e marginali. Al contrario il benessere psicologico ed emotivo, le competenze personali e sociali, un forte impegno nella cura e la presenza di genitori competenti, l'attaccamento a scuole e comunità ben organizzate e con buone risorse sono tutti fattori che contribuiscono alla riduzione delle vulnerabilità di fronte al consumo di sostanze e ad altri comportamenti rischiosi.

Alcuni dei fattori che rendono le persone vulnerabili (o al contrario, resilienti) al primo consumo di sostanze differiscono a seconda dell'età. Le capacità genitoriali e l'attaccamento alla scuola sono i fattori di vulnerabilità e resilienza più frequenti nella fase neonatale, nell'infanzia e nella prima adolescenza. Negli stadi successivi della crescita, le scuole, i posti di lavoro, i luoghi di svago e i mezzi di informazione sono i contesti che potrebbero contribuire a rendere l'individuo più o meno vulnerabile ai comportamenti a rischio e al consumo di stupefacenti.

Inutile dire che i giovani emarginati che vivono in comunità povere, frequentano poco la scuola e che dispongono di uno scarso o inesistente supporto familiare, sono maggiormente a rischio. Così come bambini, individui ed intere comunità devastati dalla guerra o da disastri naturali.

È importante sottolineare che i fattori di vulnerabilità sopra citati sono molto al di là del controllo individuale (nessuno sceglie di essere abbandonato dai propri genitori!) e sono collegati a numerosi comportamenti a rischio e alle condizioni di salute correlate, quali l'abbandono scolastico, l'aggressività, la delinquenza, la violenza, i rapporti sessuali a rischio, la depressione ed il suicidio. Non sorprende, dunque, se molti degli interventi e delle politiche per la prevenzione dell'uso di sostanze prevengano anche altri comportamenti a rischio.

2. Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive

Come richiesto dalle tre Convenzioni internazionali esistenti, nel caso di uso controllato di stupefacenti, la prevenzione è una delle componenti fondamentali

di un sistema centrato sulla salute per affrontare l'uso non medico di queste sostanze. Il presente documento si concentra sia sulla prevenzione del primo consumo di stupefacenti che sul passaggio ai disturbi da uso di sostanze. Questi Standard non affrontano interventi di prevenzione secondaria o terziaria, comprese la terapia per i disturbi causati dal consumo di sostanze e la prevenzione delle ripercussioni sulla salute e sulla società causate dal consumo di sostanze e dai disturbi che ne derivano. Gli Standard non affrontano le iniziative delle forze dell'ordine per il controllo degli stupefacenti.

Si sottolinea che nessun intervento di prevenzione, politica o sistema efficace si sviluppa o si applica da sé, o in modo isolato. Un sistema di prevenzione efficace a livello locale o nazionale è inquadrato ed integrato nel contesto di un più ampio sistema equo e centrato sulla salute riferito alle sostanze e comprendente le norme legali, la riduzione dell'offerta, la cura dei disturbi da uso di sostanze e la riduzione dei rischi associati al consumo (es. prevenzione contro l'HIV, l'overdose, ecc.). L'obiettivo principale di un tale sistema, equo e centrato sulla salute, dovrebbe consistere nell'assicurare l'accesso controllato alle sostanze a fini medico-scientifici e al contempo prevenirne l'uso non medico e ricreativo.

Mentre l'obiettivo principale degli Standard è la prevenzione dell'uso di stupefacenti regolati dalle tre Convenzioni internazionali (compreso l'uso non autorizzato di sostanze da prescrizione medica), il documento attinge dall'evidenza e dall'esperienza accumulata nel campo della prevenzione di altre sostanze psicoattive quali tabacco, alcol e inalatori. Inoltre, l'uso di sostanze psicoattive non controllate ha un impatto significativamente negativo sulla salute della popolazione. Il consumo di tabacco e alcol, infatti, risulta avere un carico di morbilità maggiore rispetto a quello attribuibile al consumo di sostanze controllate. Gli inalanti sono estremamente tossici e hanno conseguenze devastanti per il funzionamento e lo sviluppo psicosociale, per questo è urgente che gli sforzi siano mirati a prevenirne il primo consumo. Peraltro, nel caso di bambini o adolescenti, il cervello è ancora in fase di sviluppo e quanto prima cominciano a fare uso di una qualsiasi sostanza psicoattiva tanto è più facile poi, nell'arco della loro vita, sviluppare disturbi da uso di sostanze. Ultimi ma non meno importanti sono la dipendenza da nicotina e i disturbi causati dall'alcol, i quali, molto spesso sono associati al consumo di stupefacenti e ai disturbi che ne derivano.

3. Scienza della prevenzione

Grazie alla scienza della prevenzione siamo a conoscenza di cosa è efficace o meno nella prevenzione del consumo di sostanze. Lo scopo di questo documento è quello di organizzare le scoperte di questi anni di ricerca in una modalità che migliori le abilità dei responsabili politici a prendere decisioni

basate sull'evidenza e sulla scienza. È importante sottolineare che molti dei limiti della scienza che erano stati identificati nella prima edizione degli Standard, sono sfortunatamente ancora presenti.

Buona parte della scienza della prevenzione proviene da pochi paesi ad alto reddito nel Nord America, Europa e Oceania. Ci sono pochi studi provenienti da altre realtà culturali o provenienti da paesi di medio-basso reddito. Inoltre, la maggior parte degli studi riguardano l'“efficacia potenziale” ed esaminano l'impatto degli interventi in piccoli contesti controllati e con buone risorse. Sono pochi gli studi che hanno esplorato l'efficacia reale degli interventi in ambiti di “quotidianità”. In aggiunta, c'è un numero limitato di studi che evidenziano se gli interventi e le scelte di politica preventiva hanno un buon rapporto costo-benefici-efficacia (piuttosto che solo efficienti). Infine, pochi studi riportano dati disaggregati per sesso.

Un'altra sfida consiste nel fatto che spesso gli studi sono insufficienti per poter identificare chiaramente gli “ingredienti attivi”, vale a dire la componente o le componenti che sono veramente necessarie agli interventi e le politiche per far sì che siano efficaci, anche nei confronti dell'implementazione delle strategie e degli interventi (chi li realizza meglio? Quali qualità e che tipo di formazione sono necessari? Quali metodi devono essere impiegati? ecc.)

Infine, come in tutte le scienze mediche, sociali o comportamentali il bias da pubblicazione è un problema anche nella ricerca sulla prevenzione. Gli studi che riportano nuove scoperte positive hanno maggiori probabilità di essere pubblicati rispetto agli studi che riportano scoperte negative. Vale a dire che la nostra analisi rischia di sopravvalutare l'efficacia e l'efficienza delle politiche e degli interventi per la prevenzione del consumo di sostanze.

A livello globale, c'è un forte ed urgente bisogno di sostenere la ricerca nel campo della prevenzione del consumo di sostanze. Supportare gli sforzi nella ricerca sulla prevenzione è cruciale nei paesi a medio-basso reddito, ma in tutti i paesi i sistemi di prevenzione nazionale dovrebbero investire significativamente in valutazioni rigorose dei loro programmi e delle loro politiche, al fine di contribuire ad aumentare la conoscenza di base a livello globale.

Che cosa si può fare nel frattempo? I responsabili politici dovrebbero aspettare che il gap si colmi prima di implementare nuove iniziative sulla prevenzione? Al momento che cosa si può fare per prevenire il consumo di sostanze stupefacenti e altre sostanze psicoattive, e assicurare ai bambini ed ai giovani un percorso di crescita sano e sicuro?

Il gap nella scienza dovrebbero renderci cauti, ma non scoraggiarci dall'agire. Un approccio di prevenzione che ha dimostrato di funzionare in una parte del pianeta è probabilmente un miglior candidato al successo di un approccio che è stato creato localmente solo basandosi sulle supposizioni e sulla buona volontà. Questo è il caso particolare degli interventi e delle politiche che si indirizzano alle vulnerabilità, le quali sono significative a tutte le culture (ad es. la negligenza genitoriale). Inoltre, gli approcci che hanno fallito o che hanno prodotto effetti indesiderati in alcuni paesi sono i primi candidati al fallimento

altrove. I professionisti della prevenzione, i responsabili politici e i membri della comunità coinvolti nella prevenzione dell'uso di sostanze hanno la responsabilità di prendere in considerazione le esperienze passate.

Quello di cui disponiamo è l'indicazione per la strada giusta. Usando queste conoscenze e migliorandole con ricerche e valutazioni, possiamo promuovere lo sviluppo dei sistemi di prevenzione nazionale che sono fondati sull'evidenza scientifica e che supporteranno i bambini, gli adolescenti e gli adulti in diversi contesti a condurre stili di vita positivi, sani e sicuri.

4. Gli Standard internazionali

Il presente documento descrive gli interventi e le politiche che sono stati valutati come efficaci dall'evidenza scientifica al fine di prevenire il consumo di sostanze, perciò, potrebbe porre le basi per un sistema nazionale incentrato sulla salute volto alla prevenzione del consumo di sostanze.

Per ragioni di semplicità, in tutto il documento gli sforzi riguardanti la prevenzione del consumo di sostanze si riferiscono sia agli interventi che alle politiche adottate. Con intervento si intende un gruppo di attività specifiche. Potrebbe essere un programma rivolto ad un contesto specifico realizzato contemporaneamente alle attività svolte in quel contesto (ad esempio, le sessioni scolastiche di educazione alla prevenzione dell'uso di sostanze). Tuttavia, le stesse attività possono anche essere realizzate come parte del normale percorso scolastico (ad esempio sessioni educative di prevenzione dell'uso di sostanze come parte integrante del normale programma di promozione della salute). Normalmente, l'evidenza a favore degli interventi deriva da una valutazione di programmi specifici, che spesso, per ogni intervento, risultano essere numerosi. Ad esempio, ci sono svariati programmi che si rivolgono alla prevenzione dell'uso di sostanze attraverso il miglioramento delle capacità genitoriali (come ad esempio 'Strengthening Families Program', 'Triple-P', 'Incredible Years', ecc.). Questi sono programmi differenti che applicano lo stesso tipo di intervento (formazione per migliorare le capacità genitoriali). Con politiche si intende un approccio normativo sia nei confronti del contesto sia nei confronti della popolazione in generale. Alcuni esempi possono essere le politiche riguardanti il consumo di sostanze all'interno delle scuole o sul posto di lavoro o le restrizioni e i divieti generali sulla pubblicità del tabacco o dell'alcol. Infine, a scopo di sintesi e per evitare ripetizioni, a volte gli Standard usano il termine "strategie" per riferirsi sia agli interventi che alle politiche (vale a dire che una strategia può essere o un intervento o una politica).

Gli Standard forniscono anche un'indicazione di come ogni strategia dovrebbe essere implementata, ovvero con le stesse caratteristiche con le quali è stata

classificata come efficace. Infine, il documento tratta di come gli interventi e le politiche dovrebbero esistere nel contesto dei sistemi di prevenzione nazionale, i quali dovrebbero supportarne e sostenerne lo sviluppo e l'implementazione e monitorarne e valutarne i risultati secondo i dati e le evidenze.

Il processo di aggiornamento degli Standard internazionali

Il documento è stato creato e pubblicato da UNODC e ONU in collaborazione con un gruppo internazionale rappresentativo di 143 ricercatori, decisori politici, operatori, rappresentanti di organizzazioni non governative ed internazionali provenienti da 47 paesi. La maggior parte dei membri di questo gruppo di esperti sono stati nominati dagli Stati Membri ed invitati a partecipare al processo. Inoltre, alcuni sono stati in parte individuati da UNODC in merito alle loro attività e ricerche nel campo della prevenzione dell'uso di sostanze.

A tutti i membri del gruppo è stato chiesto di fornire un contributo sia riguardo la metodologia dell'aggiornamento degli Standard, sia riguardo gli studi che potrebbero essere di interesse per ogni lingua. Inoltre, un gruppo di membri che si sono dimostrati più partecipi si è incontrato nel giugno 2017 a Vienna, in Austria per concordare la metodologia di revisione degli Standard. La metodologia è stata successivamente messa a punto da UNODC e ONU e allegata come: "Appendix II Protocol for the overview of systematic reviews on interventions to prevent drug use for the second updated edition of the International Standards on Drug Use Prevention".

L'evidenza che costituisce il nucleo di questo aggiornamento è stata identificata attraverso una panoramica delle revisioni sistematiche pubblicata tra giugno 2012 e gennaio 2018, in base agli esiti principali riguardanti la prevenzione delle sostanze. Gli esiti principali relativi alla prevenzione del consumo di sostanze sono stati definiti come "iniziazione all'uso di sostanze", "prosecuzione dell'uso di sostanze" e "disturbi da uso continuativo di sostanze".

Lo scopo della ricerca era quello di identificare le revisioni sistematiche delle evidenze, studiando l'efficacia degli interventi e/o delle politiche riguardo la prevenzione dell'uso di sostanze (principali esiti di prevenzione).

I risultati secondari della prevenzione (noti anche come fattori di mediazione o risultati intermedi) non sono stati inclusi nella strategia di ricerca iniziale ma vennero presi in considerazione durante la consultazione con gli esperti, durante la quale si eseguì un controllo e un'estrazione manuale dei dati trattati dalla documentazione. Altri riferimenti alla documentazione e relativi ai risultati di prevenzione secondari sono stati identificati durante lo sviluppo della prima edizione degli Standard, in base al parere degli esperti.

La ricerca ha individuato più di 28.800 articoli che sono stati controllati e ridotti di numero, prima sulla base del titolo e poi dell'abstract.

Tale ricerca è stata integrata dagli studi individuati dai membri del gruppo di esperti, e dalle ricerche manuali dei database di Cochrane e Campbell. Tali

ricerche manuali esaminarono sia i risultati principali della prevenzione dell'uso di sostanze sia, nel caso delle strategie per i bambini (al di sotto dei 10 anni), i risultati secondari cioè i fattori di mediazione o esiti intermedi della prevenzione del consumo di sostanze.

Per essere inclusi nel processo di estrazione dei dati, gli studi dovevano essere revisioni sistematiche di studi principali (con o senza meta-analisi), incentrati in particolare sugli interventi e sulle politiche relative all'uso di sostanze i cui obiettivi sono quelli di raggiungere risultati in termini di prevenzione dell'uso di sostanze, o, se rivolte ai bambini al di sotto dei 10 anni, di raggiungere risultati in termini di fattori di mediazione correlati alle sostanze stesse.

