



Regione
Lombardia

ASL Milano 2

**Direzione Sociale
Dipartimento delle Dipendenze
Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze
OTDT**

Via Turati 4, 20063 - Cernusco sul Naviglio MI

QUADERNI DELLA PREVENZIONE

**“PREVENIRE I DISTURBI DA USO DI SOSTANZE IN BAMBINI E
ADOLESCENTI A RISCHIO: UNA REVIEW DELLE TEORIE E
EVIDENZE DI EFFICACIA DELLA PREVENZIONE INDICATA”.
EMCDDA – THEMATIC PAPERS 2009**

Traduzione a cura di Elena Bertolini e Sergio Salviati

Anno 2012 - Quaderno n. 6



Regione
Lombardia

ASL Milano 2

**Direzione Sociale
Dipartimento delle Dipendenze
Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze
OTDT**

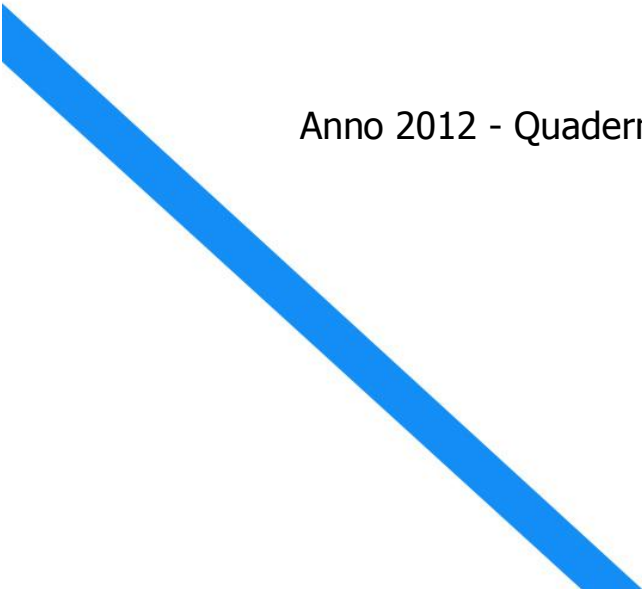
Via Turati 4, 20063 - Cernusco sul Naviglio MI

QUADERNI DELLA PREVENZIONE

**“PREVENIRE I DISTURBI DA USO DI SOSTANZE IN BAMBINI E
ADOLESCENTI A RISCHIO: UNA REVIEW DELLE TEORIE E
EVIDENZE DI EFFICACIA DELLA PREVENZIONE INDICATA”.
EMCDDA – THEMATIC PAPERS 2009**

Traduzione e sintesi a cura di Elena Bertolini e Sergio Salviati

Anno 2012 - Quaderno n. 6



A cura di
Elena Bertolini
Sergio Salviati

Dipartimento delle Dipendenze ASL Milano Due
tel. 0292654500 – fax. 0292654501
bertolini.elena@aslmi2.it

Direttore Dipartimento
Alfio Lucchini
lucchini.alfio@aslmi2.it

Responsabile OTDT
Giovanni Strepparola
strepparola.giovanni@aslmi2.it

www.aslmi2.it

Quaderni della Prevenzione. N.6. "Prevenzione Indicata". Settembre 2012

Riferimenti del documento originale:

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009),
Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention (Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg), disponibile all'indirizzo internet:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>.

Project leader: Gregor Burkhart.

Autori: Jörg M. Fegert, Renate Schepker, Ferdinand Keller, Andrea G. Ludolph, Paul L. Plener, Anette E. Williamson, Nora Volmer-Berthele, Laura E. Weninger (University of Ulm, Germany) Nestor D. Kapusta (Medical University of Vienna, Austria), Lisette't Hart-Kerkhoffs (VU University Medical Centre, Amsterdam, Netherlands).

Indice	
Introduzione	7
Premessa	8
Struttura del report	10
Capitolo 1 Principi di prevenzione indicata	11
1.1 Classificazione della prevenzione	11
1.2 Stima dei fattori di rischio	22
1.3 Conclusioni	24
Capitolo 2 Fattori di rischio e fattori protettivi nello sviluppo dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze	26
2.1 Introduzione	26
2.1.1 Metodo	27
2.2 Rischio psicosociale e familiare e fattori di protezione	29
2.2.1 Gruppo di pari	29
2.2.2 Famiglia	33
2.2.3 Attività Sociali	35
2.2.4 Gruppi ad alto rischio a scuola	37
2.2.5 Gruppi ad alto rischio in comunità	37
2.3 Rischi individuali e fattori protettivi	39
2.3.1 Effetti di genere	39
2.3.2 Personalità e temperamento	41
2.3.3 Psicopatologia	43
2.3.4 Traiettorie di rischio collegate alle sostanze	52
2.4 Neurobiologia dell'addiction	55
2.4.1 Introduzione	55
2.4.2 Il sistema di ricompensa cerebrale e le sue connessioni	59
2.4.3 Il circuito di ricompensa	60
2.4.4 Meccanismo delle sostanze psicoattive	62
2.5 Alterazioni del sistema di ricompensa predisponenti alla dipendenza nei disturbi psichiatrici	69
2.5.1 Alterazioni nella depressione	69
2.5.2 Alterazioni dell'ADHD	70
2.5.3 Collegamenti tra disturbi psichiatrici e abuso di sostanze in adolescenza	71
2.6 Influenze genetiche e uso di sostanze	73
Capitolo 3 Linee guida e standard per la valutazione e il trattamento delle condizioni di rischio psichiatrico per l'abuso di sostanze in adolescenza	77

Capitolo 4 Strategie e programmi nella prevenzione indicata	93
4.1 Introduzione	93
4.2 Risultati della ricerca in letteratura sulla prevenzione indicata	95
4.3 Programmi dalla letteratura	97
4.4 Programmi in Europa – Informazioni fornite dalle Agenzie Governative	108
4.4.1 Strategie di ricerca	108
4.4.2 Programmi segnalati dalle Agenzie Governative	113
4.4.3 Rassegna dei programmi di prevenzione indicata	119
4.5 Sommario	121
Capitolo 5 Aspetti Etici	125
5.1 Introduzione	125
5.2 Rispetto per le persone	126
5.3 Beneficenza	129
5.4 Giustizia	132
5.5 Conclusioni	133
Capitolo 6 Conclusioni e raccomandazioni	135
6.1 Conclusioni	135
6.2 Raccomandazioni	141
6.2.1 Definizioni	141
6.2.2 Ricerche	142
6.2.3 Programmi	143
6.2.4 Etica	144
6.2.5 Politiche	144
6.3 Considerazioni finali	146
Sommario	149
Bibliografia	153
Risorse online	172
Appendice	173
Strumenti di valutazione	173
Programmi categorizzati come programmi di prevenzione indicata	175
Modelli logici di programmi di prevenzione indicata in letteratura	186
Modelli logici di programmi di prevenzione indicata segnalati dalle Agenzie Governative Europee	193

INTRODUZIONE

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano Due ha tradotto un lavoro realizzato dall'EMCDDA, curato da Gregor Burkhardt.

Il lavoro è in continuità con i "Quaderni" precedenti e ha l'obiettivo di fornire agli operatori dell'ASL Milano Due validi supporti e spunti di riflessione sulle evidenze di efficacia e sulle buone prassi in ambito preventivo, dedicandosi in questo caso alla Prevenzione Indicata, una tematica poco trattata e scarsamente diffusa negli interventi preventivi del nostro territorio.

Con la traduzione di questo lavoro dell'EMCDDA si intende stimolare una riflessione su quell'area di intervento che si colloca tra le tematiche della prevenzione e quelle tipiche del trattamento.

Individuare ed intervenire sui soggetti che presentano segnali di rischio individuale per lo sviluppo di una dipendenza, richiede un grosso lavoro di dialogo e di interconnessione tra gli operatori dei Servizi Specialistici che si occupano prevalentemente di cura e quelli della Rete Territoriale impegnati nella prevenzione.

Obiettivo non secondario è quello di individuare precocemente quei fattori di rischio che risultano fortemente collegati con lo sviluppo di dipendenze successive, per anticiparne l'intervento.



*Dott. Prof. Alfio Lucchini
Direttore dipartimento dipendenze Asl Milano 2*

“Prevenire i disturbi da uso di sostanze in bambini e adolescenti a rischio: una review delle teorie e evidenze di efficacia della prevenzione indicata”.

Emcdda – THEMATIC PAPERS 2009.

8

Premessa

Il piano d'azione dell'UE sulle droghe (2005-2008) ha incluso tra i suoi obiettivi il miglioramento dei programmi di riduzione della domanda di droga, in particolare per quanto concerne la loro copertura, accessibilità, qualità e valutazione, garantendo al tempo stesso un'efficace diffusione di buone prassi valutate (obiettivo 7). Il piano d'azione ha posto come obiettivo quello di migliorare i metodi per la diagnosi precoce dei fattori di rischio e dell'intervento precoce (obiettivo 10).

Nel 2006, l'Emcdda ha pubblicato un bando di gara per effettuare una revisione dei principi e delle evidenze di base della prevenzione indicata e per individuare le migliori pratiche negli interventi all'interno di quest'area.

Il bando di gara ha sottolineato la necessità di:

- 1) aumentare la conoscenza e la comprensione dei comportamenti a rischio, concentrandosi sui problemi di salute mentale che si verificano durante l'infanzia e che aumentano il rischio di sviluppare problemi connessi alle droghe;
- 2) identificare i modelli di buone pratiche delle attività di prevenzione dell'uso di sostanze che si rivolgono ai bambini a rischio negli Stati membri dell'UE, nei paesi candidati e in Norvegia.

Il presente rapporto è stato preparato da un'equipe multidisciplinare di medici, psicologi e pedagogisti. I capitoli seguenti presentano una review di ricerche (realizzate negli Stati membri dell'UE e al di fuori dell'Europa) e di interventi di prevenzione rivolti a gruppi target a rischio, incluse le famiglie vulnerabili e quelle con bambini vulnera-

bili. Particolare attenzione è stata dedicata alla revisione della letteratura e alle conoscenze di base degli aspetti biologici e psicologici della prevenzione indicata, nonché dei fattori di rischio a livello individuale.

L'approccio adottato dal gruppo di studio si è prima concentrato sulle conoscenze di base, sulla neurobiologia e sui fattori di rischio e successivamente si è concentrato su questioni di applicabilità pratica. Così, oltre ad una revisione sistematica della letteratura scientifica, sono stati valutati differenti programmi in tutta Europa al fine di fornire un quadro panoramico della 'prevenzione indicata'.

Il processo di inclusione di un maggior numero di contributi possibili sull'evoluzione dell'uso di droghe ha portato alla necessità di porre particolare attenzione alle conoscenze neurobiologiche dell'addiction, che rappresenta un tema in espansione.

Nel condurre la review si è più volte osservato come spesso rimanga non diagnosticata e non trattata la popolazione ad alto rischio di sviluppare nel corso della vita un disordine da uso di sostanze (ad esempio le persone in affidamento che presentano alti tassi di disturbi).

Gli ambiti del benessere dei giovani e la medicina sembrano spesso coesistere come entità reciprocamente esclusive, con poca o nessuna interazione, impedendo la possibilità di identificare e affrontare le esigenze della popolazione ad alto rischio.

Un messaggio importante di questo report riguarda la necessità di una maggior messa in rete per individuare e trattare i soggetti ad alto rischio. Obiettivo chiave di questa pubblicazione è quello di contribuire a creare l'intesa necessaria per attivare questo livello di messa in rete tra coloro sono coinvolti nella cura dei giovani vulnerabili.

Struttura del report

Il Capitolo 1 contiene un'introduzione sui principi della prevenzione indicata e una riflessione sulla sua definizione operativa, utilizzata per elaborare successive valutazioni.

10 Nel capitolo 2 sono presentati i risultati della ricerca sui fattori di rischio e protettivi, psicosociali e individuali. Il capitolo include le evidenze su noti fattori protettivi e di rischio di tipo psicosociale e familiare indicati in letteratura, riferendosi anche a gruppi ad alto rischio. Una parte importante del capitolo riguarda la descrizione delle prospettive individuali e dello sviluppo neurologico, che presentano nuove scoperte nei percorsi di crescita.

Un'attenzione particolare è data alla psicopatologia infantile connessa con un elevato rischio di sviluppo successivo di abuso di sostanze.

Tutto questo è seguito da una panoramica di studi longitudinali che descrivono la carriera di abuso, con l'obiettivo di utilizzare la traiettoria di consumo delle sostanze per l'identificazione dei sottogruppi. Infine, è presentata un'analisi della neurobiologia dell'addiction.

Il Capitolo 3 elenca le linee guida e le indicazioni pratiche per la valutazione e il trattamento di specifiche condizioni di rischio psichiatrico per l'abuso di sostanze in adolescenza, disponibili nella UE, Germania, Regno Unito e Stati Uniti.

Il Capitolo 4 cataloga i programmi individuati in letteratura e quelli segnalati dalle agenzie governative e associate, o rintracciati tramite ricerche in internet. Il capitolo include anche una sezione metodologica nella quale sono esplicitate le procedure per valutare le informazioni rilevanti.

Il capitolo 5 valuta le questioni etiche che si sono dibattute nelle sedi pubbliche e professionali.

Il capitolo 6 sintetizza i risultati delle ricerche nonché gli attuali programmi di prevenzione indicata e fornisce raccomandazioni per ulteriori sviluppi.

CAPITOLO 1

Principi della prevenzione indicata

1.1 Classificazione della prevenzione

La prevenzione indicata può essere intesa come la terza parte della “catena preventiva” che parte dalla prevenzione universale e dalla prevenzione selettiva per arrivare alla prevenzione indicata, aree che presentano numerose sovrapposizioni ai loro confini. Di seguito, nel documento, sono presentate diverse definizioni ampiamente utilizzate per mostrare l’origine della definizione utilizzata in questo report¹. Una delle definizioni più ampiamente citate sull’approccio di “prevenzione universale, selettiva, indicata” (da ora in poi indicata come USIP) è quella di Mrazek e Haggerty (1994), elaborata per l’Istituto di Medicina (IOM). Questo modello può essere spiegato attraverso un grafico (fig. 1.1), sintetizzato nella tabella 1.1.

11

¹ Il concetto di prevenzione indicata è distinto da quello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Per l’uso di quest’ultimo concetto in un contesto psichiatrico è utile fare riferimento alla dichiarazione di consenso in materia di prevenzione dell’associazione Mondiale di Psichiatria (WPA). Qui sono definiti i tre obiettivi principali della prevenzione WPA (dicembre 2003). Prevenzione primaria: identificazione e interventi con i gruppi ad alto rischio, è raccomandata ad es. la cura prenatale, l’avvio di programmi di vita sani, a favore della genitorialità, e programmi di collaborazione multi agenzia. Prevenzione secondaria: sono raccomandati interventi pre-morbosi nella malattia mentale come la depressione, il disturbo da stress post-traumatico, l’abuso di sostanze o psicosi. Prevenzione terziaria: questo è stato definito come un intervento precoce nella malattia mentale, ad esempio nei programmi di trattamento e riabilitazione di comunità. L’Associazione Mondiale di Psichiatria ha anche definito gli obiettivi relativi all’educazione della comunità sulla malattia mentale (prevenzione secondaria) e sulla riduzione della stigmatizzazione (prevenzione terziaria).

Tabella 1.1: Classificazione delle strategie di prevenzione, Istituto di Medicina (Mrazek e Haggerty, 1994)

<i>Strategie</i>	<i>Popolazione target</i>	<i>Esempi</i>	<i>Rischi/effetti negativi</i>	<i>Costi</i>
Universale	Popolazione generale Popolazione non identificata da rischi individuali	Vaccinazioni infantili; programmi contro il divorzio nei counselling prematrimoniali	Bassi	Vantaggi: bassi costi per individuo
Selettiva	Individui o sottogruppi con un rischio significativamente alto di sviluppare disturbi Il rischio potrebbe essere imminente o nell'arco della vita Gruppi di rischio: biologici, psicologici, sociali	Programmi prescolastici per bambini in quartieri poveri	Minimi o non esistenti	Vantaggi: non supera un livello moderato di costi
Indicata	Soggetti ad alto rischio con minimi ma rilevabile segni o sintomi che prefigurano il disturbo, ma non soddisfano livelli diagnostici dello stesso. Soggetti asintomatici con marcatori e individui sintomatici con sintomi precoci.	Training per l'interazione genitore-bambino per bambini con problemi comportamentali	Alcuni rischi	Può essere ragionevole, nonostante i costi elevati

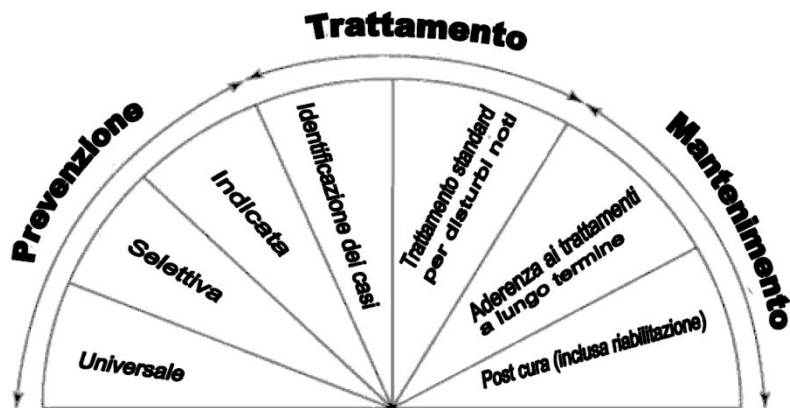


Fig. 1.1 il continuum del modello di cura dell'Istituto di Medicina

Il nuovo quadro di riferimento di Springer e Phillips (2007) dell'Istituto di Medicina fornisce prima di tutto una descrizione generale dei target dei differenti tipi di prevenzione (Tabella 1.2). In una descrizione più dettagliata delle tre differenti tipologie di prevenzione, Springer e Phillips sottolineano come “la prevenzione indicata è indirizzata agli individui selezionati con problemi precoci associati all'abuso di sostanze”. Essi puntualizzano come i “sintomi o i segni” osservabili possono essere sia direttamente collegati all'abuso di sostanze sia a problemi associati all'abuso di sostanze (ma che non soddisfano i criteri diagnostici del DSM IV per la dipendenza).

Tabella 1.2: Classificazione degli approcci di prevenzione rivisitata dall'Istituto di Medicina (Springer and Phillips, 2007).

Prevenzione Universale	Rivolta alla popolazione generale o a segmenti della popolazione con una probabilità di rischio o di sviluppare il disturbo nella media
Prevenzione Selettiva	Specifiche sottopopolazioni con rischi significativamente sopra la media, imminenti o riferiti al corso della vita
Prevenzione Indicata	Rivolta a individui identificati con minimi ma identificabili segni o sintomi che suggeriscono un disturbo

Questo sembra aprire la strada al fatto che i sintomi associabili ad una progressione dell'abuso di sostanze possono essere riconosciuti come parte di un disturbo psichiatrico infantile, il che consente di trattare questi sintomi di conseguenza.

Anche se il nuovo quadro di riferimento dell'IOM sottolinea come le misure di prevenzione indicata siano uno "stadio critico nel continuum della cura", questo settore sembra essere piuttosto trascurato e non è facile ottenere finanziamenti per gruppi che necessitano di attività di prevenzione e che possono anche avere bisogno di cure. L'alto costo di realizzazione dei programmi di prevenzione indicata (che spesso sono formulati su base individuale) è un ulteriore ostacolo all'inclusione di tali misure nei piani di prevenzione.

La definizione dei criteri di inclusione per la prevenzione indicata determina la popolazione target dell'intervento. A questo scopo Springer e Phillips suggeriscono esplicitamente di definire i tipi di criteri utilizzati per la selezione del target e la loro relazione con lo sviluppo dell'abuso di sostanze.

Concludendo da altri studi, essi riassumo i seguenti punti:

- Lo scopo dell'intervento è quello di impedire la progressione verso un disturbo (DSM- IV)
- La prevenzione indicata dovrebbe prevenire la dipendenza e i danni associati piuttosto che cercare di evitare l'iniziazione e l'uso
- Gli indicatori dovrebbero correlare più fortemente con l'abuso di sostanze rispetto agli indicatori utilizzati negli interventi selettivi
- E' richiesto uno strumento o una procedura di screening per identificare gli individui a rischio
- Non sono adatti indicatori riguardanti il livello familiare, dei pari o della comunità; mentre sono appropriati indicatori individuali (come "l'insuccesso scolastico, il coinvolgimento nel sistema della giustizia, problemi di salute o di salute mentale,

violenza o aggressione, bingedrinking, violazione dell'uso di sostanze").

I tre principali metodi di reclutamento sono:

- Auto-invio;
- Segnalazione degli insegnanti;
- Processi di screening iniziale (ad esempio segnalazioni automatiche di studenti violenti o che consumano sostanze).

15

Per ottenere una valutazione dell'efficacia, Springer e Phillips suggeriscono che potrebbe essere utilizzata come variabile la riduzione dell'uso o la riduzione di un uso particolarmente dannoso.

Se ci sono problemi multipli o concomitanti, trattati durante l'intervento, anche questi indicatori dovrebbero essere valutati come parte dell'esito.