Pertanto nei documenti che seguono sono stati esclusi: gli studi epidemiologici che riguardano la prevalenza, l'incidenza, la vulnerabilità e la resilienza collegate all'uso di sostanze; gli studi riguardanti le strategie terapeutiche o gli studi specializzati unicamente nella prevenzione delle conseguenze sociali e di salute che il consumo di stupefacenti ed i disturbi correlati ad essi comportano; gli studi primari; le revisioni di revisioni; gli studi sull' implementazione della prevenzione e/o del sistema di prevenzione.

A seguito di una prima selezione basata sia sugli abstract che sui testi integrali, 392 studi sono stati nuovamente riesaminati a fini della loro eventuale inclusione. La lista completa dei 392 documenti è presente nell' Appendix I. 202 studi sono stati considerati eleggibili e sono stati valutati per il rischio che venga meno l'imparzialità/ per il rischio di bias attraverso lo strumento Systematic Reviews (ROBIS)³. I dati sono stati estratti solamente dalle valutazioni riportanti un basso rischio di distorsione (71 di esse). L'Appendix I contiene una lista separata di queste valutazioni mentre il diagramma di flusso del processo di valutazione è presentato nell'Appendix III.

Inoltre, queste 71 revisioni sono state integrate con le revisioni provenienti dalla prima versione degli standard, posto che non c'erano altri studi equivalenti più recenti individuati dalla ricerca attuale. La tavola con i dati raccolti ("Appendix IV Summary of Results") ha riportato tutte le conclusioni raccolte negli studi ed è servita come base per l'aggiornamento della sintesi dell'evidenza relativa ad ogni strategia.

Il processo è stato arricchito ulteriormente dall'utilizzo di guide preesistenti dell'OMS, le quali riportano raccomandazioni nell'applicazione di svariati interventi e politiche col fine di prevenire l'uso di sostanze, ma anche altri comportamenti rischiosi (come la violenza) o di promuovere lo sviluppo sano dei bambini e dei giovani. Quando è disponibile, una guida OMS preesistente viene riassunta al di sotto di ogni strategia, subito dopo il riassunto delle evidenze fornite nell'estrazione dei dati.

Sotto ogni strategia, gli Standard, per quanto possibile, forniscono una lista delle caratteristiche delle strategie che sono considerate efficaci o meno.

³ Whiting, P., et al., ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol, 2015.

Queste caratteristiche sono state individuate grazie al parere degli esperti durante lo sviluppo della prima edizione degli Standard e sono state solo parzialmente modificate, secondo i commenti del Gruppo di esperti nella prima stesura di questa seconda versione aggiornata. Il capitolo finale sui sistemi di prevenzione nazionali è stato elaborato anche sulla base delle opinioni degli esperti ed è stato aggiornato sulla base dei commenti forniti dal Gruppo di esperti.

Limitazioni

C'è un numero di limitazioni di cui tener conto nel fare uso di questo documento. Per prima cosa, la strategia di ricerca generale mira a raccogliere le evidenze correlate a quanti più potenziali interventi possibili, anziché incentrarsi sui dettagli di ogni specifico intervento. Pertanto, bisogna aspettarsi che la ricerca sia priva di fonti di documentazione e di importanti dettagli relativi ad interventi specifici, poiché richiederebbe una strategia più dettagliata e restrittiva.

In secondo luogo, la ricerca della documentazione è stata incentrata solamente sugli esiti primari (consumo di sostanze) e non ha valutato sistematicamente prove di esiti secondari (fattori di mediazione della prevenzione). Pertanto, gli Standard non affrontano in modo esauriente il problema dei fattori di mediazione della prevenzione del consumo di sostanze.

Infine, nonostante il rischio di bias sia stato scongiurato grazie all'uso di ROBIS, la classificazione delle prove non è stata effettuata. Analogamente, la analisi degli interventi di altre prospettive rispetto a quella dell'efficacia (es. analisi dei pro e contro, rapporto costo-efficacia, valori e riferimenti, equità, equilibrio di genere, diritti umani ecc.) non è stata effettuata. Dunque, a causa delle sopra citate limitazioni, gli Standard non comprendono raccomandazioni formali. Gli Standard presentano un riassunto dei risultati individuati attraverso la panoramica delle revisioni sistematiche e, dove è stato possibile, sono stati rinforzati da estratti delle linee guida internazionali ai fini di rispondere ad ulteriori domande e presentare più dettagli.

Il documento

Il documento è composto da tre capitoli. Il capitolo I descrive gli interventi e le politiche ritenuti efficaci ed efficienti nella prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e nel consumo di altre sostanze psicoattive.

Gli interventi e le politiche sono raggruppati secondo l'età dei gruppi a cui sono destinati, e rappresentano le fasi di sviluppo principali della vita di un individuo: la gravidanza, la prima infanzia; l'infanzia; la fanciullezza; la prima adolescenza, l'adolescenza e la maggiore età.

Ogni bambino/a è unico/a e il suo sviluppo sarà influenzato anche da fattori socioeconomici e culturali. Ecco perchè le fasce assegnate ai vari periodi non

sono stati definite numericamente. Tuttavia, in qualità di guida generale, e ai fini del documento, ciò che segue deve rifarsi al seguente: la prima infanzia e l'infanzia fanno riferimento ai bambini che ancora non vanno a scuola, dai 0 ai 5 anni; la fanciullezza fa riferimento ai bambini delle scuole elementari, approssimativamente dai 6 ai 10 anni; la prima adolescenza fa riferimento al periodo a cavallo tra le medie e le superiori tra gli 11 e i 14 anni; l'adolescenza fa riferimento al periodo della scuola superiore e comprende i teenager tra i 15 e i 18/19 anni; la maggiore età fa riferimento agli anni che seguono. Nonostante queste fasce non siano state utilizzate negli Standard per ragioni di convenienza, a volte ci si riferisce alla prima maggiore età (periodo universitario tra i 20 e i 25 anni di età) in quanto viene utilizzata in diversi studi.

Alcuni interventi e politiche sono rilevanti per piu' di una fascia di età. In questo caso la descrizione non viene ripetuta bensì vengono inclusi nel periodo in cui sono piu' rilevanti e comprendono riferimenti ad altre fasi di sviluppo nelle quali ci sono anche prove disponibili.

La sezione di ogni strategia comprende, per quanto possibile, i seguenti dettagli: una breve descrizione; le evidenze disponibili; e le caratteristiche che sembrano essere collegate alla sua efficacia o meno.

Breve descrizione: Questa sottosezione descrive brevemente l'intervento o la politica, le sue attività principali e le sue basi teoretiche. In piu' include indicazioni teoriche nei casi in cui la strategia è appropriata per la popolazione in generale (prevenzione universale), o per i gruppi della popolazione con un rischio significativo sopra la norma (prevenzione selettiva), o per gli individui che sono particolarmente a rischio (prevenzione indicata, che comprende anche individui che potrebbero aver cominciato a sperimentare e sono dunque in particolar modo a rischio di una progressione verso i disturbi). In aggiunta, gli Standard spiegano quando la strategia comprende componenti ambientali e/o di sviluppo e/o informative.

Evidenze disponibili: Questo è il nucleo degli Standard. Il testo descrive qual è l'evidenza disponibile e le scoperte riportate in essa. Gli effetti sugli esiti primari (consumo di sostanze) sono riportati per primi, gli effetti degli esiti secondari della prevenzione (fattori di mediazione/ esiti intermedi di prevenzione) sono riportati successivamente e separatamente. Quando disponibili, sono inclusi anche gli effetti collaterali, come previsto negli studi originali, così come i diversi effetti rispetto ai differenti gruppi di destinazione e la sostenibilità degli stessi. La fonte geografica dell'evidenza viene indicata per fornire ai responsabili politici e ai manager dei programmi di prevenzione un'indicazione se una strategia è efficace in altri contesti geografici. Infine, se c'è un'indicazione sull'economicità, anch'essa sarà inclusa in questi paragrafi. Questa parte del testo si basa sugli studi inclusi nell'estrazione dei dati, o presi dalla precedente edizione, come riportato sopra. Un secondo riquadro offre dove possibile, una guida dell'OMS sull'efficacia delle strategie riguardo l'uso di sostanze o altre condizioni sanitarie, così come presentato nei documenti guida a cura dell'OMS.

Le caratteristiche che si ritengono essere o meno associate con l'efficacia e/o l'efficacia clinica: Il documento fornisce anche un'indicazione delle caratteristiche che sono state giudicate come efficaci clinicamente e/o efficaci

dal Gruppo di esperti, o dove possibile, inefficaci o causanti effetti negativi. Queste indicazioni non dovrebbero implicare una relazione causa-effetto. Come già detto, non ci sono abbastanza prove per permettere questo tipo di analisi. Piuttosto, l'intenzione è quella di indicare la direzione che ha più probabilità di successo secondo la ricerca collettiva e l'esperienza pratica del Gruppo di esperti. Tutte le strategie devono essere adottate in un ambiente di ricerca, dove vengono applicati protocolli considerati efficaci nella prevenzione dell'uso di sostanze e dove si affrontano i fattori di vulnerabilità e resilienza.

Il capitolo II descrive brevemente le questioni relative alla prevenzione laddove una ricerca più approfondita è necessaria. Si intendono interventi e politiche per i quali non è stata trovata alcuna evidenza, i problemi del consumo di nuove sostanze ed i gruppi particolarmente vulnerabili. Dove possibile, è presente una breve discussione sulle potenziali strategie a riguardo.

Il terzo ed ultimo capitolo descrive le possibili componenti per un sistema nazionale di prevenzione efficace, basato su interventi e politiche testate sul campo che punta allo sviluppo sano e sicuro dei bambini e dei giovani. Questo è un altro campo dove una ricerca approfondita è fortemente necessaria, siccome le indagini si sono tradizionalmente incentrate sull'efficacia dei singoli interventi e politiche. Come sopra citato, la stesura di questa sezione ha beneficiato dell'esperienza e del consenso del Gruppo di esperti.

I. Politiche ed interventi per la prevenzione delle sostanze stupefacenti

1. Fase neonatale e prima infanzia

Le prime interazioni dei bambini si verificano in famiglia, prima dell'inizio della scuola. Potrebbero sviluppare vulnerabilità se sperimentano interazioni con genitori o tutori che falliscono nel processo educativo e/o scarseggiano in capacità genitoriali e/o soffrono di difficoltà legate a problemi di salute, finanziari o di altro genere (specialmente in un contesto socioeconomico marginale o di situazioni familiari anomale). Tra gli altri fattori, l'assunzione di alcol, nicotina, e sostanze durante la gravidanza influisce negativamente sullo sviluppo embrionale e del feto.

Circostanze simili potrebbero impedire in modo significativo il raggiungimento di un buon sviluppo delle competenze e rendere un bambino vulnerabile e, in futuro, a rischio di disturbi comportamentali. Gli obiettivi chiave dello sviluppo per la prima infanzia sono un attaccamento sicuro ai tutori, capacità linguistiche consone all'età e funzioni esecutive e cognitive come l'autogestione, le abilità e i comportamenti prosociali. L'acquisizione di ciò è migliore se supportata da un contesto familiare e comunitario di sostegno.

Visite preparto e della fase neonatale

Breve descrizione

In questi programmi, un'infermiera specializzata o un assistente sociale visita le future madri e le neomamme per fornire loro supporto nelle capacità genitoriali e in una vasta gamma di questioni (salute, cura della casa, lavoro, legale ecc.). Normalmente, questi programmi non si indirizzano a tutte le donne, ma solo a specifici gruppi che vivono in contesti difficili rispetto al resto della popolazione (strategia selettiva con fini di sviluppo).

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

Nella prima edizione, una revisione ed un controllo sperimentale randomizzato avevano riportato risultati inerenti questo intervento⁴.

Per quanto riguarda gli esiti principali, secondo il controllo sperimentale randomizzato, questi programmi sono in grado di prevenire il consumo di sostanze nel corso del tempo e possono essere economici in termini di risparmio per i costi riguardanti il benessere sociale e le spese mediche future.

Inoltre, una revisione ha riportato scoperte circa alcuni risultati secondari dove i bambini all'interno del programma dimostrano meno probabilità di avere interiorizzato disturbi ed hanno risultati migliori nelle prove di lettura e matematica. Le madri che hanno preso parte al programma hanno riportato anch'esse una minore svalutazione del loro ruolo dovuto al consumo di alcol e sostanze. L'evidenza proviene dagli Stati Uniti.

I programmi di visita preparto e della fase neonatale sono raccomandati dall'OMS per prevenire i maltrattamenti sui bambini⁵.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti

- ✓ Svolti da operatori sanitari qualificati;
- ✓ Visite regolari fino ai due anni di età del bambino, all'inizio ogni due settimane, successivamente ogni mese e poi sempre meno fino alla fine;
- ✓ Abilità genitoriali di base;
- ✓ Supporto alle madri nell'affrontare tutta una serie di questioni socioeconomiche (salute, alloggio, impiego, legale, ecc.).

⁴ Turnbull (2012), with Kitzman (2010) and Olds (2010) reporting on the same trial.

⁵ WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

Interventi nei confronti delle donne incinte

Breve descrizione

La gravidanza e la maternità sono periodi a volte ricchi di cambiamenti stressanti che potrebbero condurre la donna al consumo di sostanze e a disturbi causati dalle stesse.

Il consumo di alcol e sostanze durante la gravidanza pone in un possibile rischio di salute sia la donna incinta che il bambino, anche in assenza di disturbi da uso di sostanze. Tutte le donne incinte dovrebbero dunque essere informate dei potenziali rischi di salute su se stesse e sul proprio bambino. Siccome il consumo di sostanze psicoattive durante la gravidanza è dannoso sia per la madre che per il futuro bambino, la gestione dell'uso di sostanze e la cura delle donne incinte con disturbi da uso di sostanze può e dovrebbe essere un servizio prioritario e deve seguire linee guida cliniche rigorose basate sull'evidenza scientifica. Questa è una strategia indicata e legata allo sviluppo.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione

Nella prima edizione, due revisioni hanno riportato scoperte riguardo questo intervento⁶.

Nessuna revisione ha riportato scoperte riguardanti gli esiti primari.

Per quanto riguarda gli esiti secondari, rivolti alle donne incinta e consistenti in un trattamento integrato basato sull'evidenza, essi possono avere un impatto positivo sullo sviluppo del bambino, sul suo funzionamento emotivo e comportamentale e sulle capacità genitoriali.

Le tempistiche per la sostenibilità di questi risultati e l'origine dell'evidenza non sono noti.