Per sintetizzare il punto di vista dell'Istituto di Medicina (IOM) includendo un approccio simile come quello del National Institute on Drug Abuse's (NIDA,1997), la prevenzione indicata:

- Si rivolge ad individui con segni o sintomi minimi ma rilevabili di uso di sostanze o di comportamenti associati;
- Si rivolge ad individui ad alto rischio con indicatori iniziali di uso di droghe (consumi di alcol, fallimenti scolastici, uso di cannabis) ma che non soddisfano i criteri della diagnosi di dipendenza del DSM-IV;
- Gli individui devono essere identificati prima dell'intervento preventivo;
- L'obiettivo dell'intervento non è quello di fermare l'iniziazione o l'uso ma prevenire lo sviluppo della dipendenza o dei disturbi correlati e ridurre l'ampiezza, la lunghezza e la frequenza dell'uso pericoloso;
- Gli indicatori definiti devono avere una forte correlazione con l'abuso di sostanze, in misura maggiore rispetto agli indicatori della prevenzione selettiva;

- Rischio individuale e fattori protettivi devono essere conosciuti al fine di determinare un intervento specifico.

16

La Divisione dei Servizi Sanitari degli Stati Uniti - Behavioral Health Services Division (commissione di politica sanitaria) definisce gli obiettivi dell'approccio USIP come segue:

- la prevenzione universale mira alla popolazione generale;
- la prevenzione selettiva è diretta a chi ha un rischio più alto della media di sviluppare un abuso di sostanze;
- la prevenzione indicata è diretta a chi già utilizza sostanze, o a coloro che sono impegnati in altri comportamenti ad alto rischio, per prevenirne l'uso cronico.

Conformemente alla classificazione IOM, il servizio nazionale sanitario britannico ha fornito le definizioni riportate nella tabella 1.3 (McGrath et al., 2006).

Un altro approccio per definire il continuum USIP è stato prodotto da Meili (2004) del servizio sanitario Svizzero (Bundesamt für Gesundheit, BAG). L'autore ha cercato di dimostrare una sovrapposizione con il modello della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Figura 1.2). All'interno di questo pensiero, l'“intervento precoce” potrebbe essere inteso come “prevenzione secondaria indicata”.

Toumbourou et al. (2007), in una review, hanno elaborato differenti rappresentazioni della prevenzione dell'abuso di sostanze e della dipendenza negli adolescenti, indicando per ognuna il livello di efficacia. Hanno inoltre descritto cinque distinte tipologie di intervento (vedi Tabella 1.4).

Essi definiscono la prevenzione universale, selettiva e indicata unicamente sulla 'base del livello di rischio di un disturbo nei vari gruppi target '.

Considerando che la prevenzione universale è diretta alla popolazione generale con rischio medio, la prevenzione selettiva è diretta ai gruppi con un rischio aumentato rispetto alla media, la prevenzione indicata si propone di intervenire sugli individui con precoci problemi emergenti.

Tabella 1.3: Classificazione della prevenzione del Servizio Nazionale di Salute Britannico

<i>Strategie</i>	<i>Popolazione target</i>	<i>Esempi</i>	<i>Rischi/effetti negativi</i>	<i>Obiettivi</i>
Universale	Interi gruppi di popolazione	Curriculum scolastici di prevenzione alle droghe	Tutti i membri si aspettano dei benefici	Prevenire nelle giovani popolazioni l'inizio dell'uso di sostanze illecite
Selettiva	Sottoinsieme della popolazione con un rischio sopra la media di sviluppare l'uso di droga: fattori di rischio biologici, psicologici o ambientali	Programmi doposcuola per bambini con problemi comportamentali	Rischi di stigmatizzazione	
Indicata	Individui a rischio di sviluppare uso di droghe, ma che non incontrano i criteri di dipendenza del DSM-IV	Riduzione del consumo di THC in utilizzatori non problematici	Screening per giudicare il livello di rischio Rischio di stigmatizzazione Avere dei fattori di rischio non significa necessariamente che si svilupperà un disturbo da uso di sostanze	

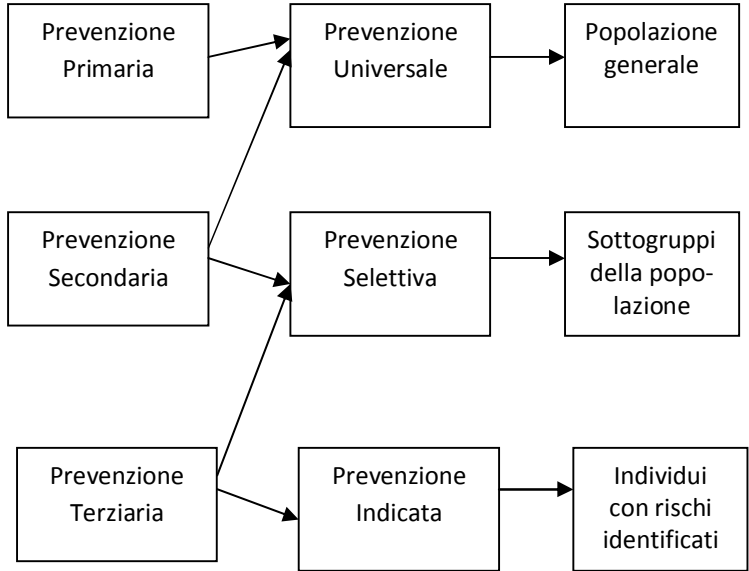


Figure 1.2: Sovrapposizioni tra le tipologie di prevenzione (Meili, 2004).

Tabella 1.4:Tipologie di Interventi principali e livello di evidenze (Toumbourou et al., 2007).

	Processo (popolazione)	Livello di evidenze
Regolamentazione	Utilizzando le leggi, le politiche e la loro applicazione per ridurre la disponibilità e la domanda (universale)	Efficace
Prevenzione dell'età evolutiva	Miglioramento delle condizioni per lo sviluppo dell'adolescente (mirato e universale) e del bambino sano	Efficace
Screening precoce e intervento breve	Brevi interventi motivazionali per ridurre l'uso ad alto rischio (mirato)	Efficace
Trattamento	Prevenzione terziaria dei disturbi da uso di sostanza (mirati)	Ulteriori valutazione richieste per stabilire l'efficacia
Riduzione del danno	Riduzione del danno, ma non necessariamente dei livelli di utilizzo (mirato e universale)	Efficace

Toumbourou et al (2007) presentano un modello dei fattori di rischio e protettivi per l'uso della sostanze e del danno correlato, basato sul lavoro di Loxley et al (2005). Questo modello si basa sul concetto di distale (ad esempio rischio precoce legato allo sviluppo, rischio sociale e comportamentale) e prossimale (ad esempio schemi e luoghi di consumo). All'interno di questo modello, i fattori individuali sono dal lato distale e quelli ambientali dal lato prossimale ed entrambi influenzano il livello possibile di danno da abuso di sostanze. Considerando che i fattori distali possono essere indirizzati attraverso interventi orientati allo sviluppo, di trattamento e di riduzione del danno, i fattori prossimali possono essere affrontati da interventi normativi, brevi, di trattamento e di riduzione del danno.

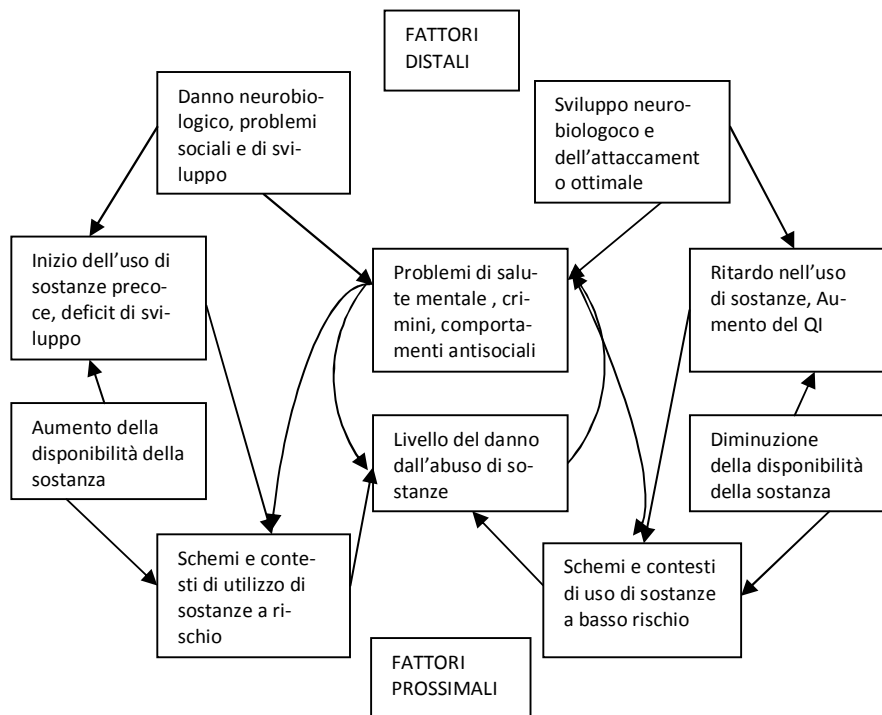


Fig.1.3 Fattori protettivi e di rischio per l'uso di sostanze (dopo Toumbourou et al, 2007)

L'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) fornisce un'altra definizione². Secondo questa visione, le strategie di prevenzione indicata sono destinate a prevenire l'insorgenza di abuso di sostanze nei soggetti che mostrano i primi segnali di pericolo, come ad esempio un peggioramento del consumo di alcol e di altre sostanze cancello. Lo sforzo è rivolto agli individui con “comportamenti simili all'abuso di sostanze ad un livello sub-clinico” con l'obiettivo di identificarli e raggiungerli con programmi speciali.

Le indicazioni della psicopatologia dello sviluppo e delle ricerche di psichiatria infantile sottolineano come i soggetti con un elevato rischio di fallimento rispetto ai compiti dello sviluppo (ad es. la scuola o il contatto con i pari) sono spesso predisposti ad un rischio elevato di sviluppare un abuso di sostanze, e molti disturbi psichiatrici infantili mostrano una forte correlazione con lo sviluppo di una dipendenza.

Poiché la prevenzione indicata può essere vista come un'area compresa tra il trattamento e la prevenzione selettiva, è necessario identificare i punti di sovrapposizione di queste due aree. Definizioni chiare del gruppo target per i differenti interventi, basate sul loro livello di rischio, rappresentano un importante fattore nel determinare l'efficacia.

Tuttavia, i confini tra le varie strategie di intervento non sono così netti (fig. 1.4). Nel definire la prevenzione indicata, la sovrapposizione fra questa e il trattamento è di grande interesse, poiché qui i “mondi” della prevenzione e del trattamento collidono. Tutto ciò può creare problemi in un momento di riduzione delle risorse finanziarie, poiché entrambi gli approcci potrebbero sostenere che sia dell'altra parte la competenza della cura di quella specifica popolazione.

Il compito di differenziare il trattamento della prevenzione indicata è reso più difficile dal fatto che lo stesso trattamento raramente è definito in modo chiaro. Nel documento pubblicato dalle Nazioni Unite 'Guidance for the measurement of drug treatment demand' in colla-

² Vedere: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index19259EN.html>

borazione con EMCDDA (UNODC, 2006) “ il trattamento è considerato come un intervento strutturato volto specificamente ad affrontare il consumo di droga di una persona.”, tuttavia, questa definizione rimane vaga nella sua applicabilità pratica. Per esempio le compagnie assicurative pagano per il trattamento dei disturbi classificati e definiti (ICD 10 o DSM IV) ma non per il trattamento delle condizioni che non definiscono un quadro diagnostico. Va sottolineato, però, che in presenza di un disturbo definito (in questo caso, un disturbo da uso di sostanze) è necessario il ‘trattamento’.

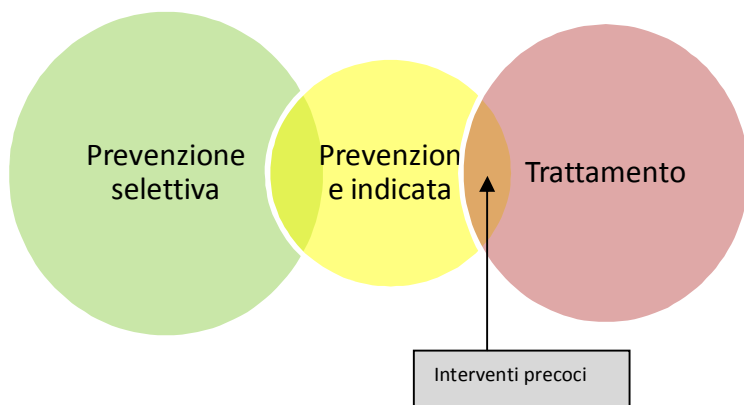


Fig. 1.4 Il continuum della prevenzione

All'interno del gruppo identificato come bisognoso di prevenzione indicata, è presente una parte per la quale è appropriato un “intervento precoce”. Questo sottogruppo comprende le persone che mostrano forti indicatori di sviluppo di abuso di sostanze nel corso della vita e che consumano droga, ma non in misura tale da permettere una diagnosi di disturbo da uso di sostanze o dipendenza secondo il ICD-10 o il DSM-IV. Rispetto ad altri approcci di prevenzione, l'intervento precoce è più vicino al trattamento e quindi spesso richiede il coinvolgimento dei servizi del sistema sanitario.

L'intervento precoce descrive un approccio collocato nell'area di sovrapposizione della prevenzione indicata e del trattamento. Il gruppo target è rappresentato dagli individui che già fanno uso di droghe, ma che non soddisfano i criteri per l'abuso di sostanze o di dipendenza del DSM IV o ICD-10.

22

L'intervento precoce può essere classificato come prevenzione, sebbene sia spesso necessario il trattamento in questa fase del consumo di sostanze stupefacenti.

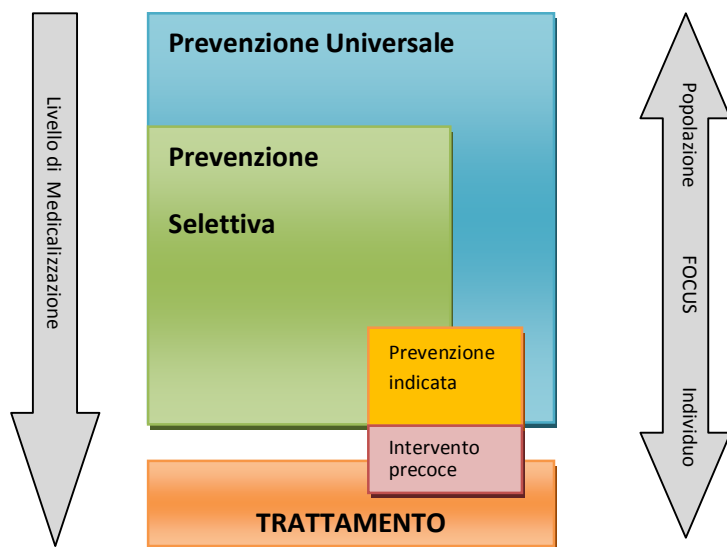


Fig. 1.5 Il continuum USIP-trattamento

1.2 Stima dei fattori di rischio

Poiché le sfere della prevenzione indicata e selettiva sono separate in funzione del potere predittivo degli indicatori (che definiscono una probabilità di sviluppare un disturbo del consumo di sostanze nel cor-

so della vita dell'individuo), è necessario capire come i fattori di rischio sono utilizzati per selezionare le persone.

Qui è necessario rivedere il concetto di probabilità condizionale, che può essere calcolato usando il Teorema di Bayes³. L'intuizione centrale di un approccio bayesiano è che 'una ipotesi è confermata da un qualsiasi corpo di dati che la verità rende probabile' (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2003). L'intuizione basata sul teorema di Bayes è particolarmente preziosa quando si tratta di realizzare screening per certi indicatori. In un test per la prevalenza di determinati fattori di rischio, sono utilizzati termini come specificità e sensibilità.

La sensibilità descrive il tasso di 'veri positivi', ovvero la porzione di popolazione con uno specifico indicatore che può essere individuato attraverso un certo test, mentre la specificità è il tasso di 'veri negativi', che descrive la percentuale di individui senza alcun indicatore che risultano negativi ai test. La conoscenza della specificità e della sensibilità di un test, unitamente alla conoscenza della prevalenza di un determinato indicatore nella popolazione permette la predizione della verosimiglianza di un risultato del test. Sulla base di questo approccio, la 'probabilità' può essere definita come la probabilità di una ipotesi divisa per la probabilità della sua negazione (se la probabilità che un cavallo da corsa vinca è di 7:5, significa che ha 7 possibilità su 12 di vincere la gara).

Per definire gli indicatori di un successivo abuso di sostanze è necessario guardare la probabilità condizionata (che significa: quanto è probabile che con un dato indicatore, in date circostanze, un individuo sviluppi un disturbo da uso di sostanze), che è definita come:

Probabilità Condizionata = probabilità incondizionata x potenza predittiva

³ Il teorema di Bayes fu creato da Thomas Bayes nel 1764 in "An essay towards solving a problem in the doctrine of chances".

Da questa equazione, è chiaro che la conoscenza della potenza predittiva di certi indicatori è un requisito essenziale in questo approccio di prevenzione.

Nella figura 1.5 è rappresentato un altro approccio che definisce la relazione tra il modello USIP e il trattamento. L'inclusione in uno dei gruppi è determinata dal fatto che sia prevalente o meno il rischio di utilizzo di una sostanza o di avere un disturbo da utilizzo di sostanze. Poiché sono necessari forti indicatori per l'inclusione nel gruppo della prevenzione indicate, gli indicatori hanno bisogno di riflettere le specifiche circostanze di un individuo sempre più quanto ci si sposta dalla prevenzione selettiva a quella indicata e ulteriormente verso il trattamento.

1.3 Conclusione

La prevenzione indicata può essere così sintetizzata:

- Interventi preventivi diretti all'individuo
- L'individuo si presenta volontariamente o è segnalato da un esperto, per esempio da genitori, insegnanti, assistenti sociali, pediatri
- L'individuo è identificato a livello individuale sulla base della valutazione di un professionista
- L'individuo potrebbe utilizzare sostanze, ma non rispettare i criteri per la dipendenza (secondo il DSM-IV o ICD-10) e/o mostrare indicatori che sono altamente correlati con un rischio individuale di sviluppare un abuso di sostanze nel corso della vita (come disturbi psichiatrici, fallimento scolastico, comportamento antisociale). L'uso di sostanze non è una condizione necessaria per l'inclusione negli interventi di prevenzione
- Si distingue dalla prevenzione selettiva per la forte correlazione e la natura individualizzata degli indicatori per lo sviluppo di un abuso di sostanze o di dipendenza

- Si distingue dal trattamento poiché per avere un trattamento gli individui devono soddisfare i criteri del DSM IV o del ICD 10 per l'abuso di sostanze
- L'obiettivo della prevenzione indicata non è necessariamente quello di impedire l'inizio o l'uso delle sostanze, ma di prevenire lo sviluppo della dipendenza, di diminuire la frequenza e evitare l'utilizzo 'pericoloso' delle sostanze (per es. utilizzo moderato di alcol invece di binge-drinking).

In aggiunta, alcune misure di prevenzione indicata sono classificate come interventi precoci, e sono così caratterizzate:

- Il termine “intervento precoce” definisce interventi mirati a individui con forti indicatori di consumo e utilizzo di sostanze stupefacenti (ma che non giustificano le diagnosi del DSM-IV o ICD-10)
- Gli interventi precoci sono situati all'interno dell'area di sovrapposizione tra la prevenzione indicata e il trattamento.

Nella review presentata nei capitoli successivi, tale definizione è utilizzata per valutare il livello di prevenzione all'interno della ricerca in letteratura all'interno dei programmi.

Dopo aver riesaminato le definizioni e gli obiettivi della prevenzione indicata, il prossimo capitolo esaminerà i fattori che possono precedere lo sviluppo di un disturbo del consumo di sostanze.

CAPITOLO 2

Fattori di rischio e fattori protettivi nello sviluppo di uso di sostanze e di disturbi da uso di sostanze.

2.1 Introduzione

26

L'adolescenza è la fase della vita in cui di solito avviene la sperimentazione delle sostanze. Gli adolescenti sono altamente vulnerabili alle influenze sociali, hanno più bassi livelli di tolleranza e una maggior probabilità di diventare dipendenti a dosi più basse rispetto agli adulti (Fowler et al., 2007). Tuttavia, la maggior parte degli adolescenti che sperimentano sostanze non diventano consumatori problematici.

Questo capitolo presenta una rassegna dei fattori di rischio e protettivi per lo sviluppo del consumo di sostanze e disturbi da uso di sostanze. I fattori di rischio includono la personalità, i fattori biologici, sociali e la ricerca di sensazioni, le aspettative positive in relazione all'uso di alcool, la presenza di una famiglia disfunzionale, l'uso di droghe da parte dei pari o dei genitori, l'ereditarietà genetica e i problemi di salute mentale. Le influenze che possono moderare o attenuare gli effetti dei fattori di rischio sono considerate come fattori di protezione e possono comprendere: la forza dell'attaccamento o del legame tra gli adolescenti e i genitori, caratteristiche personali come un'indole e un temperamento positivo e la presenza di sistemi di supporto esterno positivi. La traiettoria di uso delle sostanze può essere determinata da complessi rapporti tra fattori rischio e protettivi come, per esempio, i percorsi legati al bere (Masterman and Kelly, 2003). Esempi di fattori di protezione e di rischio per i diversi ambiti di intervento sono riportati nella tabella 2.1. Partendo da un contesto sociale ampio della popolazione a rischio, questa panoramica progressivamente restringe la sua attenzione all'individuo ad alto rischio.

Nelle sezioni 2.3-2.5, ci si focalizza su un ambito più individuale, comprendendo non solo i fattori di personalità, ma anche il rapporto con la neurobiologia e con la psicopatologia, dal momento che lo sta-

to di salute mentale sembra influenzare fortemente l'uso e il consumo di sostanze (alcol, sigarette, cannabis e/o di altre droghe illecite).