Le linee guida OMS includono le seguenti raccomandazioni riguardo il consumo di sostanze durante la gravidanza:

Consumo di tabacco:

Ad ogni visita prenatale⁷, il personale sanitario dovrebbe chiedere il più presto

⁶ Niccols (2012a) and Niccols (2012b).

⁷ Raccomandazioni OMS per la prevenzione e la gestione del consumo di tabacco e l'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza.

possibile a tutte le donne incinte del loro consumo di tabacco (passato e presente) e dell'esposizione al fumo passivo durante la gravidanza.

Consumo di sostanze:

Ad ogni visita prenatale, il personale sanitario dovrebbe chiedere il piu' presto possibile a tutte le donne incinte del loro consumo di alcol o di altre sostanze (passate e presenti) durante la gravidanza.

Il personale sanitario dovrebbe offrire un breve intervento a tutte le donne incinte che consumano alcol o sostanze.

Il personale sanitario che lavora con le donne incinte o in condizione postpartum con disturbi da alcol o da sostanze dovrebbe fornire una valutazione completa e una cura personalizzata.

Il personale sanitario dovrebbe, alla prima opportunità, avvisare la donna incinta dipendente da alcol o da stupefacenti di cessare il consumo di questi ultimi e offrirle, o informarla, dove è necessario e possibile, sui servizi di disintossicazione sotto una supervisione medica.

Per raccomandazioni piu' dettagliate sulla gestione di particolari casi clinici durante la gravidanza (es. dipendenza da oppiacei, dipendenza da benzodizepina, ecc), il lettore deve rifarsi alle linee guida OMS per l'identificazione e la gestione durante la gravidanza⁸ dell'uso di sostanze e dei disturbi da esse provocati.

Infanzia

Breve descrizione

I programmi di educazione dei bambini sono finalizzati allo sviluppo sociale e cognitivo dei bambini in età prescolare (dai 2 ai 5 anni) provenienti dalle comunità svantaggiate. Esiste dunque un livello di intervento selettivo che tiene conto della fase di sviluppo.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

⁸ WHO (2014), WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

Nella prima edizione due revisioni hanno riportato scoperte riguardanti questo intervento⁹.

Secondo questi studi, offrire servizi di educazione per la prima infanzia ai bambini che stanno crescendo in comunità svantaggiate può ridurre il consumo di marijuana quando avranno 18 anni e può anche diminuire il consumo di tabacco ed altre sostanze (esiti primari).

Per quanto riguarda gli esiti secondari, l'educazione infantile può prevenire altri comportamenti rischiosi ed aiutare la salute mentale, l'inclusione sociale ed il successo scolastico.

Tutte le evidenze provengono dagli Stati Uniti.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Migliorare le abilità cognitive, sociali e linguistiche dei bambini;
- ✓ Sessioni giornaliere;
- ✓ Fornite da insegnanti preparati;
- ✓ Prestare supporto alle famiglie riguardo altre questioni socioeconomiche.

⁹ D'Onise, 2010 and Jones 2006.

2. Prima infanzia

Durante la prima infanzia si passa sempre piu' tempo lontano dalla propria famiglia, solitamente a scuola e con i propri coetanei. La famiglia rimane l'agente chiave di socializzazione. In ogni caso, il ruolo che hanno l'asilo, la scuola, e il gruppo dei coetanei comincia a crescere. A tale proposito, fattori come le norme della comunità, la cultura scolastica, e la qualità dell'istruzione diventano sempre piu' importanti per uno sviluppo sano e sicuro dal punto di vista emozionale, cognitivo e sociale. Il ruolo delle abilità e degli atteggiamenti sociali cresce nella prima infanzia e diventa un fattore protettivo chiave, che impatta anche sul modo in cui il bambino in età scolare affronterà la scuola e leggerà con i propri compagni.

Nella prima infanzia tra i principali obiettivi di sviluppo ci sono il continuo potenziamento delle abilità specifiche di tpo linguistico e di calcolo, il controllo degli impulsi e dell'autocontrollo. Comincia lo sviluppo di un comportamento mirato, così come le capacità decisionali e di risoluzione dei problemi. I disturbi mentali, il cui esordio avviene in questo periodo (disturbi d'ansia, disturbi dell'attenzione, iperattività e disturbi della condotta) potrebbero impedire un sano attaccamento alla scuola, una sana cooperazione con i propri compagni, un sano apprendimento adattivo o il normale autocontrollo. I bambini appartenenti a famiglie disfunzionali, spesso in questo periodo cominciano ad aggregarsi a compagni dai potenziali comportamenti dannosi, mettendosi così maggiormente a rischio.

Programmi sulle capacità genitoriali

Breve descrizione

I programmi sulle capacità genitoriali aiutano i genitori ad essere genitori migliori. Un'educazione calda e premurosa, nella quale i genitori stabiliscono le regole per un comportamento accettabile, monitorano attentamente il tempo libero ed i gruppi di amici, aiutano ad acquisire abilità personali e sociali, e fungono da esempio rappresentano i fattori piu' potenti ed efficaci contro il consumo di sostanze ed altri comportamenti rischiosi. Questi programmi si possono rivolgere anche ai genitori di ragazzi nella prima adolescenza. Siccome le revisioni riguardano tutte le fasce d'età e i principi sono sostanzialmente analoghi, gli interventi verranno discussi solamente in questa parte di testo. Gli interventi possono rivolgersi sia a livello universale che a livello selettivo e riguardano principalmente lo sviluppo.

Evidenze disponibili

Cinque revisioni hanno riportato scoperte riguardo questo intervento, di queste, quattro appartengono alla nuova panoramica di revisioni sistematiche¹⁰.

Per quanto riguarda gli esiti principali, questi studi riportano che i programmi universali basati sulla famiglia possono prevenire nei giovani il consumo di tabacco, alcol, farmaci e sostanze. Statisticamente l'efficacia dell'intervento si rivela generalmente durevole nel medio e lungo termine (piu' di 12 mesi).

I programmi piu' intensivi forniti da un mediatore preparato sembrano essere piu' concretamente efficaci rispetto alle sessioni singole o ai programmi computerizzati. Anche gli interventi specifici di genere che si rivolgono alle madri e alle figlie riportano risultati di efficacia.

L'evidenza riassunta poco sopra deriva da studi effettuati su programmi di prevenzione basati sulla famiglia implementati in Africa, Asia, Medio Oriente, Europa, Australia e America del nord.

Anche i programmi sulle capacità genitoriali sono raccomandati dall'OMS per supportare uno sviluppo positivo, prevenire la violenza giovanile, gestire i disturbi comportamentali nei bambini e negli adolescenti¹¹, e prevenire il maltrattamento del bambino¹².

Visti gli esiti in materia di sviluppo del bambino, si raccomandano gli interventi genitoriali che promuovono le interazioni madre-figlio preferibilmente quando i programmi di salute per madre e figlio sono in corso, si rivolgono ai bambini che sono scarsamente nutriti, spesso malati, e ad altri gruppi di bambini a rischio¹³.

Inoltre, per le madri che soffrono di depressione o di qualsiasi altra condizione mentale, neurologica o di consumo di sostanze, si raccomandano il rafforzamento delle capacità genitoriali abbinato a una terapia efficace e a un supporto psicologico, con lo scopo di migliorare i risultati del bambino in fase di sviluppo¹⁴.

¹⁰ Mejia (2012), Thomas et al. (2016), Foxcroft and Tsertsvadze (2012), Allen et al. (2016), Kuntsche (2016).

¹¹ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!), Guidance to Support Country Implementation

¹² WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

¹³ WHO (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

¹⁴ OMS (2012), Interventi sulla salute mentale materna al fine di/per migliorare lo sviluppo del bambino, Evidence profile.

Infine, la formazione delle abilità dei tutori dovrebbe prevedere la gestione dei bambini e degli adolescenti con disturbi di sviluppo, comprendenti le disabilità di apprendimento e i disturbi pervasivi dello sviluppo (autismo compreso)¹⁵.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Rafforzare il legame familiare, ovvero l'attaccamento tra i genitori ed i bambini;
- ✓ Aiutare i genitori ad occupare un ruolo piu' attivo nella vita dei loro bambini, ad esempio monitorando le loro attività e le loro amicizie, e facendosi coinvolgere nella loro sfera di apprendimento ed istruzione;
- ✓ Aiutare i genitori a fornire/trasmettere una disciplina positiva ed appropriata allo sviluppo;
- ✓ Aiutare i genitori ad essere un esempio per i loro figli;
- ✓ Pianificare l'intervento in modo da rendere semplice ed accattivante la partecipazione dei genitori (fuori dalle ore di lavoro, offerta di pasti, accudimento del bambino, trasporto, prezzi ridotti per il completamento delle sessioni, ecc.);
- ✓ Solitamente comprende una serie di sessioni (spesso 10 sessioni o piu' nel caso in cui si lavora con i genitori di comunità svantaggiate e marginali o nel contesto terapeutico di un programma nel quale uno, o entrambi i genitori soffrono di disturbi causati dal consumo di sostanze);
- ✓ Solitamente comprende attività per i genitori, per i bambini e per la famiglia nel suo insieme;
- ✓ Il servizio è fornito da personale qualificato, spesso senza altre qualifiche formali.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con la mancanza di efficacia e/o efficienza o con effetti indesiderati secondo il parere degli esperti

- ✗ Mettere in discussione l'autorità dei genitori;
- ✗ Fornire informazioni sulle sostanze solamente ai genitori di modo che questi possano parlarne ai loro bambini;
- ✗ Prestare un servizio attraverso personale scarsamente qualificato.

¹⁵ OMS (2012), Interventi sulla salute mentale materna al fine di migliorare lo sviluppo del bambino, Evidence profile.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 4: Family-based Prevention Interventions (2015)
- UNODC (2010), Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.
- CCSA (2011), Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance use prevention family skills programs, Canadian Centre on Substance use, Ottawa, ON, Canada.
- UNODC (2009), Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.
- WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings.

Educazione alle abilità personali e relazionali

Descrizione

Durante questi programmi, insegnanti qualificati coinvolgono i bambini in attività interattive per dar loro l'opportunità di imparare e praticare tutta una serie di abilità personali e relazionali. Tipicamente, questi programmi sono rivolti a tutti i bambini attraverso una serie di sessioni strutturate (infatti è un livello di intervento universale). I programmi forniscono l'opportunità di apprendere abilità per far fronte a situazioni di difficoltà nella vita di tutti i giorni in modo sano e sicuro. Aiutano lo sviluppo delle competenze relazionali generali compresi il benessere mentale ed emotivo. Questi programmi riguardano principalmente le conoscenze relative ai fattori di sviluppo, e normalmente non includono contenuti riguardanti specifiche sostanze, in quanto nella maggioranza delle comunità i bambini in questa giovane età non ne hanno ancora fatto uso. Questa circostanza non è valida universalmente, e i programmi dedicati ai bambini che sono stati precocemente esposti a sostanze (come ad esempio gli inalanti) potrebbero riferirsi alla guida sulla sostanza specifica inserita in "educazione alla prevenzione basata su abilità personali e sociali" alla voce "prima adolescenza".

Evidenze disponibili

Sette revisioni hanno riportato scoperte riguardanti questo intervento, quattro appartengono alla nuova panoramica¹⁶.

Per quanto riguarda gli esiti primari, secondo questi studi, supportare lo sviluppo di abilità personali e relazionali in un contesto scolastico può prevenire il consumo di tabacco, alcol e sostanze, soprattutto nel lungo periodo (più di un anno). L'efficacia delle strategie che si concentrano sulla resilienza si limita al consumo di sostanze.

La maggior parte dell'evidenza proviene dal Nord America, dall'Europa e dall'Australia, mentre alcuni studi provengono da Asia e Africa.

Le strutture di assistenza sanitaria non specializzate dovrebbero, se possibile, collaborare con i programmi scolastici, al fine di promuovere la salute mentale dei bambini e degli adolescenti¹⁷.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Migliora una serie di abilità personali e relazionali (sociali);
- ✓ Il servizio è fornito attraverso una serie di sessioni strutturate, spesso fornendo sessioni (rapide) distribuite su più anni;
- ✓ Il servizio è fornito da insegnanti qualificati o mediatori (facilitatori);
- ✓ Le sessioni sono principalmente interattive.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con la mancanza di efficacia e/o efficienza o con effetti indesiderati secondo il parere degli esperti.

- ✗ Usare metodi non interattivi, come ad esempio impartire lezioni;
- ✗ Fornire informazioni sulle sostanze specifiche e utilizzare tecniche intimidatorie.
- ✗ Concentrarsi unicamente sull'incremento dell'autostima e sull'educazione emotiva.

¹⁶ Hodder et al. (2017), Salvo et al. (2012), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Schröder-Günther (2011), Skara (2003).

¹⁷ WHO (2012), WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Behaviour change techniques for promoting mental health, Evidence profile

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention
- WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings

Programmi di miglioramento del gruppo classe

Breve descrizione

Questi programmi rinforzano le abilità di gestione del gruppo classe da parte degli insegnanti e aiutano i bambini a socializzare in quanto studenti, riducendo i primi comportamenti aggressivi e distruttivi. Generalmente gli insegnanti sono incoraggiati a mettere in atto con gli studenti una serie di attività quotidiane non strettamente didattiche al fine di promuovere un comportamento prosociale e prevenire e ridurre i comportamenti inappropriati. Questi programmi facilitano sia l'apprendimento scolastico sia l'apprendimento socio-emotivo. Sono universali in quanto sono volti allo sviluppo dell'intero gruppo classe.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

Nella prima edizione una revisione aveva riportato scoperte riguardanti questo intervento¹⁸.

La revisione non ha riportato scoperte riguardanti gli esiti primari.

Per quanto riguarda gli esiti secondari, secondo questo studio, le pratiche di gestione della classe rivolte agli insegnanti aiutano a diminuire drasticamente i problemi comportamentali del gruppo classe, diminuendo i comportamenti aggressivi e dannosi e rinforzando il comportamento prosociale e migliorando i

¹⁸ Oliver, 2011.

risultati scolastici del bambino. Le tempistiche per la sostenibilità di questi risultati non è noto.

Tutta l'evidenza riportata poco sopra proviene dagli Stati Uniti e dall'Europa.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ L'intervento spesso si svolge nei primi anni di scuola;
- ✓ Include strategie per affrontare comportamenti inappropriati;
- ✓ Include strategie per riconoscere i comportamenti appropriati;
- ✓ Include un feedback sulle aspettative;
- ✓ Prevede la partecipazione attiva degli studenti.