Tabella 2.1. Fattori di rischio e protettivi in sei ambiti di intervento

<i>Ambiti</i>	<i>Fattori di rischio</i>	<i>Fattori protettivi</i>
Individuo	Comportamenti aggressivi precoci	Autocontrollo
Famiglia	Assenza di controllo genitoriale	Controllo genitoriale
Pari	Abuso di sostanze	Competenze scolastiche
Scuola	Disponibilità delle droghe	Politiche antidroga
Istituzioni	Affido	Monitoraggio di professionisti, attività di svago
Comunità	Povertà	Forte attaccamento al quartiere

27

La sezione 2.3.4 si occupa dell'evoluzione del consumo e dell'abuso di sostanze. Poiché ci sono molti studi trasversali (retrospettiva) e longitudinali a breve termine sulle droghe legali e sulla cannabis, qui ci si focalizza sugli studi prospettici longitudinali effettuati ad intervalli di tempo diversi con una dimensione sufficiente del campione. Un altro criterio di selezione è dato da un'adeguata analisi statistica del cambiamento, preferibilmente con modelli che tengano conto della variazione delle traiettorie di cambiamento intra-individuali e dello sviluppo del rischio collegato. Una limitazione alle prove di efficacia che dovrebbe essere tenuta in considerazione, è legata ai problemi statistici che derivano da un'analisi congiunta delle traiettorie (per un esempio, vedere Muthén, 2001), il che porta la maggior parte di questi studi a concentrarsi sul decorso di una sola sostanza. Tra gli adolescenti, invece, si ritrova spesso il policonsumo.

2.1.1 Metodi

Nella letteratura scientifica si è effettuata una ricerca sui fattori di rischio, sulle traiettorie di abuso di sostanze stupefacenti, sulla neuro-

biologia della dipendenza e, infine, sui programmi di prevenzione indicata. La ricerca bibliografica iniziale è stata effettuata in PubMed, nei lavori pubblicati dal 1° gennaio 2000 fino al 31 luglio 2007.

I termini di ricerca utilizzati sono: 'bambini, adolescenza' e 'dipendenza, uso di sostanze, uso problematico di sostanze, abuso di sostanze, binge drinking, abuso di alcol, abuso di droghe, dipendenza dalle sostanze chimiche, consumo di alcol in età precoce'. Tale ricerca ha prodotto oltre 13.000 abstracts.

Per restringere l'analisi della letteratura agli aspetti di comorbidità sono stati utilizzati i seguenti termini: 'aggressività, disturbo antisociale di personalità, disturbo dell'attenzione/iperattività, ADHD, comunità, disturbo della condotta, depressione, famiglia, impulsività, prevenzione indicata, intervento, salute mentale, disturbo oppositivo provocatorio, programmi di prevenzione, fattori di rischio, PTSD, affidamento, genitori tossicodipendenti, privazione, assistenza istituzionale, collocamento fuori casa, in comunità o case famiglia'. Sono stati esclusi i documenti con i termini 'carcere, custodia e gravidanza'. In totale, la ricerca ha portato a oltre 6.900 abstracts successivamente esaminati singolarmente per la rilevanza, portando ad una selezione di 390 studi per l'analisi dettagliata.

Un'ulteriore ricerca è stata realizzata in EMBASE, Social Science Citation Index, in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e in PsycINFO rispettivamente, in 64, 254, 183 e 146 abstracts supplementari, di cui ne sono stati selezionati 96, dopo averne verificato la rilevanza.

Questi studi sono stati inclusi come parte della ricerca bibliografica sui programmi di prevenzione indicata (vedi dopo), o hanno fornito informazioni utili sui fattori di rischio e sulle traiettorie di consumo utilizzate in questo capitolo.

Per l'interpretazione successiva dei risultati, si dovrebbero tenere a mente i seguenti due punti:

- I risultati non sono 'ponderati', in altre parole, i risultati sono riportati senza la valutazione 'approfondita' della qualità di

ciascuno studio (disegno, strumenti di valutazione, dimensione del campione, analisi statistica). Poiché tutti gli studi sono pubblicati all'interno di riviste che effettuano una revisione tra pari, la qualità complessiva dovrebbe essere alta. Tuttavia, vi è l'assenza di una meta-analisi, che sarebbe utile per stimare la dimensione dell'effetto assoluto e relativo di ciascun fattore o della combinazione dei fattori;

- I risultati dello studio appartengono al gruppo che è stato studiato e possono essere generalizzati solo alla popolazione da cui proviene il campione dello studio. Pertanto, i risultati di un gruppo non possono essere validi per un gruppo con uno background diverso, e certamente non per l'intera popolazione di adolescenti.

Questi due accorgimenti verranno affrontati nel capitolo 6, dove sarà fornita un'interpretazione globale. Come ulteriore osservazione generale, la selezione degli studi è stata determinata in base ai criteri di ricerca, e sono stati inclusi in questo capitolo solo i risultati pubblicati.

I risultati sono spesso indicati in termini di odds ratio (OR). L'OR indica in che misura il rischio è elevato per un gruppo rispetto al gruppo di riferimento. Ad esempio, $OR = 2$ significa che il rischio di sviluppare un disturbo da consumo di sostanze è due volte più elevato rispetto al gruppo di riferimento. $OR = 1$ indica 'lo stesso rischio'. Per un test statistico di significatività, l'intervallo di confidenza del OR deve comprendere il valore 1.

2.2 Rischio psicosociale e familiare e fattori di protezione

2.2.1 Gruppo di pari

L'uso di sostanze tra gli adolescenti è fortemente influenzato dal gruppo di pari. Preston e Goodfellow (2006) hanno esaminato l'apprendimento sociale per l'uso di alcol negli adolescenti (12-17 anni). Gli autori hanno usato i dati di 17.709 adolescenti dell'indagine

familiare nazionale del 2002 sulla salute e l'uso di droghe e hanno diviso il campione in due sottogruppi, i bevitori ($n = 6.176$) e i non-bevitori ($n = 11.533$). È stato dimostrato che le variabili sociali di apprendimento hanno un effetto sulla frequenza d'uso e abuso di alcol. L'atteggiamento dei pari (prevalenza di norme favorevoli a un comportamento deviante), l'approvazione personale (adozione di norme devianti) e i comportamenti dei pari, influenzano la frequenza d'uso di alcol negli adolescenti e la probabilità di sviluppare un abuso o una dipendenza. La frequenza di uso di alcol è aumentata dall'approvazione personale di uso di alcol nei pari e dal numero di coetanei che si ubriacano almeno una volta alla settimana.

In Svizzera sono stati valutati in modo casuale 3.925 studenti di ottavo e nono grado (età media 15,3 anni) e le loro 220 insegnanti, selezionandoli sulla base di un elenco di tutte le classi delle scuole pubbliche (Kuntsche e Jordan, 2006). L'utilizzo di sostanze nel gruppo dei pari è risultato un predittore significativo per gli studenti rispetto all'uso di alcol e cannabis; l'incidenza della scuola (studenti che usano a scuola) aumenta l'utilizzo personale di cannabis, non quello di alcol; un numero di segnalazioni da parte degli insegnanti rispetto agli studenti che utilizzano cannabis nei locali scolastici e una più alta percentuale di pari che utilizzando cannabis sono collegati a un maggiore uso di cannabis degli studenti (Kuntsche e Jordan, 2006).

In uno studio longitudinale con un follow-up a 1 anno, Barnow et al. (2004) hanno raccolto dati su 147 adolescenti, di età compresa tra 11 a 18 anni e i loro genitori. Sia le aspettative sull'alcol, misurate con il questionario AEQ-3 (Alcohol Expectancies Questionnaire), sia la delinquenza tra pari e l'utilizzo di sostanze (misurato con un questionario sviluppato in proprio) prevedono il consumo di alcol degli adolescenti.

Kokkevi et al. (2007) hanno realizzato un'indagine trasversale a livello europeo sulla popolazione scolastica (ESPAD), che ha incluso 16.445 studenti di 16 anni delle scuole superiori provenienti da Bulgaria, Croazia, Grecia, Romania, Slovenia e Regno Unito.

Gli studenti sono stati esaminati in aula tramite un questionario anonimo, contenente gli strumenti di misura dell'autostima, dello stato d'animo depressivo, dell'anomia e dei comportamenti antisociali. I dati sono stati raccolti con questionari autosomministrati sull'uso di tabacco, alcool, cannabis e altre droghe illecite.

Sono state esaminate una serie di covariate all'uso di sostanze da parte dei compagni e dei fratelli maggiori. Si sono riscontrati odds ratio più elevati con la variabile “uscire quasi tutte le sere”, soprattutto in relazione al fumo (OR = 3.0) e per l'uso di sostanze da parte dei compagni e fratelli più grandi: l'uso di cannabis da parte di coetanei e fratelli più grandi è stata associata con l'uso di cannabis degli adolescenti (OR = 2,5-3,6) e di qualsiasi droga (OR = 2,3-3,5), il fumo di tabacco dei pari è stata associata con il fumo negli adolescenti (OR = 3,3 per i maschi, 3,0 per le ragazze).

Tra i 3361 studenti nei Paesi Bassi di età compresa tra i 12 ai 18 anni (dalla prima alla quinta della scuola secondaria), valutati con un questionario di 20 items nel quale è richiesto ai soggetti di stabilire gli attributi da associare al gruppo di pari e agli individui che ne fanno parte, ne è emerso che i bevitori e i fumatori appaiono più sicuri di sé, socievoli e aggressivi.

Si sono identificate due categorie di pre-adolescenti che bevono e fumano più di altri: coloro che sono socievoli e sicuri di sé e coloro che sono aggressivi ed emotivamente insicuri. Bevitori e fumatori ottengono un punteggio più basso sui risultati e sul rendimento scolastico, e un punteggio più alto sull'aggressività e sulla disattenzione (Engels et al., 2006).

In uno studio condotto negli Stati Uniti su 13.718 studenti delle scuole superiori di grado undicesimo (età media 15,4 anni) che partecipano al National Longitudinal Study di Adolescent Health, si è evidenziato come in tutte le fasi di coinvolgimento con la cannabis (inizio della sperimentazione, avvio di un uso regolare, la progressione verso un uso regolare, la mancata interruzione, l'uso sperimentale, il fallimento nei tentativi di smettere, l'uso regolare), i più forti fattori predittivi sono rappresentati dal coinvolgimento dei pari con le sostanze,

la delinquenza e problemi collegati alla scuola. In questo campione basato sulla popolazione, il 13% dei non consumatori al tempo 1, ha utilizzato cannabis un anno dopo (al tempo 2, il 10% in via sperimentale e il 3% regolarmente).

Più della metà (55%) degli adolescenti che avevano sperimentato la cannabis al tempo 1 ha continuato ad utilizzare la cannabis sia sperimentalmente (37%) sia regolarmente (18%). La grande maggioranza degli utenti regolari al tempo 1 ha continuato ad usare la cannabis (53% su base regolare e il 20% sperimentalmente). Questi numeri indicano che l'iniziazione tende a tradursi in continuazione (Van den Bree et al., 2005).

Niemelä et al. (2006), in uno studio su una popolazione di 2306 ragazzi finlandesi nata nel 1981, reclutati durante la chiamata per il servizio militare obbligatorio nel 1999, hanno concluso che l'uso di alcol associato a ubriachezza in ragazzi finlandesi di 18 anni è culturalmente normativo ed è associato alla competenza sociale; l'ubriachezza è meno comune invece tra coloro che hanno minori abilità sociali.

Le variabili relative all'apprendimento sociale, gli atteggiamenti dei pari (prevalenza di norme favorevoli a un comportamento deviante), l'approvazione personale (adozione di norme devianti) e il comportamento dei pari hanno un effetto sulla frequenza dei consumi e dell'abuso di alcol.

Le aspettative sull'alcol e la delinquenza tra i pari predicono il consumo di alcol degli adolescenti.

Uscire quasi tutte le sere e l'uso di cannabis da parte dei pari e dei fratelli maggiori è associato con l'utilizzo di cannabis degli adolescenti. Avere problemi scolastici è un forte predittore in tutte le fasi di coinvolgimento con la cannabis (inizio della sperimentazione, avvio di un uso regolare, la progressione verso un uso regolare, la mancata interruzione, l'uso sperimentale, il fallimento nei tentativi di smettere, l'uso regolare).

2.2.2 Famiglia

Ci sono numerosi studi sull'associazione tra fattori familiari e l'uso di sostanze negli adolescenti. In particolare, sono fattori predittivi l'uso di sostanze da parte dei genitori e dei fratelli e la mancanza di supervisione dei genitori.

Merikangas e Avenevoli (2000) presentano alcuni dei risultati dello studio Yale sulla Famiglia, comprendente 340 probandi con un disturbo da uso di sostanze, un gruppo di confronto psichiatrico di probandi con disturbi d'ansia e un gruppo di controllo. Sono state raccolte informazioni su 1.626 parenti di primo grado. Lo studio ha seguito 203 probandi di età compresa tra 7-17 anni per otto anni. I risultati hanno indicato un'aggregazione familiare dei disturbi da uso di sostanze in adulti e bambini.

L'utilizzo di sostanze all'interno della famiglia comporta dinamiche sfavorevoli tra genitori e figli che possono incrementare la "vulnerabilità" dei bambini rispetto ad un successivo uso di sostanze (Kumpfer e Bluth, 2004). Gli adolescenti i cui genitori usano sostanze hanno maggiori probabilità di essere influenzati da amici che fanno uso di sostanze rispetto a chi ha genitori che non utilizzano sostanze (Li et al., 2002).

In uno studio condotto dal Centro di Ricerche di Pittsburg su alcol e gli adolescenti, con un campione di età compresa tra i 14 e i 17 anni (194 provenienti da un programma di trattamento clinico, 170 dalla comunità), è risultato che gli adolescenti con una supervisione inadeguata hanno una maggior probabilità di bere alcol in una varietà di situazioni e una maggiore probabilità di sviluppare disturbi da uso di alcol (Clark et al., 2005). D'altra parte, ricevere un alto livello di sostegno dalla famiglia sembra funzionare come un ammortizzatore del rischio: si riduce il rischio associato con l'aspettativa negativa di riduzione della tensione e con una disposizione ad evitare le strategie di coping (Catanzaro e Laurent, 2004).

La Genitorialità autorevole è stata identificata come un fattore protettivo che impedisce o limita l'uso di sigaretta e il consumo di cannabis, ed è stata misurata in una popolazione di 1.461 studenti (sesto-ottavo

grado delle scuole pubbliche) nel Colorado Front Range (Stephenson e Helme, 2006). I processi familiari prosociali (regole, monitoraggio e attaccamento) hanno un impatto significativo sulla scelta dei pari da parte del figlio, diminuendo il coinvolgimento con coetanei antisociali e avendo un effetto sfavorevole sull'inizio dell'uso della sostanza (Oxford et al., 2001).

Processi decisionali indipendenti (ad esempio libertà nel scegliere come vestirsi, come mangiare, quando e cosa guardare in televisione) predicono una progressione verso un uso regolare nei ragazzi; attività con la madre (discutere insieme dei voti scolastici e dei problemi personali) predice l'interruzione del regolare consumo di cannabis per i ragazzi e le ragazze (Bree Van den et al., 2005).

Gli adolescenti che riferiscono di relazioni sane e di una comunicazione aperta con i loro genitori, percepiti come un sostegno, sono meno coinvolti nel consumo di droga (Stronski et al., 2000). I legami sociali negli adolescenti non influiscono i rapporti tra il comportamento nella prima infanzia e l'uso di droghe in età adulta (Ensminger et al., 2002).

Il monitoraggio familiare, le regole, i conflitti ed i legami predicono il rischio individuale di iniziare l'uso di sostanze illegali in adolescenza. Un ambiente familiare, accogliente e solidale caratterizzato da un forte legame familiare e un basso livello di conflittualità prevede un minor rischio per l'iniziazione all'uso di stupefacenti durante l'adolescenza. Un buon controllo e una buona supervisione dei genitori, caratterizzata da una stretta sorveglianza e da regole familiari chiare sul comportamento dei bambini, può ridurre significativamente il rischio di iniziare l'utilizzo di droghe illecite. Un più elevato livello di attività antisociali da parte dei coetanei prevede un rischio significativamente più alto di iniziazione all'uso di droghe illecite. Questo studio ha anche riscontrato che un più elevato livello di attività pro-sociali tra pari predice un rischio significativamente inferiore di iniziazione all'uso (Guo et al., 2002).

Capire la cultura del paziente e della sua famiglia può aiutare gli operatori sanitari che si occupano della salute degli adolescenti a promuovere comportamenti protettivi (Horigian et al., 2006).

I fattori di rischio familiari per lo sviluppo dell'uso di sostanze in adolescenza sono: l'uso o l'abuso di sostanze in famiglia e la mancanza di supervisione dei genitori. I fattori di protezione sono: ambiente familiare accogliente e solidale, processi familiari pro-sociali (regole, monitoraggio) e l'attaccamento.

2.2.3 Attività sociali

Aleixandre et al. (2005) hanno rilevato che i soggetti che affermano di partecipare molto spesso ad attività sociali consumano bevande (alcol fermentato e distillato) il 54% in più rispetto a quelli che affermano di non partecipare a queste attività.

Coloro che hanno indicato di aver viaggiato hanno un incremento del 36% del consumo di bevande alcoliche rispetto a coloro che non hanno indicato di aver partecipato a queste attività. Viaggiare è anche predittivo di un consumo di cannabis più elevato.

I soggetti che dicono di partecipare abitualmente a delle attività culturali consumano il 48% in meno rispetto ai soggetti che non partecipano a tali attività (2,24 sigarette di cannabis in meno a settimana). I soggetti che hanno indicato di aver partecipano ad attività sportive consumano tabacco il 59% in meno rispetto ai soggetti che non partecipano ad attività sportive.

La religiosità (partecipare a funzioni religiose, partecipare a gruppi religiosi di giovani, ecc) è associata ad un rischio ridotto di iniziazione all'uso sperimentale di cannabis per le ragazze, di iniziazione ad un uso regolare per i ragazzi e le ragazze insieme e di un uso sperimentale di cannabis nelle ragazze più giovani (Van den Bree et al., 2005). Un centinaio di studenti olandesi del primo grado della scuola secondaria (età media 12,29) e del quarto (età media 15,53) sono stati valutati nel sondaggio sanitario nazionale (Thush et al., 2007). Ai partecipanti è stato chiesto di classificare delle parole stimolo il più rapi-

damente possibile (misura implicita per valutare la relazione tra alcol e aspettative) e di rispondere ad affermazioni sugli effetti (positivi) dell'alcol (misura esplicita).

Un più alto consumo di alcol è associato a forti percezioni implicite ed esplicite positive sull'alcol, ad una percezione più debole degli effetti negativi dell'alcol e a percezioni esplicite più forti sul collegamento tra l'alcol e il livello di eccitazione. Complessivamente, le misure implicite costituiscono una misura predittiva significativa di episodi di abbuffate alcoliche dopo un anno, mentre quelle esplicite non lo sono. Un'interazione a tre vie tra il livello scolastico, il genere e le associazioni implicite negative predicono in misura significativa le abbuffate alcoliche dopo un anno. Entrambe le percezioni sull'alcol implicite ed esplicite sembrano avere un'influenza sull'uso di alcol in adolescenza (Thush et al., 2007 ; Wiers et al., 2005).

In uno studio longitudinale sulle famiglie relativo allo sviluppo del rischio legato a disturbi da uso di alcol e altre sostanze, sono stati esaminati 258 ragazzi di età prescolastica insieme ai loro genitori biologici (60% famiglie in cui si consuma alcol, 40% gruppo di controllo, tutti americani caucasici). I problemi del sonno nella prima infanzia sono risultati un marker affidabile per il consumo di sostanze in adolescenza. I problemi del sonno aumentano significativamente la probabilità dell'insorgenza precoce di utilizzo di alcool, cannabis e altri stupefacenti e anche un uso occasionale e regolare di sigarette (Wong et al., 2004).

Le attività sociali aumentano il consumo di alcol e viaggiare il consumo di cannabis, attività culturali riducono il consumo di cannabis e attività sportive il consumo di tabacco. La religiosità è protettiva all'iniziazione del consumo di cannabis. Entrambe le cognizioni esplicite ed implicite legate all'alcol sembrano influenzare il bere negli adolescenti. Problemi di sonno nella prima infanzia aumentano significativamente la probabilità di insorgenza precoce di uso di alcol, cannabis e altre droghe.

2.2.4 Gruppi ad alto rischio a scuola

Ci sono popolazioni che possono essere identificate come gruppi ad alto rischio. Come dimostrato in uno studio di Sussman et al. (2000), le droghe sono utilizzate da una percentuale maggiore di giovani nelle scuole secondarie di continuazione (una scuola alternativa, prevista per i giovani con meno di 18 anni che non risultano in grado di rimanere nel sistema scolastico regolare in California) rispetto alle normali scuole superiori. Il consumo di droga nell'ultimo mese, rilevato nella fase di valutazione che viene compiuta nelle prime settimane della scuola primaria (n = 702) ha prodotto i seguenti risultati: sigarette 57%, alcool 65%, cannabis 55%, 21% stimolanti, allucinogeni 13%, tutte le altre droghe 5-8%.