Politiche per il mantenimento dei bambini a scuola

Breve descrizione

Nei bambini di questa età, la presenza a scuola e l'attaccamento ad essa e il raggiungimento delle appropriate abilità linguistiche e di calcolo, sono fattori protettivi importanti contro il consumo di sostanze. Svariate politiche sono state implementate nei paesi a medio-basso reddito con lo scopo di supportare la partecipazione dei bambini e migliorare i loro risultati scolastici.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

Nella prima edizione due revisioni¹⁹ hanno riportato scoperte riguardanti le politiche di: costruzione di nuove scuole, servizio mensa nelle stesse e incentivi economici di varia natura per le famiglie.

Gli studi non hanno riportato scoperte riguardanti gli esiti primari.

Per quanto riguarda gli esiti secondari, secondo questi studi, le politiche sopra citate aumenterebbero la partecipazione dei bambini a scuola, e migliorerebbero le loro abilità linguistiche e di calcolo. Distribuire semplicemente del denaro alle famiglie non sembra dare esiti significativi,

¹⁹ Lucas (2008) and Petrosino (2012).

presenti invece nella distribuzione di risorse finanziarie mirate. Le tempistiche per la sostenibilità di questi risultati non è noto.

Tutta l'evidenza riportata poco sopra proviene da paesi a basso e medio reddito.

Come strategia di prevenzione della violenza giovanile²⁰ l'OMS raccomanda gli incentivi finanziari mirati volti al mantenimento dei bambini a scuola.

Affrontare i problemi di salute mentale

Breve descrizione

I disturbi emotivi (come ad esempio l'ansia e la depressione) e i disturbi comportamentali (come ad esempio il disturbo dell'attenzione o della condotta) sono associati ad un alto rischio di consumo di sostanze nel tempo, sia nel corso dell'adolescenza che dell'intero ciclo di vita. Sia durante l'infanzia che l'adolescenza, aiutare precocemente i bambini, gli adolescenti e i genitori ad affrontare i disturbi emotivi e comportamentali è un'importante strategia di prevenzione.

Evidenze disponibili

Non è stato identificato alcuno studio né nella nuova panoramica delle revisioni sistematiche né nella prima edizione degli Standard.

Al fine di supportare i bambini e gli adolescenti (e coloro che se ne prendono cura) e di affrontare precocemente²¹ tali disturbi, l'OMS raccomanda:

Interventi comportamentali per i bambini e gli adolescenti al fine di curare i disturbi comportamentali.

Interventi psicologici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la psicoterapia interpersonale (IPT) per bambini ed adolescenti con disturbi emotivi, e una formazione alle abilità genitoriali per chi se ne prende cura.

È bene intraprendere una attività formativa per i genitori che preveda inizialmente interventi che comprendono una terapia cognitivo-

²⁰ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

²¹ WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. WHO, 2016.

comportamentale ed una formazione alle abilità sociali. Tale intervento è consigliabile prima di iniziare una cura farmacologica per il bambino diagnosticato con un disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

Offrire interventi farmacologici solo in contesti specializzati.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- ✓ The WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide and training manuals (WHO, 2016).

3. Prima adolescenza

L'adolescenza è il periodo dello sviluppo nel quale i giovani sono esposti a nuove idee e comportamenti grazie all'incremento delle relazioni con persone ed organizzazioni non conosciute durante l'infanzia. È il periodo per “provare” i ruoli e le responsabilità da adulto. È anche il periodo in cui la “plasticità” e la malleabilità del cervello dell'adolescente fanno pensare, come nell'infanzia, a questa fase dello sviluppo come ad un momento in cui gli interventi possono rinforzare o alterare le esperienze precedenti.

Il desiderio di assumere i ruoli da adulto e una maggiore indipendenza nella fase in cui avvengono cambiamenti significativi, predispone nel cervello dell'adolescente ad un momento potenzialmente favorevole a prendere decisioni affrettate e ad intraprendere comportamenti potenzialmente dannosi, come avere rapporti sessuali non protetti, fumare tabacco, bere alcol, guidare in modo rischioso e consumare sostanze.

Il consumo di sostanze (o altri potenziali comportamenti dannosi) dei coetanei, così come il rifiuto da parte degli stessi, sono influenze importanti sul comportamento, anche se l'influenza dei genitori rimane significativa. Stili di vita sani e le credenze sociali normative legate all'uso di sostanze psicoattive sono anch'essi fattori protettivi importanti contro il consumo di sostanze. Avere buone abilità sociali, e una salute mentale ed emotiva resiliente rimangono comunque fattori protettivi chiave tra gli adolescenti.

ATTENZIONE. Gli interventi sulle capacità genitoriali possono essere implementati nella prima infanzia e nella prima adolescenza. Gli studi identificati attraverso la ricerca non disaggregano i risultati per età. Pertanto, anziché ripetere la sezione sulle capacità genitoriali in questo paragrafo “Prima adolescenza”, il lettore dovrà rifarsi alla sezione precedente. Lo stesso si applica alla sezione riguardante la cura dei disturbi della salute mentale. Similmente, molte delle politiche e degli interventi rivolti ad adolescenti più grandi possono prevenire il consumo di sostanze nella prima adolescenza. Per ragioni di convenienza, queste sono discusse solamente nella sezione successiva. Lo stesso vale per le politiche su alcol e tabacco, le campagne mediatiche, gli interventi brevi e le iniziative a più componenti basate sulla comunità.

Prevenzione basata sull'educazione alle competenze e le influenze sociali

Breve descrizione

Durante i programmi di prevenzione basati sulle abilità, insegnanti qualificati coinvolgono gli studenti in attività interattive per dare loro l'opportunità di

imparare e praticare una serie di abilità sociali e personali (competenza sociale). Questi programmi promuovono abilità di rifiuto delle sostanze e dei coetanei che ne fanno uso, permettendo ai giovani di contrastare in modo sano le pressioni sociali dell'uso di sostanze e in generale di far fronte a situazioni di vita sfidanti.

Inoltre, forniscono l'opportunità di discutere dell'argomento attraverso modalità adatte all'età, alle diverse norme sociali, agli atteggiamenti, e alle aspettative positive e negative associate al consumo di sostanze, incluse le conseguenze del consumo di sostanze. Mirano anche a cambiare le credenze normative sul consumo di sostanze affrontando la prevalenza ed accettabilità sociale del consumo di sostanze tra coetanei. (influenza sociale).

Evidenze disponibili

Ventidue revisioni hanno riportato risultati per questo tipo di intervento²², quindici delle quali appartengono alla nuova panoramica.

Per quanto riguarda gli esiti principali, secondo questi studi, certi programmi basati sulla combinazione della competenza sociale e dell'influenza sociale prevengono il consumo di tabacco, di alcol e di sostanze (gli effetti preventivi sono piccoli ma coerenti nei diversi studi, anche a lungo termine-12 mesi o più).

Una revisione sugli interventi di prevenzione all'interno del contesto scolastico rivolti specificamente alle ragazze che fumano, ha concluso che non c'è alcuna evidenza del fatto che i programmi di prevenzione del fumo in contesto scolastico abbiano un effetto significativo sulla prevenzione del fumo delle adolescenti, fornendo però, alcune indicazioni promettenti per i programmi specifici ed i programmi svolti in collaborazione con le campagne mediatiche.

I programmi indirizzati ai fattori protettivi in contesti scolastici, collegati alla resilienza individuale o ambientale sono risultati essere efficaci nella prevenzione del consumo di sostanze, ma non del consumo di tabacco, o alcol. I programmi basati sulla sola divulgazione dell'informazione, così come il programma "Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.)", non sono risultati efficaci.

Nell'implementazione dei programmi riguardanti tutte le sostanze si è rivelato efficace l'aiuto dei coetanei, facendo attenzione che ciò non avvenga con gruppi ad alto rischio in quanto esiste la possibilità di ottenere risultati indesiderati (come ad esempio l'aumento dell'uso di sostanze). In generale, i metodi di implementazione attraverso i computer hanno riportato una scarsa efficacia per quanto riguarda tutte le sostanze.

²² Ashton et al. (2015), Champion (2013), de Kleijn et al. (2015), Espada et al. (2015), Faggiano et al. (2014), Foxcroft & Tsertsvadze (2012), Hale et al. (2014), Hodder et al. (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman & Howe (2013), Lee et al. (2016), McArthur et al. (2015), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo et al. (2012), Schröder-Günther (2011), West (2004).

In questo contesto, ci sono indicazioni riguardanti i programmi che si rivolgono ai giovani adolescenti, i quali potrebbero prevenire il consumo di sostanze meglio dei programmi rivolti a ragazzi più piccoli o più grandi. La maggior parte dell'evidenza si fonda su programmi universali, ma ci sono indicazioni che l'educazione basata sulle abilità universali possa essere preventiva anche tra i gruppi ad alto rischio, tra cui i giovani con disturbi di salute mentale.

Sebbene la maggior parte degli studi provenga dal Nord America, dall'Europa, e dall'Australia, alcuni studi provengono dall'Asia e dall'Africa.

I programmi che prevedono anche una componente di apprendimento sociale ed emotivo sono raccomandati dall'OMS per prevenire la violenza giovanile²³.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Usare metodi interattivi;
- ✓ Fornire una serie di sessioni strutturate (generalmente 10-15) una volta a settimana, spesso seguite da sessioni di richiamo distribuite su più anni;
- ✓ Il servizio è realizzato da facilitatori qualificati (compresi coetanei formati);
- ✓ Offrire l'opportunità di imparare e praticare un'ampia gamma di abilità personali e sociali, in particolare sono comprese abilità per affrontare i problemi, prendere decisioni e di resilienza, riferito in particolar modo all'uso di sostanze;
- ✓ Percezione di impatto dei rischi associati al consumo di sostanze, sottolineandone le immediate conseguenze;
- ✓ Eliminare i pregiudizi di carattere normativo e le aspettative legate al consumo di sostanze.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con la mancanza di efficacia e/o efficienza o con effetti indesiderati secondo il parere degli esperti.

- ✗ L'utilizzo di metodi non interattivi, come ad esempio impartire lezioni;
- ✗ Distribuire le informazioni singolarmente, specialmente utilizzando tecniche intimidatorie.
- ✗ Pianificare il servizio su sessioni di dialogo non strutturate;

²³ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

- ✗ Concentrarsi unicamente sulla costruzione dell'autostima e sull'educazione emotiva;
- ✗ Affrontare solamente le decisioni o i valori etico/morali;
- ✗ Usare ex-dipendenti come testimonial.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Politiche scolastiche sul consumo di sostanze

Breve descrizione

Le politiche scolastiche sul consumo di sostanze vietano l'uso di quest'ultime negli ambienti scolastici, durante gli eventi ed attività scolastiche, sia per gli studenti che per il personale scolastico. Le politiche creano inoltre un meccanismo trasparente e non punitivo per affrontare gli episodi di consumo e trasformarli in un'opportunità sana ed educativa. Queste politiche ed interventi sono universali, ma possono includere strategie specifiche come lo "screening", gli interventi brevi e le raccomandazioni. Sono spesso applicate assieme agli interventi di prevenzione, come l'educazione basata sulle abilità e/o le politiche scolastiche per promuovere l'attaccamento scolastico e/o il miglioramento delle abilità genitoriali e l'aumento del coinvolgimento dei genitori.

Evidenze disponibili

Quattro revisioni hanno riportato scoperte per questi interventi ²⁴, tre appartengono alla nuova panoramica. Tre delle revisioni studiavano le politiche sul tabacco nelle scuole e una gli interventi in contesti educativi terziari (accademie ed università).

²⁴ Coppo et al. (2014), Galanti et al. (2014), Hefler et al. (2017), Reavley (2010).

Per quanto riguarda i risultati principali, le tre revisioni sulle politiche sul tabacco e una sugli incentivi scolastici per la prevenzione del tabacco, hanno riportato risultati differenti, pochi studi hanno riportato risultati di efficacia e più della metà non hanno riportato effetti evidenti. Gli studi che valutano i risultati hanno trovato una minore probabilità di fumo di tabacco nelle scuole che avevano fissato un divieto di fumo e una probabilità maggiore nelle scuole con atteggiamenti più liberali. Alcune evidenze mostravano come la formalità delle politiche (es. le politiche scritte) ed il loro rafforzamento avevano un ulteriore impatto sul comportamento di abitudine al fumo.

Nelle accademie e nelle università, alcuni interventi ambientali, norme sociali o campagne di marketing e interventi ambientali basati sulle abilità cognitive e comportamentali, potrebbero avere dei benefici per la prevenzione del consumo nocivo di alcol, con l'evidenza maggiore per gli interventi brevi motivazionali e per gli interventi normativi personalizzati (sia via computer che faccia a faccia).

Anche se la maggior parte dell'evidenza proviene dal Nord America, dall'Europa, e dall'Australia o Nuova Zelanda, c'è anche dell'evidenza proveniente dall'Asia.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Supportare il normale funzionamento scolastico senza sconvolgerlo;
- ✓ Sviluppare politiche con la partecipazione di tutte le parti interessate (studenti, insegnanti, personale, genitori);
- ✓ Specificare nelle politiche le sostanze alle quali si riferiscono, così come i luoghi (ambienti scolastici) e/o le occasioni (funzioni scolastiche) alle quali si applicano;
- ✓ Applicare le politiche a tutti i membri scolastici (studenti, insegnanti, personale, ospiti, ecc.) e a tutte le sostanze psicoattive (tabacco, alcol, stupefacenti);
- ✓ Affrontare le violazioni delle politiche con sanzioni positive e riferirsi a un sostegno psicologico, una terapia, e altri servizi di assistenza sanitaria e servizi psico-sociali piuttosto che con punizioni;
- ✓ Sostenere il servizio regolarmente e precocemente, incluso il rafforzamento del rispetto delle politiche.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con la mancanza di efficacia e/o efficienza o con effetti indesiderati secondo il parere degli esperti.

- ✗ Inclusione di qualsiasi test anti-droga.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Programmi scolastici per rafforzare l'attaccamento alla scuola

Breve descrizione

I programmi scolastici per rafforzare l'attaccamento alla scuola aiutano la partecipazione, l'impegno e la creazione di legami dello studente con la scuola. Queste politiche ed interventi sono universali. Spesso sono implementati congiuntamente con altri interventi di prevenzione, come l'educazione basata sulle abilità e/o le politiche scolastiche sul consumo di sostanze e/o gli interventi sul come migliorare le capacità genitoriali e il coinvolgimento dei genitori.

Evidenze disponibili

Due revisioni hanno riportato scoperte per questo intervento²⁵, di cui uno appartiene alla nuova panoramica.