La rilevazione effettuata nel decimo grado delle scuole comprensive superiori (n = 1208) ha messo in evidenza come l'uso nell'ultimo mese di queste sostanze è pari al: 24% per le sigarette, 36% per l'alcol, 22% per la cannabis, stimolanti 2%, allucinogeni 2%, tutte le altre droghe 1-3 %. Gli autori sottolineano come non siano le scuole superiori di continuazione a provocare negli adolescenti l'uso di droghe. I predittori più consistenti di abuso di sostanze e di dipendenza in questo studio sono stati l'interesse verso la dipendenza, l'uso attuale di droghe e le intenzioni di usare, e l'uso di droghe da parte di amici (Sussman et al., 2000).

2.2.5 Gruppi ad alto rischio in comunità

I giovani diagnosticati con un disturbo della condotta (mediante delle Schede di Interviste Diagnostiche per il DSM IV per la diagnosi dei disturbi di salute mentale attuali e riferiti all'arco della vita) sono stati trovati con un tasso più alto di utilizzo di sostanze e di disturbi da utilizzo di sostanze in uno studio su 406 diciassettenni del sistema di affidi nel Missouri. Nello studio sono emerse forti relazioni tra l'avere una diagnosi di disturbi della condotta e tutti i tipi di uso di sostanze e disordini, attuali e riferiti all'arco della vita. Quasi la metà dei giovani in affido di questo campione ha utilizzato sostanze illecite durante la sua vita. Più di un terzo soddisfa i criteri per i disturbi da uti-

lizzo di sostanze. I giovani in affido che stanno utilizzando sostanze illecite potrebbero utilizzarle seriamente e potrebbero avere un disturbo di abuso o di dipendenza (Vaughn et al., 2007).

Bambini e adolescenti che vivono soprattutto in comunità sembrano mostrare fattori di rischio differenti rispetto a quelli che vivono in abitazioni private. Ford et al. (2007), hanno incrociato tre indagini di bambini britannici accuditi dalle autorità locali ($n = 1\,453$) e uno studio di bambini accuditi in famiglie private ($n = 10\,428$). I bambini in comunità avevano una maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici rispetto alla maggior parte dei bambini svantaggiati che vivono in abitazioni private. Le variabili legate agli affidi sono risultate fortemente collegate alla salute mentale. I bambini sotto tutela hanno la più forte associazione con i disturbi in cui i fattori ambientali giocano un ruolo importante come i disturbi da stress post-traumatico e i disturbi della condotta. Le ragazze sviluppano più facilmente un disturbo da stress post traumatico, i ragazzi sono più spesso diagnosticati con disturbi da iperattività e disturbi della condotta o oppositivi provocatori.⁴

Schmid et al. (2006) hanno studiato 689 adolescenti con un'età media di 14,4 anni ($SD = 2.9$) provenienti da 20 istituti di cura residenziali. I risultati delle loro ricerche suggeriscono che gli adolescenti in comunità sono un gruppo ad alto rischio per quanto riguarda i disturbi psichiatrici e l'uso o l'abuso di sostanze (Tabella 2.2).

⁴ Disturbo oppositivo provocatorio (ODD): ICD-10: F91.3. Secondo l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) ODD 'descrive un modello di comportamento non cooperativo, provocatorio e ostile nei confronti di figure autoritarie che interferisce gravemente con il funzionamento quotidiano del ragazzo'. I sintomi possono includere: 'frequenti attacchi di collera, discussioni eccessive con gli adulti, spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o le regole degli adulti, spesso irrita deliberatamente gli adulti, spesso incolpa gli altri per i propri errori o comportamenti scorretti, spesso è suscettibile o facilmente infastidito da altri, è spesso arrabbiato o rancoroso, spesso dispettoso e vendicativo'. Ulteriori informazioni sono disponibili presso:

http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/ant_disorderchildren_with_oppositional_defiant_disorder

I Gruppi ad alto rischio di adolescenti possono essere identificati. Questi includono studenti delle “continuation high school”⁵ e adolescenti in affido.

È più probabile che gli adolescenti in cura residenziale abbiano un disturbo psichiatrico e che utilizzino sostanze.

Tabella 2.2. Prevalenza delle diverse diagnosi psichiatriche

<i>Diagnosi</i>	<i>Prevalenze</i>	
	<i>Comunità</i>	<i>Popolazione generale</i>
Disturbi della condotta (F 91, F 92)	26% (+22% F 90.1)	6%
ADHD (F 90.0 + F 90.1)	24%	3-6%
Depressione (F 32, F 34)	10,4%	1-5%
Enuresi	6% (14 anni)	2%
Abuso di sostanze	8,8% (14 anni)	4% alcol (16 anni) 1% cannabis (14 anni)

La co-occorrenza di alti tassi di disturbi psichiatrici e un elevato rischio di sviluppare disturbi da sostanza in taluni sottogruppi della popolazione giovanile indica la necessità di porre una particolare attenzione ai disturbi psichiatrici giovanile ad un livello più individuale.

2.3 Rischi individuali e fattori protettivi

2.3.1 Effetti di genere

Ci sono prove che alcuni fattori di rischio e di protezione hanno effetti differenti nei ragazzi e nelle ragazze.

La maturazione puberale sembra avere un'influenza sull'uso dell'alcol. In un campione di 4.500 ragazzi di età pari a 9-11-13 anni frequentanti le scuole pubbliche del Nord Carolina, la maturazione

⁵ Scuole alternative per studenti considerati a rischio di non completare il percorso scolastico

puberale precoce ha predetto in entrambi i sessi il consumo di alcol e un disturbo da utilizzo di alcol nelle ragazze. L'effetto dello sviluppo morfologico è più forte in chi matura precocemente.

Il livello più alto di rischi per l'uso di alcol è stato trovato nei giovani maturati precocemente con un disturbo della condotta e che frequentano coetanei devianti.

Una supervisione negligente ha predetto l'uso di alcol nelle ragazze che maturano precocemente, mentre la povertà e i problemi familiari sono risultati predittivi nei ragazzi che maturano precocemente (Costello et al., 2007).

Quelle ragazze che hanno sperimentato la pubertà precoce passano più facilmente all'utilizzo di sostanze in confronto a coloro che maturano più tardi (Chung et al., 2005).

Le femmine timide hanno meno probabilità di essere consumatrici di cannabis da adulte rispetto alle femmine non timide (Ensminger et al., 2002).

Una review, Essau et al. (1998) hanno rilevato che la prevalenza dei disturbi da uso di sostanze negli adolescenti è significativamente più alta nei maschi che nelle femmine.

Sebbene i tassi di esposizione siano abbastanza simili per i maschi e le femmine, i maschi hanno circa il doppio di probabilità delle femmine di usare regolarmente e quattro volte più probabilità di essere utilizzatori forti (Rey et al., 2004).

In un auto-intervista di adolescenti in assistenza residenziale, Schmid et al. (2006) hanno rilevato che il 27,4% dei ragazzi ha riportato problemi occasionali con l'utilizzo di sostanze e il 19% problemi evidenti, mentre per le ragazze le percentuali rispettive sono del 21,2% e del 9,5%.

Nella relazione degli assistenti, i tassi di consumo di sostanze sono risultati leggermente inferiori (Schmid et al., 2006). In una popolazione di utilizzatori di sostanze in trattamento residenziale, le femmine riferiscono un utilizzo maggiore di crack o di cocaina e hanno una maggiore probabilità di essere dipendenti da queste sostanze rispetto ai loro colleghi maschi. Tuttavia, nessuna differenza di genere è stata

dimostrata nell'uso e nella dipendenza da altre droghe. Non si è trovata nessuna differenza di genere per le altre sostanze nell'alcool, nella cannabis e negli allucinogeni (Lejuez et al., 2007).

I ragazzi con una storia di depressione presentano un rischio incrementato di disturbo da uso di sostanze (nessun effetto nelle ragazze). L'ansia aumenta il rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze nelle ragazze all'età di 16 anni (Sung et al., 2004). Anche l'associazione tra uso di sostanze e comportamenti antisociali è risultata più forte per le ragazze rispetto ai ragazzi (Kokkevi et al., 2007). La religione riduce il rischio di inizio del consumo sperimentale di cannabis per le ragazze e la prosecuzione dell'uso sperimentale di cannabis nelle ragazze più giovani. Come fattore di rischio familiare, prendere le decisioni in maniera indipendente è predittore dello sviluppo di un uso regolare di cannabis per i ragazzi (Van den Bree et al., 2005).

In generale, i ragazzi sono a più alto rischio di uso di sostanze rispetto alle ragazze. Per quanto riguarda i disturbi di salute mentale, la prevalenza del disturbo della condotta è maggiore nei maschi, mentre i disturbi di internalizzazione e quello post-traumatico da stress sono più comuni nelle ragazze. Tuttavia, tra i bambini con comportamenti antisociali le ragazze, e non i ragazzi, sono a più alto rischio per l'uso di sostanze.

2.3.2 Personalità e temperamento

Alcuni tratti di personalità e le attitudini sono associati ad un più alto rischio di uso di sostanze. Le dimensioni del temperamento sono correlate all'uso di sostanze e un'analisi di modellazione strutturale ha mostrato effetti indiretti attraverso i costrutti dell'auto-controllo (Wills et al., 2001).

Si è dimostrato come un buon auto-controllo porti con sé maggiori competenze accademiche e abbia un effetto diretto su un minor utilizzo di sostanze in adolescenza, mentre un autocontrollo scadente ha

un impatto che si traduce con un maggior numero di eventi di vita negativi e maggiori affiliazioni con coetanei devianti (Wills et al. 2001).

Bergen et al. (2004) hanno anche dimostrato che un fallimento accademico predice l'uso di alcol, di tabacco e di cannabis, persino dopo aver controllato l'influenza dei fattori socio-demografici e della depressione, dell'ansia e del comportamento antisociale.

Essere timido è risultato protettivo per l'uso di cannabis (Ensminger et al., 2002): le femmine timide hanno meno probabilità di diventare utilizzatrici di cannabis in età adulta rispetto a coloro che non sono risultate timide. I legami sociali in adolescenza non moderano la relazione tra i comportamenti precoci negativi e l'uso di droghe in età adulta.

Catanzaro e Laurent (2004) hanno esaminato una serie di motivi associati al bere alcolici attraverso l'utilizzo di tre strumenti: l'Alcohol Outcome Expectancy Questionnaire (AOEQ) che misura le aspettative di risultato associate al bere, la scala Negative Mood Regulation (NMR scale) che misura la regolazione negativa dell'umore e la scala Reasons for Drinking, che studia i motivi per i quali le persone bevono. E' risultato che un'aspettativa negativa di debole regolazione dell'umore potenzia qualsiasi rischio. Bere di recente, bere nell'arco della vita e il numero di ubriacature sono tutte associate positivamente con una forte aspettativa che l'alcol riduca la tensione. Bere per fronteggiare le situazioni media queste relazioni. Il più alto livello di ubriacature e il più alto livello di bevute con il fine di far fronte alle situazioni in cui ci si trova è stato osservato in coloro che hanno punteggi più a rischio in entrambe le misure (es. più alti livelli di strategie di evitamento e di riduzione della tensione nel coping).

Le aspettative sull'alcool, misurate dal AEQ-3 (Alcohol Expectancy Questionnaire) predicono il consumo di alcol in adolescenza (Barnow et al. 2004).

La valutazione del livello di sensation-seeking (ricerca di sensazioni) effettuata con la scala Brief Sensation Seeking Scale (BSSS), la valutazione dell'uso di cannabis e di sigarette, dell'intenzione di consumare

e degli atteggiamenti, dimostra che la sensation-seeking è positivamente correlata con 9 delle 12 variabili che identificano l'uso di cannabis e di sigarette (ad esempio l'uso nella vita, l'uso regolare di cannabis, e atteggiamenti positivi nei confronti del fumare) (Stephenson and Helme, 2006).

Cohen et al. (2007) hanno esaminato gli adolescenti con un'età media di 13,7 anni. Il disturbo di personalità è stato associato con un aumento del rischio di concomitanti disturbi da uso di sostanze, così come l'aumento di una successiva comparsa del consumo di cannabis. Anche se va aggiunto che tra i bambini di questa età questi sintomi sono meglio inquadrati come tratti della personalità poichè i disturbi di personalità non dovrebbero essere diagnosticati prima dell'età di 16 anni.

Un buon auto-controllo di sé porta ad un minor uso di sostanze in adolescenza. Essere timido può essere protettivo per il consumo di cannabis nelle femmine. Una debole regolazione dell'umore negativo, una forte aspettativa di riduzione della tensione dell'alcool e bere per far fronte alle situazioni di stress aumenta il rischio di bere alcolici. La ricerca di sensazioni è associata all'uso di sigaretta e di cannabis.

2.3.3 Psicopatologia

Nello sviluppo dell'uso di sostanze, i problemi di salute mentale hanno una forte influenza. Per esempio, la prevalenza di problemi comportamentali, come il comportamento antisociale, il farsi male, l'umore depresso e i tentativi di suicidio, sono nettamente superiori nei consumatori di cannabis rispetto ai non consumatori e aumentano ancora di più negli utilizzatori di altre droghe illecite (Stronski et al., 2000).

Anche lo sviluppo mentale infantile predice i problemi di uso di alcol in adolescenza. Essi sono associati con la persistenza dei problemi di alcol in adolescenza e predicono l'esito dei disturbi di uso di alcol in età adulta (Clark, 2004). Una scarsa capacità di adattamento e la pre-

senza di problemi psicologici sono collegati ad un orientamento sulle ubriacature non-normativo.

L'ubriacatura frequente è comune tra gli utenti tardo-adolescenti dei servizi di salute mentale (Niemela et al. 2006). I disturbi psichiatrici sono fortemente associati con lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze, sia come fattore di rischio premorboso sia come una conseguenza (Merikangas sequele e Avenevoli, 2000). Gli adolescenti con un disturbo da uso di sostanze hanno numerosi problemi, inclusi i disturbi di comorbidità psichiatrica (Bukstein et al., 2005).

In un sondaggio per conto del Dipartimento della Salute in Inghilterra (Meltzer et al, 2003), è risultato che il 32% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni erano fumatori attuali e solo il 36% non aveva mai provato a fumare. I bambini con un disturbo mentale sembrano avere molte più probabilità di fumare. All'incirca metà dei giovani con un disturbo mentale sono attualmente fumatori, in confronto al 19% di coloro che non hanno un disturbo mentale. Tra i bambini con un disturbo emozionale, il 65% sono attualmente fumatori. Nell'indagine il 45% degli 11-17enni non hanno mai bevuto una bevanda alcolica e un quarto ha bevuto almeno una volta nell'ultimo mese. I bambini con un disturbo mentale hanno più probabilità di essere dei bevitori regolari rispetto ai bambini senza disturbo mentale: il 5% dei bambini con un disturbo mentale riporta di aver bevuto quasi tutti i giorni mentre tale percentuale si azzerà nei bambini senza disturbi. Tra i bambini con un Disturbo della condotta, il 6% ha bevuto quasi ogni giorno, e un quarto dei bambini con un disturbo emotivo ha bevuto una o due volte alla settimana.

I bambini con un disturbo mentale sembrano anche avere più probabilità di iniziare a bere in giovane età: il 27% dei bambini con un disturbo mentale ha cominciato a bere all'età di 10 anni o meno, rispetto all' 11% di quelli con nessun disturbo. In questa ricerca la droga più comunemente riportata è la cannabis: un quinto dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni hanno dichiarato di averla usata in qualche momento della loro vita. Di questi bambini, la metà (11% di tutti i bambini) l'avevano utilizzata negli ultimi 30 giorni. Il consumo di cannabis è

risultato più diffuso tra i ragazzi e tra i bambini più grandi. I bambini con un disturbo mentale avevano una probabilità tre volte maggiore rispetto ai bambini senza disturbi di avere fatto uso di cannabis nell'ultimo mese: 19% rispetto al 6%.

I bambini con un disturbo mentale sono più propensi ad iniziare a bere in giovane età e ad utilizzare cannabis nell'ultimo mese.

45

2.3.3.1 La psicopatologia dell'esternalizzazione, dell'internalizzazione e l'uso di sostanze

La ricerca sulle comorbidità è stata spesso interpretata per dimostrare un modello a doppio processo in cui si arriva all'utilizzo di sostanze e ai disturbi da utilizzo di sostanze attraverso sia dei comportamenti devianti (in particolare disturbi della condotta) sia attraverso i disturbi di internalizzazione (tra cui l'ansia e la depressione). Nell'analizzare i dati dello studio AddHealth, Dierker et al. (2007) hanno trovato dei supporti all'ipotesi dello schema duale: la depressione predice nelle giovani di sesso femminile l'assegnazione a un gruppo di fumatori. King et al. (2004) hanno trovato che la depressione può predire l'inizio dell'uso di sostanze lecite nella prima adolescenza. Anche se questi risultati si riferiscono soltanto al fumo, Wittchen et al. (2007) hanno potuto dimostrare che i disturbi di internalizzazione (disturbi depressivi e ipomania o mania) sono associati con il consumo di cannabis e con il disturbo da uso di cannabis indipendentemente dai disturbi di esternalizzazione (ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta).

Disturbo della condotta e comportamento aggressivo: le migliori prove sono state trovate per la correlazione tra i disturbi di esternalizzazione come l'ADHD e i disturbi della condotta. Ma i comportamenti problematici come il comportamento aggressivo (Unger et al., 2003) o il comportamento antisociale (Kokkevi et al., 2007) sono anche fortemente correlati con l'uso di sostanze. L'aggressione fisica, misurata in 631 studenti frequentanti le scuole di continuazione in California attraverso una scala a 14 item adattata dall'originale

“Conflict Tactics Scale”, è stata associata ad un più alto rischio di uso di sigaretta, cannabis e altre droghe (Unger et al., 2003).

Una aggressione di tipo non fisico è associata ad un rischio maggiore di uso di sigarette, alcol, cannabis e altre droghe. Al contrario, l'utilizzo di modalità non aggressive per risolvere i conflitti è associata ad un minor rischio di uso di sigarette. I sintomi dei disturbi della condotta sono risultati dei forti predittori per lo sviluppo di disturbi da uso di alcol in una popolazione di 506 ragazzi provenienti dallo studio sui giovani di Pittsburgh (uno studio longitudinale cominciato nel 1987-88 con studenti del settimo grado scolastico, valutati nei loro primi 20 anni; età media 20.4) (Pardini et al., 2007). Si è constatato che i problemi di condotta precoci aumentano la vulnerabilità individuale all'utilizzo di cannabis in 2436 studenti norvegesi di 12-16 anni della scuola secondaria (Pedersen et al., 2001). Una forte associazione tra i problemi di condotta e l'iniziazione alla cannabis sono stati osservati ad un livello che molto probabilmente è subclinico, misurato con la scala di comportamenti antisociali Olweus. Gli effetti sono significativamente più forti per le ragazze (Pedersen et al., 2001).

I comportamenti delinquenziali (misurati dal CBCL) sono un forte predittore dell'uso di sostanze (Ferdinand et al., 2001). Mason et al. (2003) hanno trovato che la delinquenza aumenta l'uso di sostanze, ma l'uso di sostanze non aumenta la delinquenza. Gli studi sull'evoluzione del disturbo della condotta e dei comportamenti aggressivi dimostrano che il nucleo di questi pazienti ha un alto rischio di delinquenza. Allo stesso tempo, review su giovani delinquenti arrestati mostrano una maggiore percentuale di abuso di sostanze e disturbi da abuso di sostanze nei delinquenti rispetto alla popolazione generale. In una corte di 350 adolescenti etichettati come delinquenti Friedman e Terras (1999) hanno trovato che il comportamento sociale e la variabile “relazioni tra pari a rischio” sono più fortemente collegate al grado di abuso e uso di sostanze rispetto alle variabili di rischio legate ai problemi familiari (36% verso il 12% della varianza).

Fattori protettivi, come il comportamento conformista e la presenza di legami convenzionali, sono risultati più potenti dei fattori di rischio

legati ai comportamenti sociali nel predire la risposta al trattamento e gli esiti dell'abuso di sostanza più gravi. Pertanto, molte strategie di lavoro nei disturbi di condotta aggressiva nei bambini o negli adolescenti con delinquenza precoce si focalizzano sugli interventi multisistemici. Una review Cochrane sulle terapie multisistemiche per i problemi comportamentali, emotivi e sociali nei giovani di età compresa tra i 10 e i 17 anni (Littel et al. 2005) ha mostrato risultati ambigui dopo aver esaminato 266 titoli e abstracts. Gli autori identificarono 35 studi unici, al di fuori di questi articoli, e sono giunti alla conclusione che mentre non c'è evidenza che la terapia multisistemica abbia effetti dannosi in gioventù, l'evidenza di efficacia della terapia multisistemica comparata con gli altri interventi è contraddittoria. Woolfenden et al. (2006) hanno condotto una review Cochrane su interventi familiari e genitoriali sui bambini e adolescenti con disturbi della condotta e delinquenziali. Dei 970 titoli della letteratura esaminati, solo 8 esperimenti incontrano i criteri di qualità per l'inclusione nella review. Sono stati randomizzati un totale di 749 bambini all'interno delle loro famiglie, per ricevere un intervento familiare o genitoriale o per essere assegnati al gruppo di controllo. Le evidenze di queste ricerche sperimentali suggeriscono che gli interventi familiari e genitoriali per i giovani delinquenti e le loro famiglie hanno effetti benefici nel ridurre il tempo trascorso negli istituti e nel ridurre un possibile numero di arresti successivi. Prima di essere incarcerati alcuni delinquenti e bambini con disordini della condotta vivono in strada come i cosiddetti bambini di strada o "bambini in fuga". Thompson et al. (2005) hanno descritto un rischio particolarmente alto di abuso di sostanze in questi bambini. Essi hanno confrontato i giovani in fuga nei ricoveri di emergenza e nei centri di detenzione giovanile negli Stati Uniti e hanno scoperto che i giovani in fuga ammessi al carcere minorile ($n = 121$) avevano un livello proporzionalmente più elevato di problemi comportamentali, tra cui l'uso di sostanze, rispetto ai giovani ammessi nei servizi di ricovero ($n = 156$). L'uso di alcol o cannabis è risultato fortemente associato in entrambi i gruppi con il consumo di altre sostanze. In conclusione, l'e-

videnza mostra che la psicopatologia dell'esternalizzazione, soprattutto i disturbi della condotta, il comportamento aggressivo e la delinquenza, sono connessi ad un rischio più elevato di sviluppo successivo di disturbi da uso di sostanze e con l'inizio dell'uso di sostanze. Sottogruppi speciali potrebbero rappresentare un target per gli approcci di prevenzione indicata a livello individuale. Processi di selezione hanno portato ad un sovra-campionamento di tali gruppi ad alto rischio nelle case e nelle istituzioni per bambini, nei rifugi per i bambini senzatetto e per i giovani in fuga, e nel sistema penale minorile. Pertanto, gli interventi specifici potrebbero e dovrebbero essere progettati per questi gruppi ad alto rischio.

Problemi della condotta, comportamenti aggressivi e delinquenti sono forti predittori per l'uso di sostanze

ADHD: la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è stata identificata da alcuni ricercatori come un fattore di rischio per lo sviluppo dell'uso o abuso di sostanze. Circa un quarto degli individui che entrano in trattamento per l'uso di sostanze soddisfano i criteri del DSM IV per l'ADHD. Tra gli individui con disturbi da uso di sostanze, vi è una forte associazione tra disturbo della condotta o disturbo antisociale di personalità e ADHD (Schubiner et al., 2000). Negli studi sui giovani di Pittsburgh, i sintomi dell'ADHD hanno poco o nessun impatto sullo sviluppo dei disordini da uso di alcol dopo che si è introdotto un controllo per l'effetto delle co-occorrenze di forme psicopatologiche. Il più alto rischio di sviluppare il disturbo da uso di alcol nei giovani è associato con sintomi di co-occorrenze depressive e di disturbi della condotta. (Pardini et al 2007).

In una review Lynskey e Hall (2011) giungono alle conclusioni che la maggior parte dell'associazione tra ADHD precoce e utilizzo di sostanze successivo può essere spiegato dall'associazione tra ADHD e i problemi della condotta che hanno dimostrato di influenzare la propensione successiva all'uso di sostanze e all'uso improprio. Sembra plausibile che i problemi da uso di sostanze siano più facilmente asso-

ciati con il sottotipo iperattivo dell'ADHD. Recentemente Fergusson et al (2007) hanno testato tre modelli relativi alla relazione tra problemi di condotta, problemi dell'attenzione e disturbi da uso di sostanze.

I tre modelli possono essere formulati così:

- problemi comportamentali e problemi di attenzione sono i riflessi di una dimensione più generale dei comportamenti di esternalizzazione
- problemi di condotta e problemi di attenzione hanno conseguenze altamente specifiche (teoria della doppia via)
- problemi di condotta e problemi di attenzione si combinano influenzando gli esiti successivi in maniera non-additiva.

Fergusson et al. (2007) hanno dimostrato che:

- I problemi di condotta sono generalmente collegati ad un successivo abuso di sostanze
- I problemi di attenzione non sono collegati ad un successivo abuso di sostanze quando si inseriscono nell'analisi statistica i problemi di condotta come confondenti (eccezione: abuso di cannabis).

La maggior parte dell'associazione tra ADHD precoce e utilizzo da sostanze successivo può essere spiegata dall'associazione tra ADHD e i problemi di condotta

I comportamenti di internalizzazione: un'associazione tra dipendenza o abuso di alcol e disturbi depressivi è stata dimostrata da Spak et al. (2000) nello studio sulla popolazione svedese multiscopo 'Women and Alcohol in Goeteborg'. Aver sperimentato problemi psichiatrici o psicologici durante la crescita prima dei 18 anni, così come un'intossicazione precoce da alcol, è associato sia con l'abuso o la dipendenza da alcol sia con i disturbi depressivi. Sfortunatamente, i problemi psicologici o psichiatrici non sono stati specificati. Non è stata trovata nessuna associazione significativa tra elevati consumi di

alcol e gli episodi di pesanti bevute da una parte, e i disordini depressivi dall'altra.

All'interno di un campione di adolescenti che hanno una depressione maggiore e un disturbo da uso di sostanze, coloro che hanno sperimentato prima la depressione maggiore hanno più facilmente una dipendenza da cannabis (Libby et al., 2005).

Per quanto riguarda il comportamento suicida, adolescenti che hanno portato a compimento il suicidio o che lo hanno tentato, descritti in un campione clinico e di comunità, hanno tassi più elevati di uso di alcol, droghe illecite e presenza di problemi in confronto agli adolescenti non suicidari. Una comorbidità psicopatologica che è comune negli abusatori adolescenti di sostanze incrementa significativamente il rischio di suicidi tentati e completati (Esposito-Smythers and Spirito, 2004). Si è ipotizzato che vi è un effetto reciproco della depressione o delle tendenze suicidarie con l'uso di sostanze. In un'altra ricerca, adolescenti con problemi di internalizzazione collegati all'ansia o al ritiro/isolamento sembrano avere un basso rischio di sviluppare disturbi da uso di alcol (Pardini et al., 2007). L'uso di cannabis è collegato alla depressione (indipendentemente dall'età) (Fergusson et al., 2002). Inoltre, la depressione o l'ansietà e la cannabis sono collegate indipendentemente dal background familiare e individuale (incluso il genere dei bambini, l'educazione materna, il reddito della famiglia, lo status e la qualità coniugale materna), e l'uso frequente è associato ad un aumento dell'ansia e della depressione (Hayatbakhsh et al., 2007). Wittchen et al. (2007) hanno trovato in uno studio longitudinale a 10 anni che i disturbi dell'umore (inclusi i disturbi bipolari-ipomania e mania) hanno predetto un aumento del tasso di uso di cannabis e di disturbi da uso di cannabis, con l'eccezione della distimia, che non predice il disturbo da uso di cannabis. Questa predizione potrebbe essere confermata dopo aver inserito nel modello di analisi la presenza di disturbi di esternalizzazione.

Per i disturbi di ansia, i risultati sono variabili, e potrebbero essere spiegati dall'osservazione che nella prima decade di vita, i disturbi di ansia hanno una stabilità relativamente bassa (Wittchen et al., 2007).

I disturbi depressivi hanno un'associazione con l'abuso o la dipendenza di alcol e con la dipendenza da cannabis. Ci sono anche reciproci effetti tra le tendenze suicidarie e l'uso di sostanze. I disturbi dell'umore (inclusi i disturbi bipolari-ipomania e mania) predicono l'aumento del tasso di uso di cannabis e di disturbi da uso di cannabis. Per i disturbi di ansia, i risultati sono variabili.

51

Gli eventi di vita stressanti e il PTSD: l'abuso sessuale precoce è risultato associato con l'uso di sostanze sia nei ragazzi sia nelle ragazze (Bergen et al., 2004) in un campione di adolescenti di età compresa tra i 13 e 15 anni in Australia e Nuova Zelanda

In un altro studio si è trovato che giovani con disturbi post-traumatici da stress (PSTD) avevano un tasso più alto di disturbi e di utilizzo di sostanze, con una forte relazione tra l'essere diagnosticati con un disturbo di condotta e tutti i tipi di utilizzo o disturbi, sia attuali sia riferiti all'arco della vita (Vaughn et al., 2007).

Lipschitz et al. (2003) hanno studiato 104 adolescenti che hanno ricevuto cure mediche in una clinica per adolescenti. In confronto con le ragazze traumatizzate senza il PTSD, le ragazze con un PTSD totale o parziale hanno significativamente più probabilità di utilizzare regolarmente nicotina, cannabis e/o alcol.

In una popolazione turca di dipendenti da sostanze in cerca di trattamento, i livelli di abuso o abbandono in età infantile sono risultati più alti. Questa scoperta supporta l'idea che l'essere stati abbandonati o abusati in età infantile contribuisce ad una prevalenza più alta di depressione maggiore, di PTSD, di fobie specifiche e disturbi di personalità in una popolazione di dipendenti da sostanze. In aggiunta, la gravità della depressione e dell'ansia sono collegate con l'abuso e l'abbandono in età infantile (Evren et al., 2006a,b).

Morojele e collaboratori (Morojele et al. 2006a,b; Morojele e Brook, 2006) giungono alle seguenti conclusioni. Più è grande il coinvolgimento degli adolescenti nell'uso di varie sostanze, più è grande la probabilità di essere stati vittime di più di un tipo di violenza. Si è an-

che osservato che l'essere stati coinvolti in comportamenti delinquenziali è collegato ad una più ampia vittimizzazione.

L'uso di alcol e cannabis nei pari è collegato anche ad una vittimizzazione multipla. L'uso di sigarette e alcol nei genitori ha predetto la probabilità degli adolescenti di essere stati multi-vittimizzati.

52

L'ingresso precoce nei disturbi della condotta è associato con l'uso precoce di cannabis e un maggior uso di droghe cinque anni più tardi. Coloro che hanno riferito di aver avuto esperienze negative di discriminazione molto precocemente (prima dei 12 anni) hanno più probabilità di manifestare problemi di condotta e di segnalare un uso precoce di droghe. La combinazione di una discriminazione precoce e problemi comportamentali precoci li mette di fronte ad a rischio più elevato di un uso successivo e di un possibile abuso (Gibbons et al., 2007). Queste scoperte comunque dovrebbero essere interpretate con cautela poiché le due variabili (disturbi di condotta e discriminazione) rischiano di essere facilmente confuse. La discriminazione è stata auto-riferita senza dati oggettivi.

Abuso infantile, abbandono e disturbo da stress post-traumatico sono associati con l'uso e l'abuso di sostanze.

Poiché i dati dimostrano che le variabili individuali possono influire fortemente sullo sviluppo del consumo e l'abuso di droga, si ritiene necessario concentrarsi sulla conoscenza delle sottotipizzazioni e delle traiettorie individuali del consumo di sostanze.

2.3.4 Traiettorie di rischio collegate alle sostanze

Molti studi forniscono informazioni longitudinali sull'evolversi dell'uso e abuso di sostanze in adolescenza. La maggior parte di loro riguarda l'evoluzione del consumo di alcol e solo una piccola parte della cannabis. Come riportato nella sezione 2.1 sono preferiti gli studi che forniscono un'analisi adeguata del cambiamento e che si basano su un periodo di tempo e un'ampiezza del campione sufficienti.

Negli studi longitudinali deve sussistere una distinzione tra due approcci. Gli approcci basati sulle variabili utilizzano tipicamente campioni molto ampi, statistiche di tipo aggregato (medie, deviazioni standard) e modelli di regressione logistica e standard per fare inferenze sulle variabili nel campione nel suo insieme, o per disaggregare per i maggiori fattori socio demografici (Windle and Wiesner, 2004). L'approccio orientato alla persona invece, riconosce esplicitamente l'importanza delle variazioni nelle traiettorie di cambiamento intra-individuali. Dalla modellazione statistica inoltre, deve essere stabilito se la traiettoria di gruppo nel suo insieme contiene al suo interno differenti sottogruppi le cui traiettorie hanno differenti forme (come pure differenti antecedenti e conseguenze). Nel resto di questa sezione, il focus è sull'approccio orientato alla persona. Utilizzando le informazioni sull'evoluzione dei sottotipi e dei loro fattori di influenzamento possibili, l'ideazione e la pianificazione degli interventi può diventare più sfumata comprendendo e lavorando con le tendenze di sviluppo in corso. Ci sono numerosi studi sull'evoluzione del consumo e abuso di alcool durante l'adolescenza. In particolare, per quanto riguarda il binge drinking. Chassin et al (2002) hanno trovato diverse traiettorie: un gruppo che ha episodi molto forti di binge drinking e precocemente, un gruppo che ha episodi più moderati e con un inizio tardivo, e un gruppo di bevitori che ha episodi con una frequenza bassa (la traiettoria del gruppo dei non-bingers, 40% del campione, era nota in anticipo). Tutti i tre gruppi di bevitori hanno un rischio accresciuto di abusare sostanze o di diventare dipendenti rispetto ai non bevitori, con il gruppo di forti bingers precoci al più alto rischio (Chassin et al., 2002). Una classificazione simile è stata già descritta da Hill et al. (2000). Nel progetto di Sviluppo Sociale di Seattle, si sono identificate quattro diverse traiettorie del binge drinker: coloro che diventano forti binge drinker precocemente, coloro che incrementano il binge drinking, coloro che diventano binge-drinker più tardi e i non bingers.

Alcuni dei risultati più interessanti sono stati trovati da Mitchell et al. (2006), che hanno analizzato i dati di 464 Indiani d'America non solo

in relazione al consumo di alcol, ma anche alle aspettative di risultato del consumo. Essi identificano cinque sottogruppi (classi latenti).

Il sottogruppo più grande (n=198) ha sperimentato un aumento iniziale nell'uso di alcol associato ad aspettative di risultato positive fino ai 20 anni, ma poi ne è uscito. Un secondo gruppo ha avuto un pesante uso iniziale che poi è diminuito. Gli altri sono stati etichettati come moderati/in diminuzione, lievi/in aumento e coloro che hanno iniziano lentamente. Poiché le aspettative positive di risultato rispetto al consumo di alcol sono collegate al cambiamento dell'uso di alcol, queste aspettative dovrebbero essere oggetto dell'intervento all'interno di tale gruppo. Tuttavia, le possibilità di intervento dovrebbero essere diversificate per ogni sottogruppo. Coloro che hanno un consumo pesante iniziale e che poi diminuisce probabilmente possono beneficiare di un riconoscimento e di un trattamento precoce del problema, mentre coloro che hanno un consumo moderato che poi diminuisce non hanno necessariamente bisogno di un intervento. Tuttavia, capire quali strategie hanno usato per limitare il loro consumo nel corso degli anni potrebbe essere un elemento estremamente informativo per i progettisti. Gli altri tre gruppi, inoltre, non hanno necessariamente bisogno di (ulteriori) interventi (Mitchell et al., 2006). Lo studio ha dei limiti, come riportato dagli autori (ad esempio l'aver utilizzato solo una tribù di indiani d'America), ma dimostra che tale sottotipizzazione è un aiuto importante per indirizzare le risorse verso i gruppi che ne hanno più bisogno.

Per quanto riguarda la cannabis, Windle e Wiesner (2004) hanno trovato cinque traiettorie distinte in un campione scolastico di adolescenti. I gruppi sono stati etichettati come astinenti, utilizzatori sperimentali, coloro per i quali i consumi diminuiscono, coloro per i quali i consumi aumentano (3,6%) e i cronici con alti consumi (1,7% del campione al periodo 1, età media = 15,5). Coffey et al. (2000) hanno inoltre concluso che l'uso di cannabis è rimasto occasionale durante l'adolescenza, ma l'escalation ad un uso quotidiano potenzialmente dannoso nel periodo scolastico successivo si è verificato nel 12% degli utenti che hanno iniziato ad utilizzarla precocemente. Gli

adolescenti utilizzatori regolari di cannabis sembrano rientrare in una traiettoria problematica (Patton et al., 2007). Questi risultati sono basati sulla regressione logistica, mentre l'analisi della curva di crescita non è stata eseguita. La sottotipizzazione categoriale è stata valutata anche da Babor et al. (2002). Gli autori concludono che le sottotipizzazioni individuali possono avere rilevanza per lo sviluppo degli interventi di trattamento.

La sottotipizzazione individuale secondo una traiettoria comune di uso di sostanze (ad esempio, gruppo di forti consumatori precoci, gruppo di consumatori moderati tardivi) può essere promettente per individuare gli antecedenti precoci e predire gli esiti per ciascun sottogruppo separatamente.

2.4 Neurobiologia dell'addiction

La dipendenza è ormai riconosciuta come una malattia cerebrale cronica che coinvolge le complesse interazioni tra l'esposizione ripetuta alle droghe, ai fattori biologici (ad es. genetici e evolutivi) e ambientali (disponibilità delle droghe, variabili socio-economiche).

Nora Volkow, NIDA, 2005

2.4.1. Introduzione

In questa sezione, viene presentata una sinossi del background biologico e fisiologico della dipendenza.

Perché gli adolescenti sono così vulnerabili allo sviluppo di un abuso di sostanze? Perché le persone dipendenti spesso hanno altre malattie mentali o, viceversa, perché gli adolescenti con malattie mentali sviluppano un comportamento additivo piuttosto frequentemente?

L'attenzione sarà spostata principalmente sul sistema mesolimbico cerebrale, che è parte del cosiddetto sistema di ricompensa nel cervello, per due ragioni.

In primo luogo, nella maggior parte degli abusi di droghe aumenta il

neurotrasmettitore dopamina⁶.

In secondo luogo, il sistema dopaminergico rappresenta quella parte del cervello coinvolta maggiormente nei disturbi psichiatrici. Verrà dedicata una particolare attenzione al periodo dell'adolescenza.

56 *“Gli adolescenti prendono un sacco di decisioni che la media dei bambini di 9 anni riterrebbero cose stupide da fare”. Ronald E. Dahl, NYAS Magazine, November 2003.*

L'adolescenza è un periodo di trasformazione drammatica nel cervello umano sano, che porta a variazioni di volume del cervello sia a livello locale sia generale (figura 2.1). Il periodo dell'adolescenza è spesso definito come quello compreso nella seconda decade della vita, anche se alcuni ricercatori espandono la loro definizione dell'adolescenza per includere l'inizio dei vent'anni.

La ricerca sulla maturazione del cervello in adolescenza è particolarmente importante, poichè è solitamente considerato il periodo di picco della riorganizzazione neurale che contribuisce ai mutamenti delle normali abilità cognitive e di personalità.

Inoltre, si è visto come sia anche il periodo di esordio più importante delle malattie mentali, come la schizofrenia.

Nonostante l'evidenza crescente dei cambiamenti importanti durante l'adolescenza e la prima età adulta, sia nella struttura sia nelle funzioni del cervello, sono pochi gli studi che hanno esplorato questo rapporto direttamente, utilizzando metodi di imaging in vivo. Per questo motivo, si sa ancora poco circa il rapporto tra il comportamento degli adolescenti e i risultati raggiunti, e gli effetti della maturazione sugli aspetti morfologici e funzionali del cervello.

Che cosa è già conosciuto? Si sono viste importanti trasformazioni dello sviluppo nella corteccia prefrontale e nella regione limbica del cervello (vedi anche sotto e figura 2.2) degli adolescenti attraverso una varietà di specie, alterazioni che includono l'apparente sposta-

⁶ I Neurotrasmettitori sono sostanze chimiche che vengono utilizzate per ritardare, amplificare e modulare i segnali tra un neurone e un'altra cellula.

mento nell'equilibrio tra i sistemi dopaminergici, mesocorticali e mesolimbici.

Recenti studi effettuati con la risonanza magnetica ad alta risoluzione (MRI) sottolineano gli effetti della mielinizzazione in corso, indicando un processo sostanziale di maturazione (si veda la Figura 2.1).

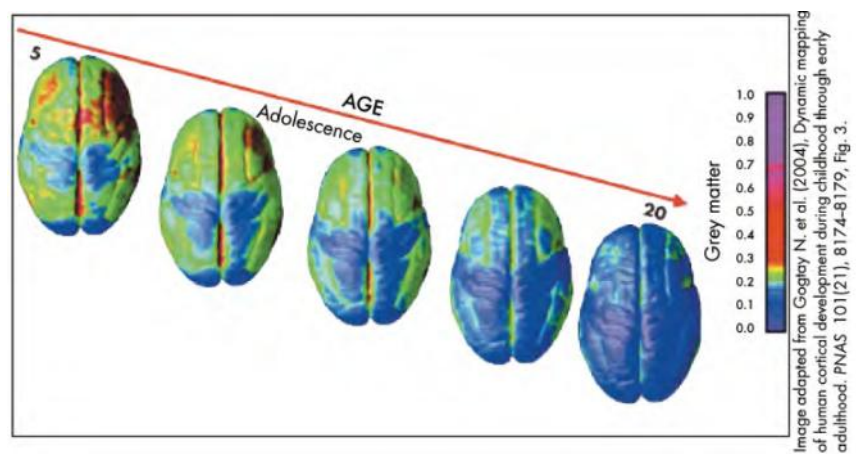


Fig. 2.1 Le immagini di risonanza magnetica del cervello mostrano visualizzazioni di primo livello della sequenza di maturazione di materia grigia sopra la superficie del cervello. I ricercatori hanno constatato che, nel complesso, il volume della materia grigia aumenta nei primi anni di vita, si assiste poi ad una perdita sostenuta e diradamento a partire dalla pubertà, che si correla con l'avanzare delle abilità cognitive. Gli scienziati pensano che questo processo rifletta una maggiore organizzazione del cervello che riduce le connessioni ridondanti ed aumenta la mielina, che esalta la trasmissione dei messaggi cerebrali. © Copyright per l'immagine originale è detenuto dalla National Academy of Sciences (USA).