Per quanto riguarda i risultati principali, uno studio ha riportato che le suddette strategie contribuiscono a prevenire il consumo di tutte le sostanze, un altro studio ha invece riportato risultati efficaci solo per quanto riguarda il consumo di sostanze e risultati non significativi per il consumo di tabacco e alcol.

Anche se la maggior parte dell'evidenza proviene dal Nord America, dall'Europa e dall'Australia/Nuova Zelanda, c'è anche una parte dell'evidenza proveniente dall'Asia.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Supportare una positiva etica scolastica e l'impegno scolastico;

²⁵ Fletcher (2008) and Hodder et al. (2017).

- ✓ Supportare la partecipazione dello studente.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Affrontare le vulnerabilità psicologiche individuali

Breve descrizione

Alcuni tratti della personalità come sensation-seeking, impulsività, ansia, fragilità o sconforto, sono associati ad un alto rischio di consumo di sostanze. Programmi di prevenzione mirati aiutano quegli adolescenti che sono particolarmente a rischio nell'affrontare in modo costruttivo le emozioni derivanti dalle loro personalità, anziché adottare strategie negative per affrontarle, tra cui il consumo rischioso e dannoso di alcol. Pertanto gli interventi sono volti a sostenere uno sviluppo sano degli adolescenti.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

Nella prima edizione, due controlli randomizzati hanno riportato efficacia riguardo questo intervento nella prima adolescenza e nell'adolescenza²⁶ e una revisione ha riportato evidenza riguardo questo intervento nella prima infanzia²⁷.

Per quanto riguarda i risultati principali, secondo gli studi sopra citati, i programmi rivolti alle vulnerabilità psicologiche individuali possono abbassare i tassi di consumo di alcol e di binge-drinking nell'arco di due anni.

²⁶ Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) and O'Leary-Barrett (2010) reporting on the same trial.

²⁷ Piquero (2010).

Per quanto riguarda gli esiti secondari, questo tipo di intervento può impattare con i fattori di mediazione individuali permettendo di affrontare il consumo di sostanze attraverso l'autocontrollo. Esso risulta efficace nel tempo lungo il corso della vita.

L'evidenza proviene per intero dall'Europa e dal Nord America.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ L'intervento è attuato da professionisti qualificati (psicologi, insegnanti);
- ✓ I partecipanti sono stati individuati come portatori di specifici tratti della personalità, sulla base di strumenti validati;
- ✓ I programmi sono organizzati in modo da evitare qualsiasi possibile stigmatizzazione;
- ✓ L'intervento garantisce ai partecipanti le abilità necessarie per affrontare positivamente le emozioni che caratterizzano la loro personalità;
- ✓ Brevi serie di sessioni (2-5).

Mentoring

Breve descrizione

Il mentoring "spontaneo" si riferisce alle interazioni e alle relazioni tra i bambini/adolescenti e gli adulti a loro non legati da relazioni di parentela quali insegnanti, allenatori, e capi della comunità. Questo intervento si è rivelato essere collegato alla riduzione dei tassi di consumo di sostanze e violenza. Questi programmi mettono in relazione i giovani., specialmente quelli che vengono da situazioni marginali (prevenzione selettiva), con adulti che si impegnano a partecipare alle attività e spendono regolarmente parte del loro tempo libero con i giovani.

Evidenze disponibili

Una revisione sistematica ha riportato scoperte riguardo questo intervento²⁸.

²⁸ Thomas et al. (2013)

Per quanto riguarda i risultati principali, questo studio ha presentato alcune evidenze sugli effetti del mentoring nella prevenzione del consumo di alcol e sostanze tra i giovani.

L'evidenza proviene dagli Stati Uniti e dall'Europa.

L'OMS raccomanda il mentoring come uno degli interventi basati sull'evidenza per prevenire la violenza giovanile²⁹.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Fornire un adeguato supporto e formazione ai tutori/mentori;
- ✓ L'intervento è basato su un programma di attività ben strutturato.

²⁹ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

4. Adolescenza e maggiore età

Quando un adolescente cresce assumono un ruolo più rilevante gli interventi implementati in contesti differenti da quello familiare e scolastico, come ad esempio il posto di lavoro, il settore sanitario, i luoghi di svago, e la comunità.

ATTENZIONE. Senza disaggregare i dati per fasce di età, l'evidenza raccolta circa le politiche e gli interventi scolastici per i giovani adolescenti (educazione preventiva, cura delle vulnerabilità individuali, politiche scolastiche sul consumo di sostanze), così come il mentoring, riportano risultati di efficacia anche per adolescenti più grandi. In questa sezione questi interventi non verranno discussi ulteriormente.

Intervento breve

Breve descrizione

L'intervento breve consiste in sessioni di consulenza individuali che possono includere sessioni supplementari o informazioni utili alla situazione personale. Può essere attuato da una varietà di personale socio-sanitario qualificato a favore delle persone a rischio a causa del loro consumo di sostanze, ma che non abbiano necessariamente bisogno di farsi curare da un servizio terapeutico. Le sessioni prima di tutto identificano i casi in cui vi sia un problema di consumo di sostanze e forniscono una rapida ed appropriata consulenza di base e/o reinviano ad ulteriori terapie. Le sessioni sono strutturate e durano in genere dai 5 ai 15 minuti.

L'intervento breve, è generalmente fornito dal sistema sanitario di base o dal pronto soccorso, ma si è scoperto essere efficace anche quando attuato da programmi in contesto scolastico o sul posto di lavoro, online o via computer.

Le sessioni dell'intervento breve generalmente impiegano tecniche di colloquio motivazionali, ovvero un intervento psico-sociale dove il consumo di sostanze di una persona viene discusso e il paziente viene aiutato a prendere decisioni e a prefissarsi degli obiettivi riguardo il proprio consumo di sostanze. In questo caso, l'intervento breve ha luogo nel corso di quattro sessioni che possono raggiungere l'ora, ma solitamente hanno minor durata.

Evidenze disponibili

Quarantotto revisioni hanno riportato risultati per questo intervento³⁰, di cui trentotto fanno parte della nuova panoramica.

Per quanto riguarda gli esiti principali, gli studi sopra citati mostrano come gli interventi brevi ed i colloqui motivazionali possano ridurre significativamente il consumo di sostanze. Questa evidenza si è rivelata positiva sia per quanto riguarda diverse sostanze (tabacco, alcol e sostanze) che per differenti fasce di età (adolescenti e adulti), riportando una differenza minima e non duratura per più di 6-12 mesi tra il gruppo sperimentale ed il gruppo di controllo.

È stata riportata anche la riduzione del consumo eccessivo di alcol tra le persone con disturbi psicotici. Le indicazioni di riduzione del consumo di alcol e/o le abitudini nocive di consumo dello stesso sono state riportate per i giovani che frequentano le università.

All'interno del contesto scolastico, uno studio ha concluso che c'è una scarsa evidenza che gli interventi brevi in contesto scolastico siano più efficaci nel ridurre il consumo di sostanze (tabacco, alcol, sostanze) rispetto all'accertamento del consumo in sé. L'evidenza si è dimostrata analoga a quella relativa alla sola trasmissione di informazioni. Altri studi hanno riportato dell'efficacia riguardo il consumo di cannabis e risultati analoghi per il tabacco e l'alcol. (effect sizes)

Per quanto riguarda il consumo di alcol l'implementazione attraverso il computer e via internet ha riportato pochi risultati che non si mantengono a lungo termine (più di 12 mesi) e una minore evidenza per il consumo di tabacco e cannabis. Una revisione ha riportato l'efficacia degli interventi via telefono. I risultati sono stati migliori degli interventi faccia a faccia. (effect sizes)

La revisione che studia la distribuzione in contesti di emergenza ha notato che l'integrazione dei risultati veniva intralciata dall'eterogeneità degli studi, sia sugli adolescenti che sugli adulti, sia sull'alcol sia sulle sostanze. Si è riscontrata l'efficacia anche per le donne e per i pazienti che beneficiano di cure.

Tuttavia, gli interventi che si concentrano sul consumo di alcol prevalentemente tra gli adolescenti ed i giovani adulti, potrebbero fornire un'evidenza limitata sul consumo di tabacco. L'evidenza riguardante la cannabis è stata riportata come

³⁰ Ashton et al. (2015), Baker et al. (2012), Bertholet (2005), Carey et al. (2012), Carey et al. (2016), Carney (2012), Carney et al. (2014), Christakis (2003), Davis et al. (2017), Dedert et al. (2014), Dedert et al. (2015), Diestelkamp et al. (2016), Donoghue et al. (2014), Dotson et al. (2015), Dunn (2001), Elzerbi et al. (2015), Elzerbi et al. (2017), Foxcroft et al. (2015), Foxcroft et al. (2016), Gulliver et al. (2015), Hennessy & Tanner-Smith (2015), Hennessy et al. (2015), Jensen (2011), Jiang & Gao (2017), Kaner (2007), Kazemi et al. (2013), Landy et al. (2016), Leeman et al. (2015), McGinnes et al. (2016), Merz et al. (2015), Moreira (2009), Newton et al. (2013), Oosterveen et al. (2017), Park & Drake (2015), Peirson et al. (2016), Reavley (2010), Riper (2009), Riper et al. (2014), Scot-Sheldon et al. (2014), Scott-Sheldon et al. (2016), Smedslund (2011), Smedslund et al. (2017), Tait (2003), Tait et al. (2013), Vasilaki (2006), Watson et al. (2013), Wood et al. (2014), Young et al. (2014).

scarsa e poco significativa. Gli interventi brevi ed i colloqui motivazionali hanno effetti positivi sia per gli adolescenti sia per gli adulti anche se il loro impatto a lungo termine per la riduzione del consumo di alcol è meno evidente. Inoltre, è stata riportata anche una riduzione del consumo eccessivo di alcol tra le persone con disturbi psicotici.

L'OMS raccomanda lo screening e gli interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol nei contesti di assistenza sanitaria non specializzata, eccetto nelle aree di bassa incidenza di consumo di alcol, dove lo screening di tutti i pazienti potrebbe non essere economicamente conveniente. Tuttavia, gli interventi brevi possono comunque essere appropriati per i bevitori già noti. Lo screening per il consumo rischioso e dannoso di alcol dovrebbe essere eseguito attraverso strumenti validati che possono essere facilmente inseriti nelle pratiche cliniche di routine. (es. AUDIT, ASSIST). Nei contesti in cui lo screening non è possibile o sostenibile, i professionisti, se necessario, dovrebbero valutare personalmente il consumo di alcol dei loro pazienti. I pazienti che consumano alcol in modo rischioso e dannoso dovrebbero ricevere un intervento breve. L'intervento breve dovrebbe comprendere una sessione tra i 5 ed i 30 minuti, un feedback personalizzato, consigli per ridurre o interrompere il consumo di alcol e l'offerta di un controllo successivo. I pazienti che vengono identificati dallo screening come alcol-dipendenti dovrebbero essere gestiti secondo le raccomandazioni OMS esistenti³¹.

L'OMS raccomanda di offrire interventi brevi agli individui che fanno uso di cannabis e psicostimolanti, quando vengono individuati in contesti sanitari non specializzati (compresa la singola sessione tra i 5 ed i 30 minuti, con feedback personalizzato e consigli per ridurre o smettere di consumare cannabis /psicostimolanti, e l'offerta di un controllo successivo). Inoltre, l'OMS raccomanda che le persone con problemi in corso correlati al consumo di cannabis o psicostimolanti e che non rispondono agli interventi brevi, siano affidate alla valutazione di uno specialista³².

L'OMS ha sviluppato l'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) al fine di facilitare lo screening e gli interventi brevi per tutte le sostanze psicoattive compresi alcol, tabacco e psicofarmaci. L'efficacia degli interventi è stata dimostrata per gli adulti, più avanti sarà necessario dimostrare l'efficacia degli interventi basati su ASSIST anche per gli adolescenti.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Second Edition. WHO, 2001.

³¹ WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0.

³² WHO (2012), Brief psychosocial interventions, Evidence profile.

- Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. WHO, 2001.
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. WHO, 2010.
- The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. WHO, 2010.
- mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. WHO, 2016.

Programmi di prevenzione sul posto di lavoro

Breve descrizione

Per la maggior parte dei casi, il consumo di sostanze avviene tra gli adulti lavoratori. I disturbi causati dal consumo di sostanze espongono i lavoratori a rischi per la salute e difficoltà nelle relazioni coi colleghi, amici e famiglia, così come, più specificatamente nel posto di lavoro, ai rischi per la sicurezza. I giovani adulti sono particolarmente ad alto rischio. Si è scoperto che tra quelli che consumano già sostanze, lo stress lavorativo incrementa significativamente il rischio di sviluppare disturbi causati dal consumo delle stesse. I lavoratori che fanno uso di sostanze comportano costi elevati. I lavoratori con problemi legati al consumo di sostanze hanno un tasso di assenteismo più alto e una minore produttività, sono più inclini a causare incidenti, e hanno maggiori costi sanitari, e maggiori tassi di turnover. Inoltre i datori di lavoro hanno il dovere di fornire e mantenere un posto di lavoro sano e sicuro in accordo con le norme³³ e le leggi in vigore. I programmi di prevenzione sul posto di lavoro generalmente sono multicomponenti, comprendono sia elementi di prevenzione e politiche, così come consulenze e raccomandazioni per la terapia.

Evidenze disponibili

Quattro revisioni hanno riportato risultati riguardanti questo tipo di intervento³⁴, due di queste appartengono alla nuova panoramica.

Per quanto riguarda i risultati principali, secondo gli studi sopra citati, la prevenzione sul posto di lavoro può prevenire il consumo di alcol con possibili differenze sugli effetti a seconda del genere. Uno studio ha infatti riportato che

³³ ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.

³⁴ Kazemi et al. (2013), Chan and Perry (2012), Thomas (2008), Webb (2009).

l'effetto è stato positivo nel ridurre il consumo di alcol tra le donne ma non tra gli uomini. Una revisione non ha trovato alcuna efficacia nella prevenzione del tabacco.

Inoltre, per quanto riguarda gli altri comportamenti salutari, un'altra revisione ha rivelato che gli interventi sul posto di lavoro potrebbero avere effetti positivi sulla forma fisica. Le tempistiche per la sostenibilità dei risultati non sono note.