Tabella 2.3 Classi di neurotrasmettitori

<i>Aminoacidi</i>	<i>Monoamine</i>		<i>Gas Solubili</i>	<i>Acetilcolina</i>
	<i>Catecolamine</i>	<i>Indolamine</i>	<i>Ossido nitrico</i>	<i>Acetilcolina</i>
Glutamato	Dopamina	Serotonina	Monossido di carbonio	
Aspartato	Epinefrina			
Glicina	Norepinefrina			
GABA				

Cambiamenti nello sviluppo in queste regioni, sensibili ai fattori di stress, sono fondamentali per l'attribuzione di motivazioni rilevanti all'uso di droga e altri stimoli e probabilmente contribuiscono alle caratteristiche uniche dell'adolescenza (Spear, 2000).

Una recente ricerca ha potuto rilevare uno sviluppo cerebrale locale irregolare che, ovviamente, contribuisce all'assunzione di rischi dell'adolescente (Galvan et al., 2005, 2006). L'impulsività e l'assunzione di rischio negli adolescenti non solo è accresciuta rispetto agli adulti ma lo è anche rispetto ai bambini. Così, l'imaturità della corteccia frontale (figura 2.1), specialmente della corteccia orbitofrontale, non può essere l'unica spiegazione, poiché questa regione è immatura anche nei bambini. Ma solo gli adolescenti tendono a prendere decisioni rischiose. In effetti, Galvan et al potrebbero confermare la loro ipotesi secondo cui lo sviluppo precoce del nucleo accumbens (parte del sistema di ricompensa del cervello; vedi figura 2.2), relativo alla corteccia orbito frontale, probabilmente è implicato nel comportamento di assunzione del rischio negli adolescenti. In uno studio di imaging (risonanza magnetica funzionale, fMRI) di analisi del comportamento di ricerca della ricompensa, gli adolescenti potrebbero mostrare un'attività esagerata del nucleo accumbens, relativo alla attività prefrontale, rispetto ai bambini e agli adulti. Gli autori hanno concluso che il processo di sviluppo di queste regioni può essere differente, e questa potrebbe rappresentare una spiegazione relativa all'unicità del comportamento di ricerca del rischio in adolescenza. Nelle sezioni seguenti, si cercherà di delineare i diversi meccanismi che partecipano ai processi di maturazione, i neurotrasmettitori coinvolti e l'influenza delle droghe su questo sistema cerebrale vulnerabile degli adolescenti. Tali informazioni possono aiutare a sviluppare interventi mirati ed adeguati alle particolari esigenze degli adolescenti.

2.4.2 Il sistema di ricompensa cerebrale e le sue connessioni.

La dopamina è un neurotrasmettitore, vale a dire è un portatore di

informazioni tra le cellule neuronali (tabella 2.3), che si trova nel sistema nervoso centrale (figura 2.2). I terminali neuronali sono connessi in luoghi chiamati 'sinapsi'. I neurotrasmettitori, come la dopamina, sono sostanze chimiche sintetizzate presinapticamente (figura 2.3a e 2.3b).

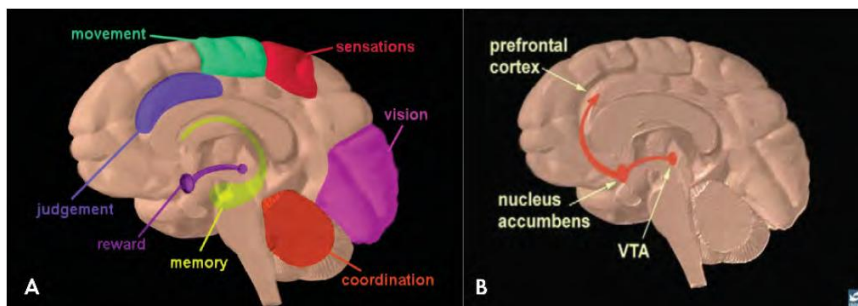


Fig. 2.2 Sezioni del cervello mediane sagittali dimostrano la posizione del sistema di ricompensa. (A) regioni del cervello e le vie neuronali. Alcune parti del cervello governano specifiche funzioni. Ad esempio, il cervelletto è responsabile del coordinamento (rosso) e l'ippocampo della memoria. Le cellule nervose, o neuroni, si spostano da una zona all'altra attraverso percorsi per inviare ed integrare le informazioni. (B) Il percorso di ricompensa. Il soma del neurone è nell'area tegmentale ventrale (VTA) (in magenta) e si connette al nucleo accumbens e poi alla corteccia prefrontale. Questo percorso viene attivato quando una persona riceve un rinforzo positivo per determinati comportamenti ('ricompensa'). Questa attivazione avviene anche quando una persona prende una sostanza stupefacente. Fonte dell'immagine originale: <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>, non copyright limitato.

La stimolazione elettrica di un neurone rilascia un neurotrasmettitore che produce un effetto fisiologico in un secondo neurone (postsinaptico), interagendo con i recettori che sono i siti di legame nel neurone postsinaptico.

L'attività è terminata dalla degradazione enzimatica del neurotrasmettitore e dalla ricaptazione nel neurone presinaptico.

La dopamina ha ricevuto una particolare attenzione da parte della psicofarmacologia a causa del suo evidente ruolo nella regolazione

dell'umore e a causa del suo ruolo nei processi della motivazione e della ricompensa.

Sebbene vi siano numerosi sistemi legati alla dopamina nel cervello, il sistema mesolimbico della dopamina (Figura 2.2) per i processi motivazionali, sembra essere il più importante.

60 La maggior parte delle droghe producono i loro potenti effetti sul comportamento attraverso l'attività della dopamina mesolimbica.

La sensibilità degli adolescenti alla ricompensa sembra essere differente dagli adulti, il che li porta a ricercare più alti livelli di novità e di stimolazione (rispetto agli adulti) per il raggiungimento delle stesse sensazioni di piacere. (2003 Meeting of the New York Academy of Sciences entitled 'Adolescent Brain Development: Vulnerability and Opportunity'.)

2.4.3 Il circuito di ricompensa

La figura 2.2 fornisce una visualizzazione del cervello tagliato a metà. Una parte importante del sistema di ricompensa è mostrato in figura 2.2B all'interno della quale sono evidenziate le principali strutture: l'area tegmentale ventrale, il nucleo accumbens e la corteccia prefrontale. La corteccia prefrontale è implicata in molte caratteristiche umane: la volontà, la pianificazione, gli affetti e il prendere decisioni. La rappresentazione degli obiettivi e dei loro valori sono decodificati e aggiornati in quest'area che, inoltre, è parte del circuito implicato nelle interazioni sociali.

Il nucleo accumbens è parte dello striato ventrale. Lo striato è formato dal caudato e dal putamen, parte dei gangli basali. Il nucleo accumbens gioca un ruolo importante nella ricompensa, divertimento, piacere e nell'addiction. I circuiti che connettono queste strutture sono evidenziati in figura 2.2B. Le informazioni viaggiano dall'area tegmentale ventrale al nucleo accumbens e poi salgono alla corteccia prefrontale. Questo circuito è attivato dagli stimoli di ricompensa.

La dopamina è sintetizzata nel citoplasma dei neuroni presinaptici dagli aminoacidi fenilalanina e tirosina. La dopamina esercita i suoi effetti sui neuroni post-sinaptici attraverso la sua interazione con i

recettori dopaminergici (figura 2.3). Questi recettori attivano un secondo sistema di messaggeri con il risultato di un cambiamento nel livello di attività di enzimi di altre proteine all'interno della cellula (Dunlop and Nemeroff, 2007).

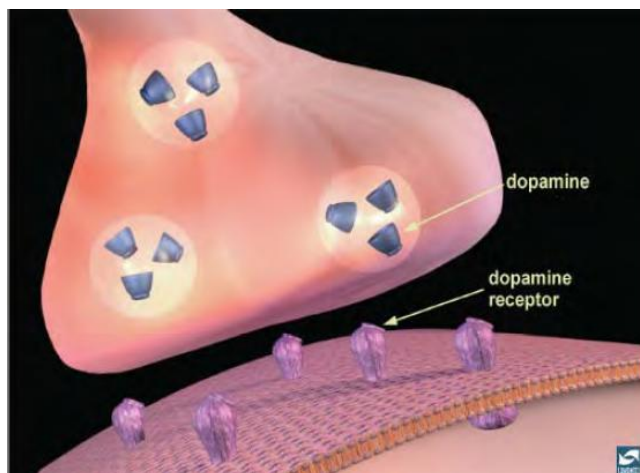


Figura 2.3A: Una sinapsi dopaminergica. Quando un impulso elettrico arriva al terminale, si innescano delle vescicole contenenti un neurotrasmettitore, come la dopamina (in blu), per muoversi verso la membrana terminale. Le vescicole, fuse con la membrana terminale, rilasciano il loro contenuto (in questo caso, dopamina). Una volta all'interno dello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni), la dopamina si può associare a specifiche proteine chiamate recettori della dopamina (in rosa) sulla membrana di un neurone confinante. Fonte delle immagini originali:

<http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>, copyright not restricted

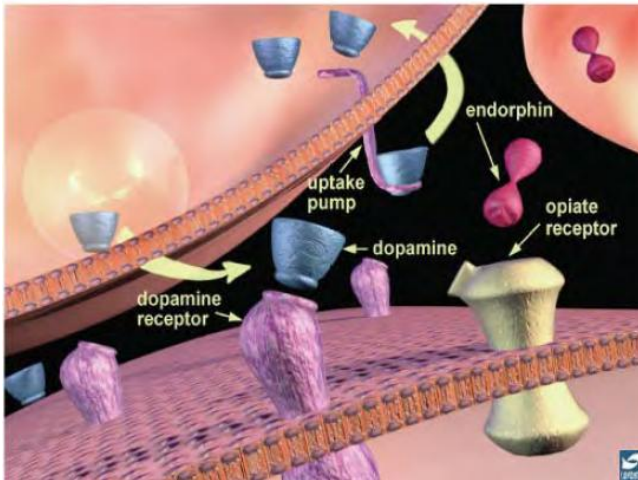


Figura 2.3B: La neurotrasmissione della dopamina e la modulazione di oppioidi endogeni. Qui viene mostrato un primo piano di una sinapsi dopaminergica. Il neurotrasmettitore dopamina è sintetizzata nel terminale del nervo e confezionato in vescicole (neurone presinaptico nell'angolo superiore sinistro). Le vescicole si fondono con la membrana e rilasciano dopamina. Le molecole di dopamina possono poi legarsi ad un recettore della dopamina. Dopo che la dopamina si è legata, si stacca il recettore e viene rimosso dallo spazio sinaptico da pompe di captazione (dette anche proteine) che risiedono nel terminale (le frecce mostrano la direzione del movimento). Questo processo è importante poiché assicura che non rimanga più dopamina nello spazio intersinaptico. Ci sono anche neuroni confinanti che rilasciano un altro composto chiamato 'neuromodulatore'. I neuromodulatori contribuiscono a migliorare o inibire la neurotrasmissione che è controllata da neurotrasmettitori come la dopamina. In questo caso, il neuromodulatore è un'endorfina'. L'endorfina si lega ai recettori degli oppiacei che possono risiedere nelle cellule postsinaptiche (mostrate qui) o, in alcuni casi, sui terminali di altri neuroni. Le endorfine sono distrutte dagli enzimi o rimosse da pompe di assorbimento.

2.4.4 Meccanismo delle sostanze psicoattive

2.4.4.1 Alcol

Indagini sui comportamenti adolescenziali e sull'uso di sostanze mostrano che, dopo la nicotina, l'alcol è la sostanza più utilizzata dagli adolescenti (Deas, 2006).

L'alcol stimola indirettamente il rilascio di dopamina nello striato ventrale (vedi la figura 2.2, lo striato ventrale è costituito dal nucleo caudato e dal putamen, parte del sistema di ricompensa).

La neurobiologia dell'alcolismo coinvolge diversi neurotrasmettitori, specialmente il sistema (GABA)-ergico degli acidi gamma-aminobutirrici e il sistema glutamatergico.

GABA e il glutamato sono neurotrasmettitori (vedi la tabella 2.3).

Si è ipotizzato che l'alcol potrebbe inibire i terminali GABAergici nell'area tegmentale ventrale e da qui disinibire i neuroni della dopamina in quella parte del cervello.

L'alcol può similmente inibire i terminali glutamatergici che innervano i neuroni del nucleo accumbens. L'influenza di questi sistemi reagisce sul rilascio di dopamina.

L'alcol inibisce i neurotrasmettitori GABA e glutamato che portano ad un amplificazione del rilascio di dopamina.

A causa dei pesanti cambiamenti che avvengono nel cervello degli adolescenti, non bisogna meravigliarsi se l'alcol agisce sugli adulti e sugli adolescenti in modi differenti.

Durante lo sviluppo iniziale del cervello (dal terzo trimestre della gravidanza al terzo anno di vita, il cosiddetto 'brain growth spurt') c'è una sovrapproduzione di tessuto neuronale. In adolescenza, durante una modellazione del cervello molte sinapsi e neuroni sono ridotti o eliminati (processo apoptico). Questo processo è influenzato, almeno in parte, dall'interazione con l'ambiente. L'uso o l'abuso di sostanze è uno di questi fattori ambientali che influenzano questi processi. L'alterazione più potente può essere osservata nei lobi frontali, che maturano ancora fino all'età di 20 anni o più tardi (vedi Figura 2.1).

I lobi temporali, che sono significativamente implicati nella formazione della memoria, raggiungono il loro volume massimo di materia grigia all'età compresa tra i 16 e i 17 anni. A causa di questo processo di maturazione, gli adolescenti sembrano essere molto più vulnerabili ad alcuni effetti dell'alcol e meno vulnerabili ad altri (White et al.,

2000; 2002). Essi sono più vulnerabili a tutto quel che riguarda la formazione della memoria (il che significa che sono più sensibili all'effetto dell'alcol sul potenziamento a lungo termine, un processo neuronale che implica la trasformazione degli impulsi elettrici nella sintesi chimica, vedi sopra).

64

Negli adolescenti, in confronto agli adulti, l'alcol ha un impatto maggiore sull'attività dei cosiddetti recettori NMDA (una subunità dei siti di legame del glutamato). Questo aumenta l'attività che ostacola i cambiamenti intracellulari necessari alla formazione della memoria.

Negli adolescenti, il consumo di alcol diminuisce l'apprendimento e la memoria di più di quello che fa negli adulti.

D'altra parte, gli adolescenti sono meno sedati dall'alcol e hanno meno problemi con la coordinazione muscolare e l'equilibrio. Tutto ciò porta ad una maggiore assunzione e ad un'opinione esagerata su quanto sia tollerato l'alcol.

2.4.4.2 Nicotina

La nicotina è la componente additiva primaria del fumo di tabacco. Per la maggioranza dei fumatori abituali smettere di fumare è difficile a causa della loro dipendenza da nicotina. Tuttavia, anche se la terapia sostitutiva per la nicotina comporta un importante e significativo miglioramento clinico, per quanto riguarda il numero di successi dei tentativi di smettere, la sua efficacia⁷ resta deludentemente bassa (Balfour, 2004).

Ci sono prove di complesse interazioni nel cervello tra la nicotina e il

⁷ Bisogna distinguere tra efficacy e effectiveness. Secondo Marley (2000) efficacy è una misura di quanto un intervento funziona in uno studio sperimentale (spesso controllato e randomizzato), cercando di rispondere alla domanda: 'Che cosa può funzionare?'. Effectiveness può essere definita come la misura di come un intervento raggiunge l'effetto desiderato in un ambito clinico tipico (cercando di rispondere alla domanda: 'Cosa funziona?'). Tuttavia, come Windeler e Antes (2007) sottolineano, definizioni di efficacy e effectiveness variano ampiamente in letteratura.

comportamento. Chaudhri et al (2006) ipotizzano che la dipendenza dalla nicotina si sviluppi a causa sia della nicotina sia da stimoli non farmacologici all'interno del contesto di auto-gestione delle droghe.

La nicotina stimola il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens. I fumatori abituali spesso ripetono la stimolazione del nucleo accumbens, causando così la dipendenza dovuta dall'attivazione complessa del nucleo e della membrana (Balfour, 2002).

La ricerca indica che i recettori degli oppioidi, GABA B, cannabinoidi C1 e i recettori della dopamina D2, sono coinvolti nella dipendenza di nicotina (Berrettini e Lerman, 2005).

La nicotina aumenta il rilascio di dopamina, che spesso porta alla stimolazione del nucleo accumbens, una parte importante del sistema di ricompensa del cervello. Questo meccanismo provoca dipendenza.

Inoltre, l'uso del tabacco può fungere da «fattore di rischio» in sé, e si è studiato in particolar modo lo sviluppo di un uso successivo della sostanza .

L'uso sperimentale di tabacco durante la prima adolescenza può portare alla dipendenza entro pochi anni (Best et al., 1988). Studi internazionali dimostrano che la prevalenza di fumo corrente tra i giovani inizia a diventare evidente all'età di 13 o 14 anni (Bauman e Phongsavan, 1999). Le ragioni per il successivo sviluppo di dipendenza dalla nicotina sono varie. Ci sono prove che indicano come l'adolescenza sia un periodo di crescente vulnerabilità biologica agli effetti additivi di tutte le sostanze psicoattive.

Chambers et al (2003) hanno ipotizzato che una maggiore spinta motivazionale in adolescenza, insieme ad un sistema di controllo inibitorio poco sviluppato (una parte del neurocircuito motivazionale), potrebbe essere responsabile dell'uso sperimentale di droghe. Hanno inoltre suggerito che gli effetti farmacologici diretti delle sostanze psicoattive, come il tabacco sul sistema della dopamina, possono essere aumentati durante l'adolescenza e portare a cambiamenti neurali permanenti.

Ci sono altri fattori comuni di mediazione che contribuiscono alla vulnerabilità degli adolescenti alle sostanze psicoattive, come la nicotina. Fumare di per sé è significativamente correlato al numero di esperienze negative nell'infanzia (abuso emotivo, fisico e sessuale), alla separazione dei genitori, alla crescita con una sostanza abusante, alla malattia mentale o alla carcerazione dei membri del nucleo familiare (Anda et al., 1999).

Altri studi mostrano che i disturbi psichiatrici come l'ADHD, la depressione e l'ansia, sono legati al fumo e suggeriscono che gli adolescenti, spesso, utilizzano il tabacco come auto-medicazione per i disturbi psichiatrici (Moolchan et al., 2000).

Oltre a questi fattori di comorbidità, studi genetici mostrano che i fattori ereditari tra gli adolescenti possono avere un impatto su alcuni componenti della dipendenza dalla nicotina (ad esempio l'urgenza di fumare) (Haberstick et al., 2007), con evidenze per il polimorfismo dei geni dopaminergici coinvolti nella dipendenza dalla nicotina (Timberlake et al., 2006).

A seconda della vulnerabilità genetica e psichiatrica, la sperimentazione e l'automedicazione con il tabacco aumenta il rischio di consumare altre sostanze psicoattive. Ci sono abbondanti prove che il fumo del tabacco è associato con l'uso di altre sostanze psicoattive. Studi epidemiologici dimostrano che tra i giovani il fumo del tabacco e l'uso di alcol e cannabis sono associati (Degenhardt et al., 2001; Merrill et al., 1999; Wagner e Anthony, 2002).

Questi risultati basati sui questionari sono stati replicati parzialmente anche nell'ambito dei marcatori biologici di sostanze stupefacenti (Kapusta et al., 2007). Inoltre, si è scoperto che le prime esperienze degli adolescenti con alcool e tabacco possono avere un'influenza sul successivo sviluppo dell'uso di altre sostanze (Höfler et al., 1999; Sutherland e Willner, 1998). Utilizzando i dati dell'indagine sui giovani a rischio del 1995, Merrill et al (1999) hanno trovato che chi aveva fumato sigarette prima dell'età di 13 anni aveva un rischio maggiore di usare cannabis e alcool rispetto a chi non aveva mai fumato.

Alcuni ricercatori suggeriscono che le sigarette possono essere un 'droga cancello' per l'uso di altre sostanze psicoattive (Torabi et al., 1993; Lai et al., 2000). In giovani con ADHD è stata dimostrata la progressione dal fumare sigarette alla dipendenza dalla nicotina e ad altri disturbi da uso di sostanze psicoattive (Biederman et al., 2006). Questo dato sostiene l'ipotesi che la vulnerabilità del sistema della dopamina (così come è stato trovato nell'ADHD) svolge un ruolo importante alla predisposizione biologica per le sostanze psicoattive. La tesi della 'droga cancello' è meglio caratterizzata da un modello biologico. Sarebbe più opportuno parlare di 'preparazione farmacologica' durante la sperimentazione con il tabacco, piuttosto che di tabacco come una droga cancello.

L'iniziazione del fumo e la progressione verso la dipendenza dalla nicotina e altri disturbi da sostanze, sono una complessa interazione di fattori biologici, psicologici e sociali (Moolchan et al., 2000).

L'esposizione al fumo di tabacco è uno dei diversi fattori di rischio che interessano la regolazione del sistema di ricompensa dopaminergico. A causa delle sue influenze neurobiologiche sul cervello in via di sviluppo, il fumo, di per sé, aumenta la probabilità per l'uso di un'altra sostanza psicoattiva, nonché di disturbi somatici e tutto ciò dovrebbe essere tenuto in considerazione nel momento in cui si applicano i metodi di prevenzione indicata nei giovani. Alcuni interventi dovrebbero porsi l'obiettivo di far smettere di fumare o, almeno, di ridurre il consumo di tabacco.

2.4.4.3 Anfetamine e metilfenidato

Le anfetamine sono chimicamente correlate alle sostanze norepinefrina e dopamina del neurotrasmettitore catecolamina presente in natura (vedi tabella 2.3). Nonostante la stretta somiglianza chimica, le anfetamine non sono in grado di attivare i recettori postsinaptici cellulari normalmente stimolati dalla noradrenalina o dalla dopamina. Invece, essi agiscono stimolando la liberazione di questi neurotrasmettitori naturali. Le anfetamine non solo bloccano la ricaptazione del trasportatore della dopamina (figura 2.3b, 'pompa di assorbi-

mento'), ma il loro effetto più significativo è quello di provocare il trasporto inverso della dopamina tramite il trasportatore di ricaptazione della dopamina (Hyman, 1996).