La maggior parte dell'evidenza proviene dal Nord America e dall'Europa, mentre alcune ricerche emergono dall'Australia e dall'Asia.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ L'intervento è sviluppato attraverso il coinvolgimento di tutte le parti interessate (datori di lavoro, amministrazione, impiegati);
- ✓ Il servizio garantisce riservatezza agli impiegati;
- ✓ Il servizio comprende ed è basato su una politica relativa al consumo di sostanze sul posto di lavoro che è stata sviluppata da tutte le parti interessate e non è punitiva;
- ✓ Il servizio fornisce interventi brevi (anche via internet) e consulenze, raccomandazioni per la terapia e la reintegrazione nel posto di lavoro per i lavoratori che ne hanno bisogno;
- ✓ L'intervento comprende una comunicazione chiara;
- ✓ L'intervento è inserito in altri programmi di salute e benessere affini (ad esempio programmi per la prevenzione delle malattie cardiovascolari);
- ✓ L'intervento comprende corsi di gestione dello stress;
- ✓ L'intervento forma dirigenti, impiegati, e operatori sanitari nello svolgere il proprio ruolo nel programma.
- ✓ L'intervento prevede test di misurazione del tasso alcolemico o anti-droga solo come parte di un programma più ampio secondo le caratteristiche descritte nei suddetti punti chiave.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- Universal Prevention Curriculum, Coordinators' Series, Course 6: Workplace-based Prevention Interventions (2015).
- ILO (2012), SOLVE training package: Integrating health promotion into workplace OSH policies, Programme on Safety and Health at Work and the

Environment (SAFEWORK), International Labour Organisation, Geneva, Switzerland.

- CICAD (2009), CICAD Hemispheric Guidelines in Workplace Prevention.
- UNODC in cooperation with ILO (*forthcoming*), Guidelines on workplace prevention programmes.

Politiche sul tabacco

Breve descrizione

Una serie di politiche destinate alla popolazione per ridurre la disponibilità e accessibilità di tabacco e il tabagismo.

Evidenze disponibili

Quattro revisioni hanno riportato scoperte riguardo questo tipo di politiche³⁵, una delle quali appartiene alla nuova panoramica, confermando ulteriormente la guida OMS sottostante, in particolar modo rispetto alle politiche nei contesti lavorativi.

La Framework Convention on Tobacco Control dell'OMS offre una chiara guida basata sull'evidenza rispetto le strategie per ridurre la domanda di tabacco. Include le misure sul prezzo e la tassazione, i quali sono mezzi molto importanti ed efficaci per ridurre il consumo di tabacco per grandi segmenti della popolazione, in particolare per i giovani. Inoltre, comprende misure per la protezione all'esposizione del fumo del tabacco, siccome l'evidenza scientifica ha stabilito inequivocabilmente che l'esposizione al fumo del tabacco causa morte, malattie e disabilità. Infine, un ulteriore regolamento riguarda il contenuto dei prodotti a base di tabacco, le loro informazioni integrative, e l'imballaggio e l'etichettatura degli stessi, l'educazione, la comunicazione, la formazione e la sensibilizzazione pubblica, la pubblicità del tabacco, la promozione e la sponsorizzazione dello stesso. Riguardo questi ultimi, la Convenzione sottolinea quanto la messa al bando della pubblicizzazione, della promozione e della sponsorizzazione dei prodotti a base di tabacco possa ridurre il consumo degli stessi.

³⁵ Frazer et al. (2016), Lovato (2011), Stead (2005), Thomas (2008).

- ✓ Reports and resources of the WHO Tobacco Free Initiative.

Politiche sull'alcol

Breve descrizione

Una serie di politiche e interventi che riducono l'uso dannoso dell'alcol inteso come un bere che causa danni alla salute e conseguenze sociali al bevitore, alle persone che lo circondano e alla società in generale: si intendono anche i modi di bere che sono associati ad un aumento dei rischi e degli effetti indesiderati sulla salute.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

La Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol³⁶ del 2010 dell'OMS, riassume con chiarezza le linee guida basate sull'evidenza circa le politiche e gli interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol, raggruppandole in dieci aree. Il settore sanitario, nello svolgimento dello screening e dell'intervento breve a livello delle cure primarie ed altri contesti, viene richiamato alle responsabilità circa la leadership, la consapevolezza e l'impegno nella protezione della popolazione, incluse le donne incinta e in età fertile. Un'altra area di intervento riguarda la mobilitazione e il rafforzamento delle comunità nella prevenzione della vendita di alcol ai minorenni ed altri gruppi a rischio, nello sviluppo di un ambiente e di contesti liberi da alcol. Le politiche e le contromisure per la guida in stato di ebbrezza dovrebbero essere affiancate da campagne di informazione e sensibilizzazione pubbliche ben realizzate, attentamente studiate e di forte impatto. Un'altra area cruciale della politica è la regolamentazione della disponibilità di alcol attraverso misure come il sistema di licenze nella vendita al dettaglio, o i monopoli del governo orientati alla salute, o la regolazione dei numeri e dei luoghi di commercializzazione dell'alcol, la regolazione dei giorni e delle ore di vendita al dettaglio, la regolazione delle modalità di vendita al dettaglio, la regolazione della vendita al dettaglio in certi luoghi o durante certi eventi, la definizione di un'età minima appropriata per l'acquisto ed il consumo di alcolici e l'adozione di politiche per prevenirne la vendita alle persone in stato di ebbrezza e per ridurre l'impatto del marketing. È particolarmente importante proteggere i giovani dai contenuti di commercializzazione dell'alcol, specialmente nei paesi a medio-basso

³⁶ WHO (2010), WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol

reddito dove gli adolescenti, al momento, hanno un basso tasso di consumo di alcol e potrebbero essere individuati come nuovi obiettivi di mercato. Inoltre, l'aumento del prezzo delle bevande alcoliche attraverso un sistema di tassazione efficace ed efficiente unito ad una riscossione delle tasse e alla tutela dell'ordine pubblico è uno degli interventi più efficaci per ridurre il consumo dannoso di alcol. Altre politiche comprendono la riduzione del danno dovuto ad intossicazione alcolica e il bere, senza intaccare necessariamente il consumo di alcol in sé, in particolar modo riguardo alla guida e l'applicazione delle politiche emanate circa la somministrazione responsabile di bibite nei locali e la formazione del personale su come meglio prevenire, identificare e gestire i bevitori intossicati ed aggressivi. Le ultime aree di azione riguardano la riduzione dell'impatto di salute pubblica dell'alcol illegale e dell'autoproduzione di alcol, compresi il loro monitoraggio e la loro sorveglianza.

Le politiche sopra elencate sono anch'esse raccomandate dall'OMS al fine di prevenire tra i giovani le lesioni non intenzionali (lesioni stradali), il maltrattamento di minore³⁷ e la violenza giovanile, sessuale o qualsiasi altra forma di violenza di genere³⁸.

Linee guida esistenti e strumenti/fonti per ulteriori informazioni

- Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. WHO, 2010.

Iniziative multicomponenti basate sulla comunità

Breve descrizione

A livello di comunità, gli sforzi di mobilitazione per creare collaborazioni, gruppi operativi, coalizioni, gruppi d'azione, ecc. raggruppano una serie di attori differenti nella comunità per affrontare il consumo di sostanze. Alcune collaborazioni con la comunità avvengono spontaneamente. Tuttavia, di solito, l'esistenza di collaborazioni con la comunità su larga scala è il risultato di un programma mirato che fornisce supporto finanziario e tecnico alle comunità, al fine di garantire e sostenere nel tempo gli interventi e le politiche di prevenzione basati sull'evidenza. Le iniziative basate sulla comunità spesso sono a più componenti e agiscono in contesti differenti (come ad esempio scuole, famiglie, media, controlli ecc.)

³⁷ WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

³⁸ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

Evidenze disponibili

Nella panoramica delle revisioni sistematiche non è stata individuata alcuna nuova revisione.

Nella prima edizione, tredici revisioni hanno riportato risultati riguardo questo intervento³⁹.

Per quanto riguarda i risultati principali, secondo gli studi sopra citati, le iniziative multicomponenti basate sulla comunità possono prevenire il consumo di sostanze, alcol e tabacco.

Anche se la maggior parte dell'evidenza riportata proviene dagli Stati Uniti e dal Canada, dall'Europa e dall'Australia, alcuni degli studi sulle iniziative a più componenti basate sulla comunità, in particolar modo riguardo il tabacco, provengono dall'Asia.

Mobilizzare le comunità per prevenire la vendita ed il consumo di alcol tra i minorenni che bevono e sviluppare e supportare ambienti privi di alcol, specialmente per i giovani e per altri gruppi a rischio è una delle aree d'azione identificate come efficaci dall'OMS nel Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Supportare a livello locale l'applicazione delle politiche su tabacco e alcol.
- ✓ Lavorare in diversi contesti comunitari (famiglie e scuole, posti di lavoro, luoghi di svago, ecc.)
- ✓ Coinvolgere le università nell'aiutare l'implementazione di programmi basati sull'evidenza e il loro monitoraggio e valutazione.
- ✓ Alle comunità viene proposto un servizio di formazione e risorse adeguato.
- ✓ Le iniziative vengono mantenute nel medio termine (per più di un anno).

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- CCSA (2010), Community-Based Standards, Canadian Standards for Youth Substance Use Prevention, Canadian Centre on Substance Use, Ottawa, Canada.

³⁹ Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröder-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) and Spoth (2008b).

Campagne mediatiche

Breve descrizione

Le campagne mediatiche sono spesso il primo e/o il solo intervento fornito dai responsabili politici riguardo la prevenzione del consumo di sostanze nella popolazione. Questo perché grazie alla loro visibilità sono in grado di raggiungere un vasto numero di persone in modo relativamente semplice.

Evidenze disponibili

Sei revisioni hanno riportato risultati per questo tipo di intervento, cinque di esse provengono dalla nuova panoramica⁴⁰.

Per quanto riguarda i risultati principali, gli studi sopra citati, hanno riportato risultati contraddittori per quanto riguarda la prevenzione del consumo di tabacco, alcol e sostanze, le uniche eccezioni riguardano le campagne contro il tabacco in combinazione con altri elementi di prevenzione.

L'evidenza riportata proviene dal Nord America, dall'Australia, dalla Nuova Zelanda e dall'Europa.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia e/o l'efficienza secondo il parere degli esperti.

- ✓ Identificare in modo preciso il gruppo oggetto della campagna.
- ✓ Il progetto si basa su una base teorica solida.
- ✓ Progettare i messaggi sulla base di una solida ricerca formativa.
- ✓ L'intervento è fortemente collegato ad altri programmi di prevenzione delle sostanze esistenti nei contesti familiari, scolastici e nella comunità.
- ✓ Assicurare un'esposizione di lungo periodo ed adeguata al gruppo oggetto della campagna.
- ✓ Il progetto viene valutato regolarmente.
- ✓ Indirizzare l'intervento ai genitori, in quanto ciò sembra abbia un effetto anche sui bambini.

⁴⁰ Allara et al. (2015), Carson et al. (2017), Ferri et al. (2013), Gould et al. (2013), Guillaumier et al. (2012), Hopkins (2001).

- ✓ Mirare a cambiare le norme culturali riguardanti il consumo di sostanze e/o educare circa le conseguenze del consumo di sostanze e/o suggerire strategie per affrontare il consumo di sostanze.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con la mancanza di efficacia e/o efficienza o con effetti indesiderati secondo il parere degli esperti.

- ✗ Campagne mediatiche mal progettate o con scarse risorse dovrebbero essere evitate, siccome possono peggiorare la situazione rendendo il gruppo in questione immune o sprezzante nei confronti di altri interventi e politiche.

Luoghi di intrattenimento

Breve descrizione

I luoghi di intrattenimento sono bar, club, ristoranti, così come i luoghi all'aperto o contesti particolari dove possono svolgersi eventi su ampia scala. Possono sia avere un impatto positivo sia un impatto negativo sulla salute ed il benessere dei cittadini, siccome forniscono spazi di interazione sociale e aiutano l'economia locale, ma allo stesso tempo, vengono classificati come contesti ad alto rischio per molti comportamenti rischiosi, come il consumo di alcol e sostanze, comportamenti ostili e aggressivi o guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti.

La maggior parte dei programmi di prevenzione che utilizzano i luoghi di intrattenimento includono numerose componenti tra cui la formazione del personale e dei dirigenti e la gestione dei clienti in stato di ebbrezza, i cambiamenti delle politiche e delle normative, come ad esempio quelle riguardanti la vendita di alcol ai minorenni o a persone in stato di ebbrezza, le politiche riguardanti la guida in stato di ebbrezza o di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, mettere in luce l'applicazione delle leggi e delle norme esistenti e la comunicazione per accrescere la consapevolezza e l'accettazione del programma col fine di cambiare gli atteggiamenti e le norme, e offrire consulenze ai dirigenti e al personale.

Evidenze disponibili

Tre revisioni hanno riportato risultati positivi riguardanti questo tipo di interventi⁴¹, una di queste proviene dalla nuova panoramica.

⁴¹ Bolier (2011), Brennan (2011), Kingsland et al. (2016)

Per quanto riguarda i risultati principali, secondo gli studi sopra citati, la formazione del personale, le politiche e la loro applicazione hanno riportato alcune tracce di efficacia circa la prevenzione dell'intossicazione alcolica, il rischio di consumo di alcol ed i danni ad esso legati, anche nel contesto degli eventi sportivi.

Tutta l'evidenza proviene dal Nord America, dall'Europa e dall'Australia.

Caratteristiche che si ritengono essere associate con l'efficacia secondo il parere degli esperti.

- ✓ Formare il personale e la dirigenza circa la somministrazione responsabile e la gestione dei clienti in stato di ebbrezza;
- ✓ Fornire counselling e consulenza al personale e alla dirigenza che ne fanno richiesta;
- ✓ Prevedere una componente comunicativa forte al fine di accrescere la consapevolezza e l'accettazione del programma;
- ✓ Prevedere la partecipazione attiva delle forze dell'ordine e dei settori sanitari e sociali;
- ✓ Far rispettare le norme e le politiche esistenti sul consumo di sostanze nei luoghi di intrattenimento e nella comunità.

Linee guida esistenti e fonti per ulteriori informazioni

- UNODC, ATS prevention guide for policy makers.
- CICAD report: Insights for a drugged driving policy.

II. Ambiti di prevenzione che richiedono ulteriori ricerche

Attività dopo-scuola, sport ed altre attività ricreative strutturate

In molti paesi e comunità, è comune organizzare sport ed altre attività ricreative libere da sostanze, in modo da indurre i giovani a dedicarsi ad attività sane e prosociali, impedendo loro che assumino comportamenti rischiosi tra cui il consumo di sostanze.