In contrasto con le anfetamine, il metilfenidato non è catturato nel terminale dal sistema di captazione, è invece capace di bloccare il transporter e in tal modo impedisce la ricaptazione della dopamina.

La concentrazione di dopamina aumenta nello spazio intersinaptico e porta ad una stimolazione alterata dei recettori della dopamina.

Gli psicostimolanti aumentano anche il livello di dopamina, inibendo la ricaptazione nelle cellule neuronali. Inoltre, aumentano il livello di stimolazione del sistema di ricompensa.

2.4.4.4 Cannabis

Quando una persona fuma cannabis, il principio attivo, i cannabinoidi, soprattutto tetraidrocannabinolo o THC, viaggiano rapidamente al cervello. Il THC si lega ai recettori del THC, concentrati nelle aree all'interno del sistema di ricompensa, come pure in altri settori (figura 2.4). L'azione del THC nell'ippocampo spiega la sua capacità di interferire con la memoria e l'azione del THC nel cervelletto ha la capacità di provocare scoordinazione e perdita dell'equilibrio.

Negli ultimi anni, lo studio per scoprire dove e come funziona il THC è stato intenso. Una teoria ipotizza che esso agisca in modo simile agli oppiacei. Nel nucleo accumbens, il THC si lega ai recettori THC su un terminale confinante di un neurone dopaminicoergico e questo invia un segnale al terminale dopaminico per rilasciare più dopamina. Il recettore del THC è probabilmente un recettore presinaptico su inter-neuroni GABA che controllano il rilascio di dopamina.

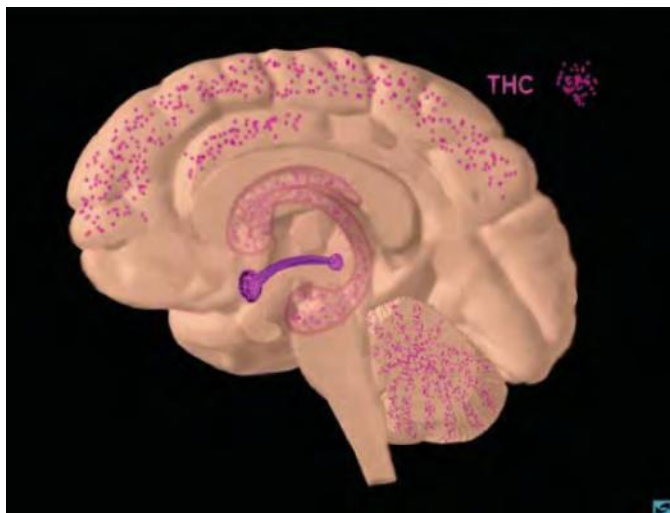


Figura 2.4: la distribuzione di THC nel cervello. Sono evidenziati l'area ventrale tegmentale, il nucleo accumbens, il nucleo caudato, l'ippocampo e cervelletto dove è concentrato il THC. Fonte dell'immagine originale: (il copyright non è limitato)

<http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching.html>.

Il THC migliora il rilascio di dopamina con la stimolazione dei recettori THC.

2.5 Alterazioni del sistema di ricompensa predisponenti alla dipendenza nei disturbi psichiatrici

Si presentano ora due esemplificazioni relative ai comportamenti di esternalizzazione e internalizzazione.

2.5.1 Alterazioni nella depressione

L'adolescenza è un periodo ad alto rischio per lo sviluppo di disturbi da uso di sostanza e depressivi (Rao, 2006). Gli adolescenti con una storia di ansia o depressione hanno un rischio doppio di abuso di sostanze successivo rispetto agli adolescenti senza tale storia (Christie et al., 1988). E' più probabile che adolescenti con un esordio di disturbo da uso di sostanze sperimentino i sintomi depressivi e tentino il suicidio (Bukstein et al., 1993).

Ci sono molte evidenze che una trasmissione dopaminergica diminuita abbia un ruolo nella depressione maggiore (Dunlop and Nemeroff, 2007). La motivazione, la velocità psicomotoria, la concentrazione e la capacità di provare piacere sono tutte collegate poiché sono regolate in parte dai circuiti della dopamina. Una compromissione di tali funzioni è una caratteristica importante della depressione. Le alterazioni fisiologiche alla base della dopamina ridotta nella depressione, possono essere causate dalla diminuzione del rilascio di dopamina dai neuroni presinaptici o da un' alterata trasduzione del segnale, dovuta probabilmente al cambio nel numero o nella funzione dei recettori. Inoltre, potrebbe essere alterata anche l'elaborazione del segnale intracellulare.

In alcuni pazienti con depressione i disturbi collegati alla dopamina possono essere migliorati dal trattamento con antidepressivi presumibilmente agendo sui circuiti noradrenergici e serotoninergici, che a loro volta colpiscono la funzione della dopamina. Poiché le sostanze d'abuso sono in grado di aumentare il livello di dopamina nello spazio sinaptico e poiché una trasmissione alterata della dopamina sembra giocare un ruolo nella depressione, gli adolescenti con la depressione utilizzano tali droghe come un' 'automedicazione'.

2.5.2 Alterazioni dell'ADHD

La sindrome da deficit di attenzione e da iperattività è un disturbo neurocomportamentale precoce con alte prevalenze e eziologie genetiche, ambientali e biologiche che persiste nell'adolescenza e nell'età adulta in una considerevole maggioranza dei bambini di entrambi i sessi colpiti da tali disturbi. E' caratterizzata da sintomi comportamentali di disattenzione, iperattività e impulsività in tutto il ciclo di vita ed è associata a morbidità e disabilità considerevole. La comorbidità è una caratteristica distintiva clinica dell'ADHD sia nei bambini che negli adulti. Sebbene la sua eziologia rimanga non chiara, prove emergenti documentano forti fondamenti neurobiologici e genetici (Spencer et al.). L'idea che una disregolazione dei circuiti della dopamina e noradrenalina sottende all'ADHD, inizialmente è stata suggerita

dall'azione delle droghe sul disturbo, che aumenta la disponibilità sinaptica di questi neurotrasmettitori (Biederman e Faraone, 2005) e dagli animali che mostrano come le lesioni nelle vie della dopamina creano modelli animali di ADHD, come mostrato nello sviluppo dei ratti (Shaywitz et al., 1978) e delle scimmie (Schneider et al. 1994). al., 2007.

Come risulta da uno dei più interessanti modelli animali di ADHD, il ratto naturalmente iperteso (Sagvolden, 2000) mostra anomalie nel rilascio di dopamina nelle strutture sottocorticali (Russell, 2000).

2.5.3 Collegamenti tra disturbi psichiatrici e abuso di sostanze in adolescenza

Una maggiore neurotrasmissione dopaminergica nel sistema mesocorticolimbico media l'effetto rinforzante delle droghe d'abuso, per esempio nicotina, etanolo, psicostimolanti, oppiacei.

La vulnerabilità a sviluppare una dipendenza da droga è influenzata da una combinazione di fattori genetici e ambientali (Kreek et al., 2005). Questi ultimi sono descritti in dettaglio nella sezione 2.2.

L'uso e l'abuso di sostanze, tra cui l'alcol, nicotina, cannabis, sostanze inalanti e altri farmaci, negli adolescenti è comunemente trovato in comorbidità con le condizioni psichiatriche. Questa doppia diagnosi richiede un'attenzione e un trattamento particolare, poiché l'uso di sostanze stupefacenti spesso inizia in questo periodo evolutivo.

Gli adolescenti possono essere diagnosticati con un abuso di sostanze, una dipendenza da sostanze, disturbi da uso di sostanze non altrimenti specificati, indicando un problema di consumo di sostanze in via di sviluppo che include i sintomi, ma che non soddisfa i criteri per la dipendenza da sostanze ("orfani diagnostici").

I disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza predispongono l'individuo a comportamenti additivi e all'addiction

La comorbidità psichiatrica negli adolescenti che abusano di sostanze rappresenta la regola piuttosto che l'eccezione e comuni comorbidità

includono l'ansia, la depressione, il disturbo bipolare, il disturbo della condotta e il deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD). Il trattamento del disturbo psichiatrico spesso aiuta anche ad alleviare il disturbo da uso di sostanza.

La decisione iniziale di una persona di utilizzare una droga è influenzata da fattori genetici, psico-sociali e ambientali. Una volta che è entrata nel corpo, tuttavia, la droga, agendo direttamente sul cervello, può promuovere comportamenti continuati di ricerca della sostanza. Gli studi hanno aumentato la comprensione dei processi neurali che sono alla base dei comportamenti di ricerca della droga.

Un sistema dopaminergico disturbato gioca un ruolo nella maggior parte dei disturbi psichiatrici. Le modifiche coinvolte nella maturazione dei sistemi cerebrali sono causa di disturbi psicologici ed emozionali in adolescenza, e rendono gli adolescenti vulnerabili allo sviluppo di disturbi psichiatrici.

Una volta che tale patologia si è sviluppata, il soggetto con un disturbo mentale è altamente vulnerabile a sviluppare un comportamento di dipendenza se inizia a consumare sostanze stupefacenti. Prendiamo, per esempio, l'umore degli adolescenti depressi a lungo termine, che è sempre basso, almeno in parte per una ridotta neurotrasmissione nei sistemi dopaminergici e serotoninergici. Sostanze come alcol, nicotina e cannabis aumentano la neurotrasmissione in questi sistemi e contribuiscono a far sentire l'adolescente molto meglio. Questo tipo di utilizzo può essere interpretato come una sorta di 'automedicazione', una forma di consumo di droga che è distinta da quella effettuata per la 'ricerca di novità' o per aumentare il comportamento di "assunzione del rischio" che è comune in adolescenza.

Tuttavia, è anche evidente che questo tipo di automedicazione è controproducente. Negli adolescenti affetti da disturbi psichiatrici, i sistemi di trasmettitori cerebrali, in particolare il sistema dopaminergico mesolimbico, sono molto reattivi, e questo può portare più rapidamente all'emersione di schemi di comportamento di dipendenza.

Le sostanze di abuso peggiorano i disturbi psichiatrici di base a causa del loro impatto, ampio, variegato e rapido nei sistemi di trasmissio-

ne. Come mostrato in figura 2.5, la struttura e la funzione della sinapsi sono determinate da fattori genetici e ambientali. Questa è la parte della rete che è patologicamente modificata nei disturbi psichiatrici, che a sua volta rende più vulnerabili ai cambiamenti necessari per lo sviluppo della dipendenza.

Il consumo di sostanze (alcol, cannabis, cocaina) può portare a ricadute nei disturbi psichiatrici.

Tuttavia, le influenze ambientali possono anche portare a cambiamenti nella morfologia del cervello (che può essere visto in cambiamenti strutturali del cervello dopo un grave trauma o una privazione). Pertanto, una migliore comprensione della neurobiologia non può portare a mero determinismo biologico, in quanto deve tener conto del ruolo che i fattori esterni potrebbe svolgere nell'influenzare lo sviluppo degli individui.

2.6 Influenze genetiche e uso di sostanze

Nel follow-up dello studio Minnesota Twin Family che ha incluso 1.080 gemelli (età media 20,7 anni, 17,5 anni alla valutazione iniziale), è stata provata l'esistenza di un fattore altamente ereditabile che sta alla base dell'associazione tra le molteplici forme di psicopatologia di 'esternalizzazione' o disinibitoria (McGue et al., 2006).

Il problema comportamentale in adolescenza è debolmente ereditario; esiste una forte associazione fenotipica tra il comportamento problematico precoce e la psicopatologia disinibitoria.

Questa associazione sembra essere prevalentemente genetica e non mediata dall'ambiente, in modo tale che gli individui con una vulnerabilità ereditaria a sviluppare una psicopatologia disinibitoria cercano attivamente ambienti (ad esempio, per i pari o per i contesti ad alto rischio), che rafforzano l'espressione di tale vulnerabilità (McGue et al., 2006). Rose et al. (2001) hanno rilevato che nei gemelli finlan-

desi, il 76% della varianza totale nell'astinenza o nel bere è spiegata da comuni effetti ambientali.

Fowler et al (2007) hanno esplorato il rapporto tra influenze genetiche e ambientali sull'uso delle sostanze nello studio di Cardiff (1 214 coppie di gemelli di età 11–19 anni del Galles e del nord-ovest dell'Inghilterra). Per tutte le tre sostanze (sigarette, alcol e cannabis), le influenze ambientali che rendono i gemelli più simili (ambiente comune) tendevano ad essere maggiori per l'iniziazione, mentre le influenze genetiche erano più forti per l'uso pesante.

Gli autori concludono che può essere più efficace concentrare gli interventi mirati al consumo di alcol sui fattori di rischio per lo sviluppo di un uso pesante rispetto a quelli associati con l'inizio d'uso. Al contrario, possono essere più appropriati gli interventi volti a ridurre l'iniziazione al consumo di sigarette e cannabis (Fowler et al., 2007). Rhee et al. (2006) hanno esaminato le cause della comorbidità tra dipendenza da alcol e dipendenza da droghe illecite tra gli adolescenti. Sono state testate tredici ipotesi alternative per le cause di comorbidità, ed i risultati suggeriscono che la comorbidità è una manifestazione di un'unica suscettibilità generale a sviluppare dipendenza da sostanze.

Studi sulle influenze genetiche suggeriscono l'ereditarietà del comportamento di esternalizzazione. I fattori genetici sembrano avere una maggiore influenza sul grado di utilizzo rispetto a all'inizio d'uso.

Mentre la genotipizzazione estesa non è una soluzione pratica (a causa di polimorfismi genici dovuti al fatto che l'espressione genica dipende da interazioni gene-ambiente), la neurobiologia offre la possibilità di disegnare un più completo quadro 'clinico' di una persona a rischio, soprattutto nel caso di coloro che accumulano diversi fattori di rischio (ad esempio un precoce consumo di alcol, ADHD e l'insuccesso scolastico, genitori alcol dipendenti, depressione e disturbo della condotta). Pertanto, le istituzioni che hanno a fare con gli adolescenti ad elevato rischio per il disturbo dell'uso di sostanze in età adulta, ma che presentano un disturbo che in sé è una condizione di rischio, de-

vono essere ben informati sulle strategie di prevenzione indicata e sui partner che lavorano in questo ambito, anche se una parte della prevenzione indicata è rappresentata inevitabilmente dal trattamento di questa condizione. Dopo aver tentato di rispondere a domande riguardanti il target degli interventi, come e dove individuarlo e riconoscere le prospettive del punto di vista neurobiologico, i prossimi capitoli si concentreranno su come intervenire. I modelli esistenti di standard di buone prassi possono fornire le basi su cui sviluppare gli standard di intervento per il futuro. Così come i giovani con disturbi psichiatrici sono ad alto rischio di sviluppare un disturbo dell'uso di sostanze nel corso della vita, sembra ragionevole riportare le linee guida per il trattamento dei disturbi di cui sopra per sottolineare la necessità di trattamento e per presentare un ragionamento su come questo tipo di linee guida potrebbe sostenere l'idea di interventi basati sulle evidenze.

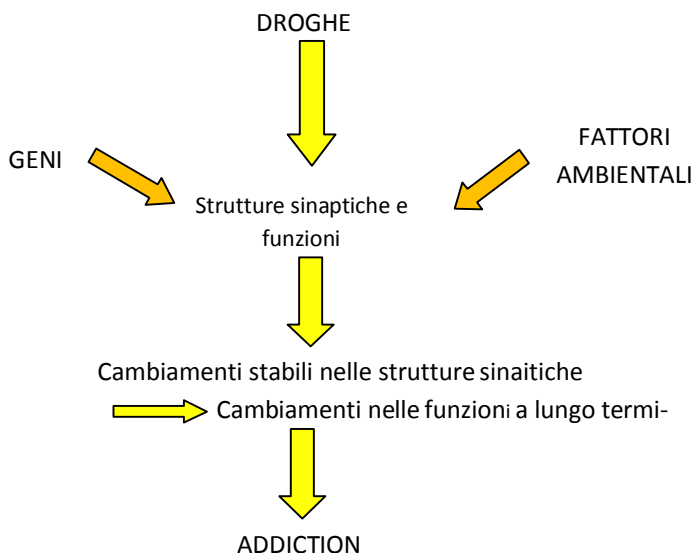


Figura 2.5 .Schema che mostra come i fattori genetici e ambientali si combinano per influenzare il processo attraverso il quale una ripetuta esposizione ad una sostanza di abuso provoca dipendenza (modificato dal Nestler, 2000).

Capitolo 3

Linee guida e standard per la valutazione e il trattamento delle condizioni di rischio psichiatrico per l'abuso di sostanze in adolescenza

Come osservato in letteratura (capitolo 2.3), la presenza di differenti disturbi nell'infanzia rappresentano delle condizioni di rischio per l'abuso di sostanze successivo (depressione, ansietà e altri disturbi di internalizzazione, aggressività, la condotta e l'ADHD e altri disturbi di esternalizzazione).

77

Per l'individuazione delle linee guida e degli standard è stata realizzata una ricerca all'interno dei data-base e delle homepage dei siti di associazioni europee di psichiatria (come riportate nell'homepage della Società Europea di Psichiatria Infantile e Adolescenziale, www.escap-net.org), oltre ad aver inviato una lettera al Presidente dell'ESCAP (ancora senza risposta). Le Linee guida sono state recuperate dal NICE nel Regno Unito e AWMF in Germania, che sono serviti all'interno di questo capitolo da esempio per gli interventi precoci e il trattamento. Altre linee guida (es. Olanda), potrebbero non essere incluse in questa rassegna in quanto non sono state ricevute in tempo per la pubblicazione.

Questi documenti differiscono tra loro rispetto alle referenze. Le linee guida NICE sono approvate dal sistema sanitario del Regno Unito e si basano sulle evidenze, sulle considerazioni cliniche, sui giudizi degli stakeholder (compresi i pazienti rappresentativi) e sulle considerazioni economiche.

Le linee guida AWMF tedesche di psichiatria infantile e adolescenziale (CAP) sono allo stadio I-II; i livelli di evidenza sono dati, ma non ha ancora avuto luogo un processo di consenso con i diversi campi della medicina, con i rappresentanti dell'assistenza sanitaria o con le parti interessate. Una pubblicazione sulla rivista Neuropsicofarmacologia Europea su una 'consensus conference' relativa all'ADHD e all'iperattività, sembra essere il solo consenso esistente a livello europeo, eppure questa pubblicazione non è stata certificata da

associazioni appartenenti al CAP. In assenza di linee guida formalmente accettate a livello europeo, ciò che viene riportato di seguito, come può notare il lettore, sono le opinioni di alcuni esperti riconosciuti, ma che non rappresentano lo standard delle linee guida. Oltre a queste fonti si sono utilizzati anche gli standard degli Stati Uniti, sotto forma di 'parametri pratici', così come vengono pubblicati nella Rivista AACAP (*Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*).

Tutti gli articoli trovati sono stati sottoposti ad un'analisi del testo qualitativa e valutati sulla base di affermazioni relative a:

- I casi in cui le condizioni descritte potrebbero o non potrebbero indurre ad un abuso di sostanze tardivo
- screening speciali o strumenti di valutazione per identificare gli individui a rischio o già affetti da questo disturbo
- standard per interventi terapeutici ad un livello iniziale

Nelle seguenti tabelle sono citati i risultati, le fonti di informazione, i riferimenti e i collegamenti.