La panoramica presa in considerazione per questa seconda versione aggiornata degli Standard ha trovato una sola revisione che riguarda le attività educative informali per uno sviluppo giovanile positivo. Essa non segnala alcun effetto o esiti poco convincenti.

La revisione della letteratura presa in considerazione per la prima edizione degli Standard ha identificato la presenza di tre revisioni che non segnalano studi che valutino l'impatto del coinvolgimento in eventi sportivi dei bambini come fattori di protezione o di mediazione all'uso di sostanze. La nuova panoramica di revisione non ha raccolto nuovi studi. Difatti, si nota che la partecipazione ad attività sportive di per sé non è sempre associata a tassi inferiori di consumo di sostanze e anzi è stata associata a tassi maggiori di fumo e binge drinking.

La revisione dell'evidenza su cui si basano le linee guida OMS sulla prevenzione della violenza giovanile ha dimostrato che le attività dopo scuola e altre attività extracurricolari nel tempo libero, tra cui la formazione alle abilità sociali, sono risultate efficaci nella riduzione della delinquenza, del consumo di alcol e di sostanze, e hanno diminuito l'abbandono scolastico. Sono state riscontrate tracce di evidenza provenienti da paesi a medio e basso reddito, ma la maggior parte degli studi hanno progetti di ricerca⁴² insufficientemente robusti.

È stato anche segnalato che i programmi dopo-scuola sono frequentemente rivolti ai giovani provenienti da contesti socioeconomici poveri o a giovani con problemi comportamentali. Diversi studi hanno evidenziato che aggregare i giovani ad alto rischio potrebbe avere effetti negativi o indesiderati. D'altro canto, ci sono esempi di programmi dove l'insegnamento dello sport viene utilizzato come scenario per fornire un'educazione alle abilità personali e sociali uno dei quali, Line Up Live UP, è stato recentemente sperimentato da UNODC in Africa ed in America latina.

⁴² WHO (2015), Preventing youth violence; WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

In generale, i responsabili politici dovrebbero agire con la massima prudenza nello scegliere di implementare questo tipo di intervento, e prevedere una forte componente di ricerca per valutarne l'impatto.

Prevenzione del consumo non medico di farmaci

Il consumo non medico di farmaci controllato dalle Convenzioni è un problema in crescita in molti paesi, e consiste nel consumo non medico di alcuni medicinali da banco. In alcuni paesi questo problema è secondo solamente al consumo di cannabis. Anche se molto più diffuso in Nord America, ci sono richieste significative di trattamento anche in Europa, Africa, sud Asia e America latina. A seconda del paese e del tipo di sostanza, alcuni gruppi più vulnerabili (come i giovani, le donne, gli anziani, gli operatori sanitari, ma anche i bambini di strada e le forze armate in situazioni postbelliche) sembrano essere particolarmente a rischio. In più le conseguenze sociali e sanitarie del consumo non medico di farmaci possono essere tanto gravi quanto il consumo di altre sostanze controllate.

La panoramica presa in considerazione per questa seconda edizione degli Standard non ha identificato nessuna revisione sistematica specifica riguardo la prevenzione del consumo non medico di farmaci da prescrizione. Tuttavia, bisogna tener conto che la maggior parte delle strategie che sono state valutate come efficaci nella prevenzione del consumo di sostanze hanno forti componenti di sviluppo e pertanto i loro effetti non sono specifici per nessuna sostanza in particolare, sono dunque in grado di influire su diversi comportamenti a rischio. C'è un'evidenza emergente che gli interventi universali basati sull'evidenza in contesti scolastici, con le famiglie e nelle comunità sono efficaci anche nella prevenzione del consumo non medico di farmaci⁴³.

L'approvvigionamento di farmaci da prescrizione avviene attraverso diversi canali tra cui la falsificazione, la truffa, il furto e internet, così come attraverso i familiari o gli amici. Pertanto, in aggiunta a questi interventi, sarebbe ragionevole pensare che tutte queste fonti presentino opportunità per la prevenzione. Ci sono indicazioni che forniscono linee guida e consigli autorevoli ai medici, così come restrizioni e monitoraggi delle prescrizioni e creazioni di registri che cambieranno il loro comportamento in tema di prescrizioni e che limiteranno l'accesso a questi medicinali solo ai pazienti che ne necessitano. Considerata la grande influenza dei genitori sui giovani, e considerato che molti individui segnalano di ottenere le sostanze attraverso i familiari, rivolgersi ai genitori per aumentare la loro consapevolezza sulla necessità di consumo di farmaci da prescrizione solo sotto supervisione medica, sia per loro stessi che per i bambini, potrebbe essere un approccio promettente. Potrebbe essere utile intraprendere passi concreti a livello di comunità. Infine gli operatori sanitari potrebbero necessitare di formazione continua su come prevenire, riconoscere

⁴³ Spoth et al. (2017), Spoth et al. (2016), Spoth et al. (2013).

e gestire l'uso non medico dei farmaci da prescrizione e le relative conseguenze.⁴⁴

Si possono trovare ulteriori indicazioni su possibili politiche ed interventi per prevenire il consumo non medico di farmaci da prescrizione su UNODC (2011), il consumo non medico di farmaci, le questioni di direzione politica, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria e CICAD (2012), Guide to preventing prescription drug abuse, Inter-American Drug Abuse Control Commission, Washington D.C., USA.

Politiche ed interventi rivolti a bambini e giovani particolarmente a rischio

La panoramica presa in considerazione per questa seconda edizione degli Standard non ha identificato nessuna revisione sistematica specifica riguardo la prevenzione del consumo di sostanze tra i bambini ed i giovani particolarmente a rischio, malgrado l'evidenza indichi che sono spesso esposti alle sostanze fin da molto giovani. Questo gruppo comprende, ad esempio, i bambini o giovani che hanno finito la scuola, i bambini di strada, bambini o ex bambini soldato, bambini e giovani appartenenti a popolazioni sfollate o che escono da un conflitto, bambini e giovani in affidamento, in orfanotrofio e nel sistema giudiziario minorile.

Prevenzione dell'uso di nuove sostanze psicoattive non controllate dalle Convenzioni

Molti paesi sono testimoni della crescita recente del consumo di nuove sostanze psicoattive che non sono controllate dalle Convenzioni (i cosiddetti "euforizzanti legali" o "smart drugs")⁴⁵. La panoramica presa in considerazione per questa seconda edizione degli Standard non ha identificato nessuna revisione sistematica specifica riguardo la prevenzione di tali sostanze. Tuttavia, si nota che nel caso di consumo non medico di sostanze da prescrizione, la maggior parte delle strategie di prevenzione basate sull'evidenza scientifica non sono specifiche per alcuna sostanza. Ciò vale in modo particolare per le strategie che affrontano le vulnerabilità nella giovane età o che mirano a rinforzare le strategie positive per affrontarle al fine di prevenire il ricorso a strategie negative, compreso il consumo di sostanze. Pertanto, sembra ragionevole considerare che queste strategie dovrebbero essere efficaci anche

⁴⁴ From the draft version of The Surgeon General's Call to Action to Prevent Prescription Drug Abuse Among Youth: The Dangers of Improper Use of Controlled Medications, 2014 (unpublished) and UNODC (2011), The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

⁴⁵ UNODC (2017), World Drug Report, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

nel prevenire il consumo di queste nuove sostanze psicoattive. Tuttavia, questa è un'ulteriore area nella quale è necessaria una ricerca rigorosa.

L'influenza dei media

L'esposizione dei media influenza profondamente lo sviluppo psicologico dei giovani. In particolare, la cultura popolare (es. celebrità, film, musica) può influenzare fortemente l'avvio di una serie di comportamenti rischiosi come ad esempio il consumo di alcol e tabacco. Una serie di potenziali meccanismi potrebbero spiegare questa influenza, compreso il desiderio di assumere i tratti che rendono speciali le celebrità o la condivisione di atteggiamenti attraverso i social network. A causa del contesto unico di neurosviluppo dei giovani, questi sono particolarmente suscettibili all'influenza della cultura popolare e le loro azioni non sono semplicemente il risultato di un analfabetismo sanitario. Anche se questo argomento non viene discusso nel documento, dovrebbero essere garantite ulteriori ricerche al fine di esaminare il problema in modo più approfondito. Inoltre, facendo riferimento alla sezione rilevante del capitolo precedente, si nota che l'evidenza disponibile sull'efficacia delle campagne dei mass media è estremamente limitata. In questo contesto, è imperativo l'aumento delle ricerche sull'efficacia delle campagne.

III. Caratteristiche di un sistema di prevenzione efficace

Un sistema nazionale efficace di prevenzione delle sostanze è garante di una gamma di politiche ed interventi integrati basati sull'evidenza scientifica, su diversi contesti, rivolti ai livelli di età e di rischio interessati. Ciò non dovrebbe sorprendere se si considera l'interazione complessa dei fattori che rendono tanto simili bambini, giovani ed adulti vulnerabili al consumo di sostanze e ad altri comportamenti rischiosi. Non è possibile affrontare tali vulnerabilità semplicemente implementando un singolo intervento di prevenzione che spesso è isolato e limitato ad un periodo di tempo. L'obiettivo globale è quello di contribuire allo sviluppo sano e sicuro degli individui. Senza dubbi, un sistema di prevenzione efficace dovrebbe comprendere strategie che uniscono componenti ambientali e di sviluppo, con una componente minore volta all'informazione.

Per fornire una gamma di politiche ed interventi integrati, un sistema necessita di forti basi strutturali, che sono brevemente descritte in questa sezione:

- ✓ Una politica di supporto e un quadro giuridico;
- ✓ Evidenza scientifica e ricerca;
- ✓ Coordinamento dei diversi settori e livelli coinvolti (nazionali, sub-nazionali e municipali/ locali);
- ✓ Formare i responsabili politici e gli operatori;
- ✓ Impegno nel fornire risorse adeguate e sostenere il sistema a lungo termine.

1. Insieme di interventi e politiche basati sull'evidenza

La sezione precedente ha fornito una revisione globale delle politiche e degli interventi che si ritengono essere efficaci nella prevenzione del consumo di sostanze. Le strategie si differenziano in quattro aree principali: l'età del gruppo a cui sono destinate, il livello di rischio, il contesto nel quale la strategia viene applicata, e l'obiettivo delle misure (ambientale, di sviluppo, informazione). Un sistema efficace fornisce una gamma di interventi basati sull'evidenza al fine di:

- ✓ Aiutare i bambini ed i giovani nel corso del loro sviluppo ed in particolare modo nei periodi critici di transizione dove sono più vulnerabili, come ad esempio nella prima infanzia e nell'infanzia, oppure nella transizione tra infanzia ed adolescenza.
- ✓ Mirare alla popolazione nel suo insieme (prevenzione universale), ma anche aiutare i gruppi (prevenzione selettiva) e gli individui che sono particolarmente a rischio (prevenzione indicata).
- ✓ Affrontare i fattori di vulnerabilità e resilienza sia individuali che ambientali.
- ✓ Raggiungere la popolazione attraverso numerosi contesti (es. famiglie, scuole, comunità, posti di lavoro, ecc.).

2. Politiche di supporto e quadro normativo

Nessun programma, nessuna politica è a sé stante. Come indicato nell'introduzione, la prevenzione delle sostanze è una delle componenti fondamentali di un sistema incentrato sulla salute per assicurare che le sostanze siano disponibili per scopi medici e di ricerca, mentre la prevenzione dell'uso eccessivo e del consumo di droghe e altri tipi di sostanze psicoattive non impattano sull'onere della sanità. In tal senso, un sistema nazionale efficiente dovrebbe:

- ✓ Essere compreso in un sistema di controllo di sostanze completo e incentrato sulla salute che si assicuri che le sostanze siano disponibili per scopi medici e di ricerca, e al contempo prevenire l'uso eccessivo e il consumo di sostanze. Ciò include la riduzione dell'offerta, la terapia, cura e riabilitazione della tossicodipendenza, e la prevenzione delle conseguenze sociali e sanitarie del consumo di sostanze (es. HIV/AIDS, epatite C, overdose, guida sotto l'effetto di stupefacenti, ecc.)
- ✓ Essere basato sulla consapevolezza che i disturbi sanitari causati dal consumo di sostanze, si sviluppano in seguito a un'interazione complessa con l'ambiente di fattori genetici, biologici e psicologici e che devono essere curati e non puniti.
- ✓ Essere legato a una strategia sanitaria pubblica nazionale per lo sviluppo sano e sicuro del bambino, giovane e adulto, compresa la prevenzione, la terapia e la cura dei disturbi causati dal consumo di sostanze, così come la prevenzione di altri comportamenti dannosi o rischiosi.

Inoltre, ci sono importanti caratteristiche sociali che hanno un grande impatto sull'implementazione e l'efficacia della prevenzione basata sull'evidenza, come

ad esempio il grado di disuguaglianza, del capitale sociale e delle norme sociali riguardanti il consumo di sostanze psicoattive.

In più, l'attuazione dei programmi da parte sia di agenzie governative che non governative può essere ampiamente rafforzata se richiesto e supportato a livello nazionale da un regolamento appropriato che prevede:

- ✓ Gli standard nazionali, compresi gli standard di qualità, per gli interventi e le politiche per la prevenzione delle sostanze; oltre a questi standard, gli Standard di Qualità Europei per la Prevenzione delle Droghe sono stati sviluppati in Europa da un consorzio di istituzioni pubbliche e di ricerca ed hanno sviluppato Toolkits utili: per i responsabili politici che vogliono finanziare le strategie di qualità della prevenzione (Toolkit 1), per i professionisti che vogliono effettuare un'autovalutazione nell'ottica di migliorarsi (Toolkit 2) e per i gruppi nazionali che vogliono applicare rigorosamente gli standard europei (Toolkit 4); i materiali didattici (Toolkit 3); e in fine il portfolio degli standard del Canadian Centre on Substance Abuse sono esempi importanti;
- ✓ Si suggerisce, per quanto sia possibile, che gli standard nazionali incoraggino l'obbligo di implementare strategie basate solamente sull'evidenza scientifica; un modo per supportare ciò è di creare una banca dati di strategie basate sull'evidenza o di fare riferimento a banche dati esistenti come "Blueprints for Healthy Youth Development" e a quelle sviluppate in molti paesi europei con "Xchange", una banca dati europea al momento unica, sperimentata e resa disponibile da EMCDDA.
- ✓ Standard professionali nazionali dei responsabili politici e dei professionisti per la prevenzione dell'uso di sostanze, possibilmente all'interno di un sistema di accreditamento; un sistema di accreditamento dovrebbe anche sostenere la professionalizzazione sul campo e la creazione di organizzazioni di professionisti, così come succede nel campo della terapia dei disturbi mentali causati dal consumo di sostanze; International Society of Substance Use Professionals (ISSUP) può fornire un'esperienza pilota di sperimentazione e dare un supporto utile.
- ✓ Una politica che obblighi le scuole ad applicare i programmi e le politiche sul consumo di sostanze basati sull'evidenza nel contesto della sanità o nell'educazione e nella promozione sociale, comprendendo standard su come farlo;
- ✓ Una politica che obblighi i datori di lavoro ad applicare i programmi e le politiche sulla prevenzione del consumo di sostanze sul posto di lavoro, comprendendo standard su come farlo;
- ✓ Una politica che obblighi il sistema sanitario, sociale ed educativo ad aiutare le famiglie nel nutrire lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dei loro bambini.

3. Una base robusta di ricerca ed evidenza scientifica

Un sistema nazionale efficace di prevenzione delle sostanze dovrebbe sia basarsi sull'evidenza scientifica sia supportare gli sforzi di ricerca per contribuire all'evidenza. Si suggeriscono due criteri: 1) da una parte, le politiche e gli interventi dovrebbero essere scelti in base a una idea precisa di quella che è la situazione reale. Questo approccio sistemico comprende l'identificazione della popolazione più vulnerabile al primo uso di sostanze psicoattive, una possibile causa per cui stiano iniziando, e quali politiche ed interventi rispondono più efficacemente a questa situazione; 2) dall'altra, l'efficacia e dove è possibile il rapporto costo/efficacia delle politiche e degli interventi adottati, devono essere rigorosamente valutati. I risultati di questa valutazione rigorosa permetteranno ai responsabili politici di conoscere l'impatto sui risultati, come la diminuzione del primo consumo di sostanze, e successivamente informare ed espandere le conoscenze di base relative agli interventi di prevenzione. E' anche importante che questa ricerca e le sue scoperte siano verificate da esperti, pubblicate e discusse nei limiti del possibile.

Programmazione basata sulle evidenze

Per quanto riguarda la prima dimensione, un sistema di informazione dovrebbe essere nella posizione di fornire la conoscenza necessaria della situazione, così come le opportunità di usare queste conoscenze per ideare un programma. Per affrontare tale dimensione, un sistema nazionale efficace di prevenzione dovrebbe comprendere:

- ✓ Un sistema di informazione che regolarmente raccoglie e monitora informazioni su:
 - La prevalenza: in percentuale quante persone (per età, genere, ed altre importanti caratteristiche) stanno facendo uso di quale/i sostanza/e? In quale quantità e quanto spesso? Quali sono le conseguenze socio-sanitarie?
 - L'inizio del consumo di sostanze: a quale età le persone (specialmente i giovani) incominciano a consumare droghe e/o altre sostanze?
 - Le vulnerabilità: Perché le persone, specialmente i giovani, iniziano a consumare droghe e/o altre sostanze? Tra i bambini qual è la situazione riguardante i fattori noti essere legati al consumo di sostanze (es. l'educazione, lo scarso attaccamento alla scuola, violenze e abusi, ecc)?
- ✓ Un meccanismo formale che regolarmente faccia fluire i dati generati dal sistema di informazione al sistema di programmazione che a sua volta dovrà considerare:

- Le strategie necessarie: le politiche e gli interventi basati sull'evidenza sono stati efficaci rispetto alla situazione identificata?
- La disponibilità e la copertura delle strategie esistenti: quali di queste politiche ed interventi sono state applicate? Che percentuale della popolazione bisognosa è stata raggiunta da queste politiche e da questi interventi?
- La qualità delle strategie esistenti: le politiche e gli interventi in corso sono basati sull'evidenza scientifica? (questo si riferisce alla conoscenza scientifica delle vulnerabilità interessate e/o all'adattamento sistematico dei programmi basati sull'evidenza).
- L'efficacia delle strategie esistenti: le strategie sono state valutate? (vedi sotto), Se sì, quali sono stati i risultati? In generale, che cosa ci dicono i dati registrati dal sistema di informazione riguardo l'efficacia del sistema di prevenzione?
- Le risorse e le infrastrutture disponibili che possono essere utilizzate come parte del sistema nazionale di prevenzione: quali istituzioni si occupano di prevenzione o dovrebbero farlo? Il finanziamento è centralizzato o decentralizzato? Come è stato concesso il finanziamento?
- Qual è il gap tra le strategie necessarie e la disponibilità, la copertura, la qualità e l'efficacia delle strategie sistemiche esistenti, le infrastrutture e le risorse?

Ricerca e programmazione

Il secondo criterio è pertinente alla valutazione delle politiche e dei programmi specifici di prevenzione. Come indicato, le strategie basate sull'evidenza menzionate nella sezione precedente non sono appropriate per l'obiettivo, a livello di risorse, o di ambiente culturale, anche se molti casi dimostrano il contrario. Potrebbero esserci altre politiche o programmi che si rivolgono a questi problemi con maggior successo. È imperativo che le politiche e i programmi selezionati siano:

- ✓ Basati su una conoscenza scientifica delle vulnerabilità a cui si riferiscono. In altre parole, per fare un esempio, si raccomanda vivamente che le politiche ed i programmi siano creati per rivolgersi ad un fattore di rischio o ad una situazione che si considera collegata ad un aumento del primo consumo (prima dell'insorgenza o nel momento in cui si rileva una prevalenza maggiore di consumo di sostanze) in base al *scientific research and a needs assessment* e non secondo le sensazioni individuali, per quanto queste siano cariche di preoccupazioni e buone intenzioni.
- ✓ Comprensivi di un monitoraggio scientifico e una componente di valutazione al fine di valutare quando questi interventi risultano avere i risultati desiderati. Questo implica una forte collaborazione con le

istituzioni accademiche e di ricerca (comprese le università, ma non solo), così come l'utilizzo di un progetto sperimentale o quasi sperimentale. Nel campo medico, nessun intervento dovrebbe essere applicato a meno che la ricerca scientifica non lo consideri come efficace e sicuro. Lo stesso dovrebbe accadere per gli interventi di prevenzione delle sostanze.

Va osservato che negli Standard, l'intento era di fornire un'indicazione dell'efficacia, o almeno dell'efficienza, di alcuni tipi di politiche ed interventi senza fare riferimento a specifici programmi basati sull'evidenza. Tuttavia, l'evidenza ha origine nella valutazione dei programmi specifici, questo significa che non si deve mai presumere che una strategia sia "praticamente analoga" nell'efficacia rispetto ad una basata sull'evidenza. Ad esempio, mentre ci potrebbe essere un'evidenza per le "visite pre parto e la fase neonatale" in generale, alcune strategie particolari di quel tipo possono essere efficaci mentre altre si sono dimostrate inefficaci anche se potrebbero avere alcune caratteristiche che si considerano associate con l'efficacia e/o l'efficienza. Questo è un altro motivo per cui la valutazione diventa cruciale.

Il Canadian Centre on Substance Abuse ha sviluppato strumenti utili per supportare il monitoraggio e la valutazione della prevenzione, e UNODC ha sviluppato un progetto di formazione per i responsabili politici che supportano una cultura di valutazione della prevenzione. Infine, il Course 3 del Coordinator Series of the Universal Prevention Curriculum è interamente dedicato al monitoraggio e alla valutazione.

Anche nel caso dell'applicazione di un programma basato sull'evidenza, il monitoraggio e la valutazione rimangono estremamente importanti nel contesto di un adattamento attento al programma. In questo caso, si consiglia che il processo comprenda:

- ✓ Un processo sistematico e attento di adattamento che non va a toccare i componenti principali del programma, e al contempo lo rende migliore nel nuovo contesto socioeconomico e culturale. Teoricamente dovrebbe avvenire con il supporto degli sviluppatori del programma. In questo contesto, la guida UNODC sulla formazione alle abilità genitoriali contiene un capitolo esclusivamente dedicato all'adattamento, mentre il Toolkit 4 degli European Drug Prevention Quality Standards ha sviluppato un processo attento e dettagliato per le stakeholder nazionali che vogliono adattare e adottare gli standard: processo questo estremamente utile;
- ✓ Un monitoraggio scientifico e componenti di valutazione con il fine di valutare dove il programma è effettivamente efficace nel nuovo contesto socioeconomico/culturale. Sarebbe preferibile una componente di controllo (possibilmente casuale). Sperimentare la fase pre e post raccolta dati e comparare questi ultimi con gli studi originali fornirebbe buoni indizi su dove il programma stia funzionando nel nuovo contesto e dove no; un vantaggio in più' dei programmi basati sull'evidenza è che gli strumenti di valutazione e monitoraggio sono già disponibili.

4. Diversi settori coinvolti a diversi livelli

I sistemi nazionali di prevenzione delle sostanze hanno l'obiettivo di garantire ai bambini, giovani e adulti l'opportunità di condurre stili di vita sani e sicuri in piu' contesti. Pertanto, le istituzioni nazionali da coinvolgere nella costruzione di politiche ed interventi di prevenzione sistematica devono essere molte e necessitano di un ruolo preciso e di un coordinamento.

Un sistema nazionale di prevenzione delle sostanze dovrebbe, dunque, coinvolgere i settori nazionali rilevanti (es. istruzione, salute, assistenza sociale, gioventu', lavoro, forze dell'ordine, ecc.) nella programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione delle sue componenti:

- ✓ I diversi livelli responsabili di un'implementazione coerente: nazionale (federale), sub-nazionale (statale/regionale/distrettuale-provinciale e municipale, locale)
- ✓ Una rappresentanza dei principali stakeholder. Potrebbe comprendere: l'amministrazione nazionale e sub-nazionale, municipale o locale, le agenzie governative di servizio, le agenzie non governative, i residenti e i capi delle comunità, le comunità religiose e i rispettivi capi, le università e altre istituzioni di ricerca ed il settore privato, dove opportuno.
- ✓ I ruoli strutturati e ben definiti e le responsabilità delle parti interessate: si dà molta importanza alla partnership e alla collaborazione delle varie parti interessate che lavorano insieme e si prendono la responsabilità di diversi elementi nello sviluppo di politiche e nella loro applicazione.
- ✓ Un chiaro meccanismo per fornire ai responsabili politici (centralizzati o meno) un'assistenza tecnica forte per guidarli nell'applicazione delle politiche ed interventi basati sull'evidenza.
- ✓ Una forte agenzia di governo e di coordinamento.

Non esiste un unico modo per organizzare l'implementazione delle strategie basate sull'evidenza. Per esempio, non devono necessariamente realizzarsi sotto forma di programmi, ma possono essere integrate nel lavoro quotidiano delle istituzioni e dei servizi come la scuola, l'animazione socio-educativa e i servizi sociali e sanitari. In questo caso, le strategie sono pianificate, gestite e coordinate centralmente, mentre l'applicazione si basa sul coordinamento multiprofessionale locale. Altri possibili esempi di quanto siano diversi i livelli:

- ✓ A livello nazionale i responsabili politici coordinano lo sviluppo delle politiche nazionali, impostano la qualità degli standard e supportano l'infrastruttura per l'applicazione attraverso finanziamenti adeguati per le strategie e per la formazione delle parti interessate.

- ✓ A livello locale i responsabili politici e/o le agenzie implementano le politiche e gli interventi, aggiornano i dati nel sistema di informazione, e migliorano attivamente le loro conoscenze ed abilità.
- ✓ Le ONG, i residenti e i capi delle comunità (dunque potrebbero essere incluse le comunità religiose ed i rispettivi capi) si mobilitano per i cambiamenti e l'accettazione delle politiche, influenzando le norme della comunità, applicando gli interventi e le politiche basati sull'evidenza; la mobilitazione della comunità è stata identificata come un fenomeno efficace e come un meccanismo di partecipazione per realizzare le strategie basate sull'evidenza.
- ✓ Le università e le istituzioni di ricerca analizzano i dati per migliorare le conoscenze sulla situazione riguardante l'uso di sostanze e monitorano e valutano le politiche nazionali, valutando gli interventi e le politiche nello specifico.
- ✓ Il settore privato supporta attivamente la prevenzione sul posto di lavoro e fornisce un contributo per gli interventi innovativi basati sull'evidenza.

5. Una solida infrastruttura nel sistema di implementazione

Per essere implementati efficacemente, le politiche e gli interventi devono essere supportati da risorse adeguate.

- ✓ Le agenzie che implementano le politiche e gli interventi necessitano finanziamenti adeguati.
- ✓ I professionisti che implementano le politiche e gli interventi devono essere formati adeguatamente con un aggiornamento continuo; il Coordinator Series of the Universal Prevention Curriculum è stato sviluppato e sperimentato a livello globale con un adattamento europeo: UPC-Adapt. Comprende nove corsi che forniscono una base solida e una panoramica completa della pratica basata sull'evidenza. Si sta sviluppando una seconda serie di prototipi.
- ✓ I responsabili politici della programmazione e dello sviluppo degli interventi e rafforzamenti delle politiche devono essere formati adeguatamente con un aggiornamento continuo.
- ✓ L'assistenza tecnica dovrebbe essere fornita sulle basi in corso al fine di supportare l'applicazione e la continua qualità dei miglioramenti.

- ✓ Le istituzioni accademiche e di ricerca devono essere finanziate adeguatamente supportando il monitoraggio scientifico e la valutazione come parte dell'implementazione della prevenzione.

6. Sostenibilità

La prevenzione delle sostanze è efficace ed economica, ma per realizzare il suo potenziale - come per tutte le politiche - deve essere disponibile un investimento a medio-lungo termine. A tale proposito, l'azione dei componenti sopracitati dovrebbe essere sostenuta attraverso i seguenti modi:

- ✓ Un meccanismo di revisione ed aggiustamento al sistema nazionale di prevenzione, a intervalli regolari;
- ✓ La realizzazione di politiche ed interventi basati sull'evidenza che sono stati programmati e implementati, con le risorse necessarie per essere attivi almeno nel medio termine;
- ✓ La raccolta regolare dei dati attraverso il sistema di informazione, compreso il feedback nel processo di programmazione/ revisione;
- ✓ Il continuo supporto della ricerca per la valutazione rigorosa delle politiche e degli interventi;
- ✓ Il continuo supporto nella formazione dei professionisti e dei responsabili politici coinvolti nella programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione delle strategie di prevenzione delle sostanze.

Figure 1 – Schematic representation of a national drug prevention system