Tabella 3.1: Linee guida stabilite per la valutazione e il trattamento dei disturbi d'ansia

	Regno Unito	Germania (AWMF)	Stati Uniti (AACAP)
Criteri diagnostici, valutazione	Standard solo per adulti DSMIV e ICD 10	F41; F93.0 ICD-10/DSM IV	DSM IV-TR
Sintomi	Diagrammi di flusso per sintomi	Checklist specificate Sintomi dovuti ad abuso di medicinali o droghe	Presentazione clinica, differenze per età
Procedure diagnostiche	Esplorazione della storia personale, automedicazione, caratteristiche culturali e individuali, strumenti di valutazione autoriferiti. Comorbilità, specialmente abuso di sostanze.	Diagramma di flusso specificati Esplorazione (figli, genitori, scuola se possibile) Esami fisici Test Kinder-Angst-Test II, KAT-II, Angstfragebogen für Schuler – AFS, Childhood Anxiety Sensitivity Index – CASI, Selbstbeurteilungsbogen Angst – SBB-ANG	1) Procedura di screening raccomandata (relazione sui genitori di bambini inferiori a 8 anni; relazione sui bambini di età superiore a 8 anni) per esempio il Multidimensional Anxiety Scale for Children o lo strumento Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders 2) Se lo screening è positivo – valutazione formale (sezione dell'Anxiety Disorders Interview Schedule-ADIS) 3) Considerare diagnosi differenziale di altri sintomi fisici o disturbi psichiatrici che potrebbero somigliare a sintomi di ansia (somministrazione o no di farmaci)

Trattamento, procedure terapeutiche	1) Intervento di cura primaria con terapia psicologica (terapia cognitivo comportamentale – CBT) 2) Terapia farmacologica (SSRI- valutazione dopo 12 settimane – un cambiamento potrebbe essere necessario) 3) Auto-aiuto (biblioterapia) Differenze fatte tra disturbi d'ansia e panico	Trattamento multimodale – differenze riportate tra disturbi d'ansia e panico 1) Terapia psicologica, comportamentale o familiare 2) Farmacoterapia – potrebbe essere la prima scelta nei disturbi di panico gravi e ansia generalizzata, SSRI come prima scelta, benzodiazepine a breve termine, betabloccanti	Approccio di trattamento multimodale 1. Terapia psicologica integrata con i genitori 1.1. Terapia cognitivo comportamentale basata sull'esposizione 1.2. Psicoterapia psicodinamica 1.3. Interventi familiari o genitore-bambino 2. Farmacoterapia 2.1. SSRI 2.2. Altri antidepressivi noradrenergici, buspirone, benzodiazepine, venlafaxine
Interventi	Interventi di cura primaria Invio ad uno specialista Cure in servizi di salute mentale specifici	Valutazione del trattamento ambulatoriale dopo 4 settimane (al più tardi) – potrebbe essere necessario un ricovero ospedaliero Ricovero ospedaliero Riabilitazione Seguire i livelli di gravità della compromissione e altri criteri	Prevenzione (screening della comunità) Trattamento ambulatoriale Programma di skills-training per i genitori Ricovero ospedaliero non specificamente menzionato 'Il clinico – dopo aver considerato... le opzioni disponibili diagnostiche e di trattamento- deve esprimere l'ultimo giudizio rispetto alla cura del particolare paziente'.
Esiti	Tutti i questionari brevi auto-compilati		

Considerazioni sui rischi di abuso	Indagare per una particolare comorbidità	Comorbidità confermata, specialmente nei giovani	Bambini con disturbo d'ansia hanno un rischio elevato di abuso alcolico o di dipendenza in adolescenza (Schuckit e Hesselbrock,1994)
Valutazione	Tutti i trattamenti valutati, necessaria la valutazione del trattamento	Valutazione eseguita dei differenti metodi di trattamento o dei farmaci	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o dei farmaci eseguita attraverso studi
Ricerca	www.nice.org.uk	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:2, Feb 2007, 284–299

Tabella 3.2: Linee guida stabilite per la valutazione e il trattamento della depressione nei bambini e negli adolescenti

	Regno Unito	Germania (AWMF)	Stati Uniti (AACAP)
Criteri diagnostici, valutazione	Linee guida sui sintomi DSMIV e ICD 10	F32; F33; F34 ICD-10/DSM IV, MAS	Diagnosi in accordo al DSM IV
Sintomi	Diagrammi di flusso	Diagrammi di flusso per sintomi-età specifiche Sintomi dovuti ad abuso di medicinali o droghe	Sintomi in accordo al DSM IV
Procedure diagnostiche	Esplorazione dei genitori e dei bambini Questionari auto riferiti sull'umore e sulle emozioni (MFQ) Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Diagramma di flusso specificati Esplorazione (figli, genitori, scuola se possibile) Esami fisici, comorbidità Test IQ, compromissione parziale delle prestazioni [fraction impairment of performance], TGT, Schwarzfus-Test, Depressions-Inventar fur Kinder und Jugendliche (DIKJ), Depressions-Test fur Kinder (DTK), Attributionsstil-Fragebogen (ASF)	Esplorazione (bambini, genitori, scuola se possibile) Esami fisici, comorbidità Test IQ, compromissione parziale delle prestazioni [fraction impairment of performance], Necessari più sistemi di classificazione diagnostica - interviste standardizzate, grafici dell'umore nell'arco della vita – checklist dei sintomi, scala a rapporti
Trattamento, procedure terapeutiche	1) terapia psicologica, dipendente dalla gravità della depressione	Diagramma di flusso specificati 1) Terapia psicologica (comportamentale, individuale, familiare)	Fase acuta 1. Psicoterapia (CBT, terapia interpersonale, terapia fami-

	2) Supporto genitoriale 3) Farmaco-terapia solamente per depressioni gravi. Foluxetina, come prima scelta (no paroxetina, venlafaxina o antidepressivi triciclici). 4) Terapia elettroconvulsiva solo per depressioni che comportano un pericolo di vita o sintomi gravi ed in-trattabili che non rispondono ad altri trattamenti, non raccomandata per bambini (5-11 anni)	2) Farmacoterapia – antidepressivi triciclici, SSRI, inibitori delle monoaminoossidasi, inibitori selettivi della ricaptazione della norepinefrina, antidepressivi noradrenergici e serotoninergici selettivi, NDRI	liare) 2. Farmacoterapia (deve essere la prima scelta per i disturbi depressivi psicotici, per i sintomi gravi che impediscono l'efficacia della psicoterapia) SSRI prima scelta 3. Intervento psicoeducativo ai pazienti, genitori ed insegnanti Fase di continuazione della terapia (durata 6-12 mesi) 1. Psicoterapia 2. Farmacoterapia se necessaria Fase di terapia di mantenimento, se necessario
Interventi	Setting ambulatoriale preferito 1 step -professionisti della salute nelle cure primarie 2 step -servizi di salute mentale per bambini e adolescenti, criteri di invio ad uno specialista Invio ad uno specialista Ricoveri, da considerare solo se il paziente ha un rischio signi-	Trattamenti ambulatoriali preferiti Trattamenti giornalieri Ricoveri (autodistruttivi) Riabilitazione	Trattamento il meno restrittivo, sicuro ed efficace Sono preferiti trattamenti ambulatoriali Trattamenti giornalieri o parziali, ricoveri, residenziali come alternativa

	ficativo di auto- distruzione o ha bisogno di trattamenti intensivi o la supervisione non è disponibile. Riabilitazione		
Esiti	Questionari richiesta		Comorbidità, 90% dei bambini con depressione ha altri disturbi psichiatrici, 20-30% ha un disturbo da uso di sostanze
Considerazioni sui rischi di abuso	Da valutare, “fattori di rischio”	Comorbidità confermata, specialmente nei giovani	Conosciuto per essere spesso accompagnato da abuso di sostanze (Schuckit e Hesselbrock,1994)
Valutazione	Schema di classificazione della terapia, follow-up per almeno 6 mesi Valutazione dei metodi di trattamento o farmacologici differenti	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o dei farmaci	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o dei farmaci Valutazione di trattamento durante la somministrazione di farmaci dopo 6 settimane, valutazione della psicoterapia dopo 6 mesi
Ricerca	www.nice.org.uk	DGKJP (ed.), Deutscher Arzte-Verlag, Koln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 37:10, October

Tabella 3.3: Linee guida stabilite per la valutazione e il trattamento del disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

	Regno Unito	Opinioni degli esperti europei	Germania (AWMF)	Stati Uniti (AACAP)
Valutazione	DSMIV e ICD 10	DSMIV e ICD 10	F90;	DSM IV-TR
Criteri diagnostici	Linee guida in costruzione		ICD-10/DSM IV	
Sintomi	Combinazione di iperattività, impulsività, disattenzione. Almeno 6 mesi.	Compromissione nell'attenzione, nell'iperattività e impulsività.	Checklist specificate Deficit dell'attenzione Iperattività e/o impulsività Deve iniziare prima dei 6 anni, per almeno 6 mesi	Deficit dell'attenzione Iperattività e/o impulsività Deve iniziare nell'infanzia 6/9 sintomi in accordo alla lista del DSMIV Compromissione in più di due aree comporta gravità
Procedure diagnostiche		Dovrebbe essere effettuata da un professionista del servizio di salute mentale pediatrico 1) Intervista clinica Devono essere coinvolti contesti multipli (scuola, casa e comunità) e informatori multipli (genitori, insegnanti, giovani) 2) Devono essere indagati i disturbi sensoriali ricettivi (compromissione della vista o dell'udito), malattie fisiche, il ritardo nello sviluppo e	Diagramma di flusso specificati 1) Esplorazione (genitori, scuola) dei sintomi, della storia, della comorbidità (Droghe?), condizioni ambientali 2) Osservazione 3) Esami fisici 4) Test (IQ, compromissione parziale delle prestazioni, DiSYPS),	1) Intervista ai genitori 2) Checklist dei sintomi della Scala a rapporti standardizzata del DSMIV, scale a rapporti (Academic Performance RS, Brown ADD RS, Child-Behavior-Checklist, Conners Parents and Teacher Rating Scales, Comprehensive Teacher Rating Scale, Barkley, Home and School Situation Questionnaires (HSQ-R, SSQ-R), IOWA, SNAP-IV, SKAMP (vedi www.adhd.net); Vanderbilt scales. 3) Storia familiare e funzionamento

		l'abuso di sostanze 3) Devono essere utilizzati strumenti di valutazione categorici e/o dimensionali culturalmente validati (Interviste: DISC, DICA, K-SADS, CAPA; scale dimensionali: CBCL, IOWA CTRS, SKAMP, Conners, N-CBRF)		4) Intervista diagnostica dei bambini 5) Controllo della condizione medica (per esempio sindrome alcol fetale) 6) Invio per test aggiuntivi (neuropsicologici o psicologici) solo se indicati (storia del paziente, sintomi) 7) Valutazione per disturbi di comorbidità, gli adolescenti più grandi dovrebbero essere controllati per il Disturbo da uso di sostanze
Trattamento, procedure terapeutiche	Ancora in evoluzione per bambini di 3 anni e più Includere la gestione delle comorbidità comuni nei bambini, giovani e adulti	E' essenziale l'identificazione dei sintomi all'inizio del trattamento ADHD senza Disturbo della Condotta 1) Intervento psicosociale e training genitoriale 2) Farmaci stimolanti (prima scelta metilfenidato), potrebbero essere la prima scelta per i bambini > 6 anni, prima valutazione della risposta dopo 2-4 settimane ADHD con Disturbo della Condotta Interventi psicosociali e far-	Terapia multimodale a) Training genitoriale, training scolastico e autogestione b) Terapia psicologica, comportamentale o familiare c) Farmacoterapia: 1) metilfenidato – se non c'è un abuso di farmaci o droghe nel contesto ambientale 2) Atomoxetina – seconda scelta, prima se si conosce un abuso di droghe o farmaci.	Differente per ogni gruppo di età piano di trattamento completo 1) Psico-educativo per genitori e bambini 2) Terapia comportamentale e/o farmacologica Terapia comportamentale come trattamento iniziale con sintomi lievi o moderati. Farmaci: prima scelta Stimolanti (FDA), anche formule di lunga durata d'azione, in secondo luogo: bupropione, antidepressivi triciclici, agonisti alfaadrenergici. ATX può essere considerato se è attivo un abuso di sostanze 3) Collegamento con il sostegno

		maci psicostimolanti (metilfenidato prima scelta), prima valutazione della risposta dopo 2-4 settimane, portare a massima dose; aggiungere risperidone, valutazione del trattamento dopo 4-6 settimane, cambiare concentrazione della dose se necessario Diagramma di flusso specificato		della comunità scolastica e le risorse aggiuntive 4) revisioni periodiche
Interventi	Ancora in sviluppo - che copre le cure dei professionisti della salute nelle cure primarie, di comunità e secondarie	Per la ADHD senza i Disturbi della Condotta 1. Cure primarie 2. Specialisti Per l'ADHD con i Disturbi della Condotta 1. Invio ad uno specialista se disponibile 2. Ospedalizzazione o trattamento residenziale dopo 12 settimane di trattamento non efficace	Trattamenti ambulatoriali Ricoveri Collocazione del bambino o del giovane in affido o case per bambini o in contesti scolastici speciali	Trattamento ambulatoriale. Nessuna informazione specifica sui ricoveri ospedalieri
Esiti	Ancora in sviluppo	Strumenti di misurazione di risultato suggeriti: CTRS-R, CPRS-R, IOWA CTRS, CTRS, SKAMP, SNAP-IV, N-CBRF		In assenza di sintomi per più di un anno interrompere la terapia “Molti bambini continueranno ad avere una compromissione in età adulta e questo richiederà un trattamento”

Considerazioni sui rischi di abuso	Comorbidità confermata in età adulta di uso di droghe problematico		Comorbidità confermata, specialmente nei giovani Da notare che gli adolescenti potrebbero usare impropriamente i farmaci o venderli	15-19% dei pazienti con ADHD inizierà a fumare o sviluppare altri disturbi da uso di sostanze
Valutazione	Ancora in sviluppo	Meeting per il consenso internazionale per le linee guida del 2002 – nessun meeting ufficiale nell’Unione Europea o in ESCAP	E’ richiesta valutazione continua del trattamento (1-2 prove esaustive all’anno per i farmaci. Valutazione dei differenti metodi di trattamento farmacologici fatti	Continuità della cura con clinici esperti Richiesto monitoraggio del bisogno di intervento psicosociale, dell’efficacia della terapia farmacologica e degli effetti collaterali Valutazione dei differenti metodi di trattamento farmacologici fatti
Ricerca	www.nice.org.uk	www.elsevier.com/locate/europharm European Neuropsychopharmacology 14 (2004) 11–28	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007. http://www.uni-duesseldorf.de/awmf	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007, 46:7, 894–921

Tabella 3.4: Linee guida stabilite per il trattamento del disturbo di condotta/disturbo oppositivo provocatorio

	Regno Unito	Germania (AWMF)	Stati Uniti (AACAP)
Valutazione	ICD 10/ DSMIV	F91, F92	DSM IV-TR: disturbo oppositivo provocatorio
Criteri diagnostici	Nessun standard di trattamento – Review – ‘training genitoriale o programmi educativi nella gestione di bambini con disturbi della condotta	ICD-10/DSM IV	
Sintomi	Variano ampiamente nella presentazione	Checklist dei sintomi specifiche per età	Sintomi specifici per età
Procedure diagnostiche	1) Valutazione basata sull'osservazione e interviste con bambini, genitori e insegnanti 2) Diverse checklist (es. CBLC) 3) Fattori di rischio ambientali, familiari o dei bambini stessi (uso problematico di sostanze)	Diagramma di flusso specificati Esplorazione (genitori, scuola) dei sintomi, della storia, della comorbidità (Droghe?), condizioni ambientali Esami fisici Test (IQ, compromissione parziale delle prestazioni)	Esplorazione (bambini, genitori, scuola se possibile) Esami fisici, comorbidità Test IQ, compromissione parziale delle prestazioni Strumenti di utilizzo a scopo diagnostico forniti- specialmente diagrammi di flusso

Trattamento, procedure terapeutiche	1) training o programmi educativi per i genitori (orientati ad essere focalizzati su breve termine) 2) La terapia focalizzata sui bambini - tra cui la terapia comportamentale, terapia cognitiva, sociale, formazione professionale, formazione cognitiva 3) Terapia familiare 2) La Farmacoterapia è necessari solo per comorbidità	1) formazione dei genitori, formazione scolastica, autogestione 2) terapia psicologica 3) Farmacoterapia (metilfenidato, pipamperone, risperidone, acido valproico)	E' necessario un trattamento a lungo termine collegato all'età 1) La prevenzione 2) Il trattamento dei disturbi in comorbidità 3) interventi familiari: la formazione dei genitori, piano di trattamento (abuso di sostanze) 3) terapia individuali o di gruppo 4) costruzione delle abilità psico-sociali 5) Farmacoterapia - non dovrebbe trattarsi di un intervento unico (stimolanti, atomoxetina)
Interventi	Ambulatoriale Ricovero	Trattamenti ambulatoriali preferiti Ricovero se sono presenti altre malattie gravi Separazione dal gruppo dei pari Collocazione del bambino o del giovane in affidamento o case per bambini-gestione sociale dei casi	Il trattamento deve essere effettuato in un contesto il meno restrittivo possibile. Trattamento ambulatoriale. L'ospedalizzazione dovrebbe essere necessario solo per la gestione delle crisi . Trattamenti giornalieri o ricoveri in strutture residenziali e di ricovero possono essere necessari se la famiglia non vuole o non è in grado di collaborare, sono preferibili alternative nella comunità esterne alla famiglia o modelli di tutela della famiglia

Tabella 3.4: Continuazione

	Regno Unito	Germania (AWMF)	Stati Uniti (AACAP)
Esiti	La prognosi è particolarmente sfavorevole nei disturbi della condotta che insorgono precocemente Rafforzando l'importanza di un intervento precoce efficace. Oltre il 60% dei bambini che all'età di 3 anni hanno problemi, a 8 anni presentano ancora problemi e molti di questi persisteranno in adolescenza e in età adulta. Circa il 50% dei bambini con disturbo della condotta vengono diagnosticati in seguito con disturbo di personalità antisociale e abuso di sostanze o altro.		
Considerazioni sul rischio di abuso	Abuso di sostanze come fattore di rischio. Confermata comorbidità, specialmente nei giovani.	Confermata comorbidità, specialmente nei giovani.	Comorbidità con abuso di sostanze. Per la prevenzione dei disturbi della condotta vedere il sito www.modelprograms.samhsa.gov
Valutazione	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o farmacologici eseguiti. Valutazione a lungo termine e analisi dei costi-efficacia dei diversi training genitoriali	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o farmacologici eseguiti	Valutazione dei differenti metodi di trattamento o farmacologici eseguiti attraverso studi randomizzati
Ricerche	www.nice.org.uk National Library for Health www.mentalneurologicalprimarycare.org	DGKJP(ed.),Deutscher Arzte-Verlag, Koln 2007. www.uniduesseldorf.de/awmf/11/1l_028.htm	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 46:1; 126-141, 2007

Nota: Non esistono linee guida europee per questa condizione

Capitolo 4

Strategie e programmi nella prevenzione indicata

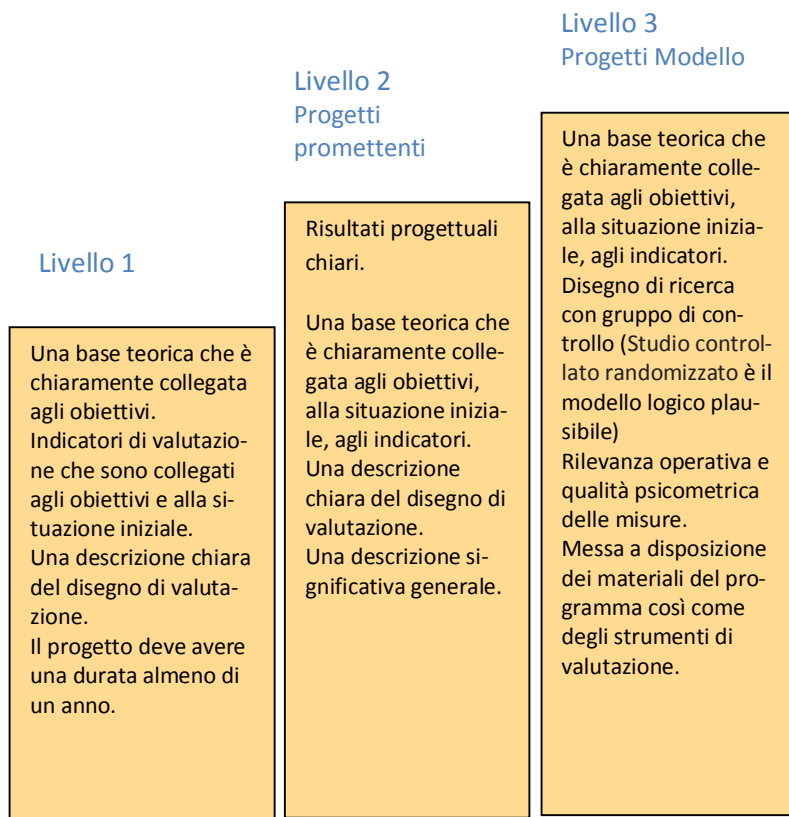
4.1 Introduzione

93

Questo capitolo ha lo scopo di fornire un approfondimento sui programmi di prevenzione indicata esistenti. L'informazione qui riportata è il risultato di una ricerca sistematica della letteratura scientifica (descritta sotto) integrata con i dati forniti dalle agenzie governative in risposta ad una richiesta di informazione sui modelli europei di prevenzione indicata. Per lo scopo di questa review, i programmi inseriti sono stati considerati come interventi preventivi se avevano:

- un gruppo target definito;
- una durata e una frequenza determinata;
- un processo di valutazione (opzionale).

Tutti i programmi sono stati etichettati su tre livelli usando la 'procedura di classificazione dei progetti di revisione in base al livello di qualità' (Hillebrand e Burkhart, in corso di stampa), e si è aggiunto, per quei programmi che raggiungono il livello 3, un diagramma di flusso in accordo al modello logico fornito da Hillebrand e Burkhart (in stampa). E' stata inoltre inserita una valutazione dei programmi da parte di esperti attraverso un processo di consenso. I programmi classificati di "prevenzione indicata" attraverso questi passaggi sono stati descritti attraverso informazioni generali (come ad esempio nazionalità, frequenza, valutazione), una loro descrizione grafica - come indicato nel documento sui criteri di qualità - e assemblati nel modello logico per la banca dati dell'Emcdda, sviluppato da Hillebrand e Burkhart (in stampa). Il modello consente agli elementi di un intervento di essere visualizzati e fornisce una panoramica della interconnessioni delle diverse componenti (Figura 4.1). L'utilizzo del modello logico aiuta ad identificare sia i componenti inclusi nella progettazione sia quelli che potrebbero essere assenti.



Classificazione della qualità dei programmi di Hillebrand e Burkhart

I “Modelli logici, specialmente nell’area della prevenzione delle droghe, permettono di provare e mostrare graficamente che il vostro intervento consiste di un insieme di componenti coerentemente interconnessi, logicamente collegati e che derivano l’un l’altro. Il modello logico aumenta l’efficacia potenziale di un intervento regolando i suoi elementi in relazione tra loro e permettendo il controllo continuo di queste relazioni logiche...” (Hillebrand e Burkhart, in stampa).

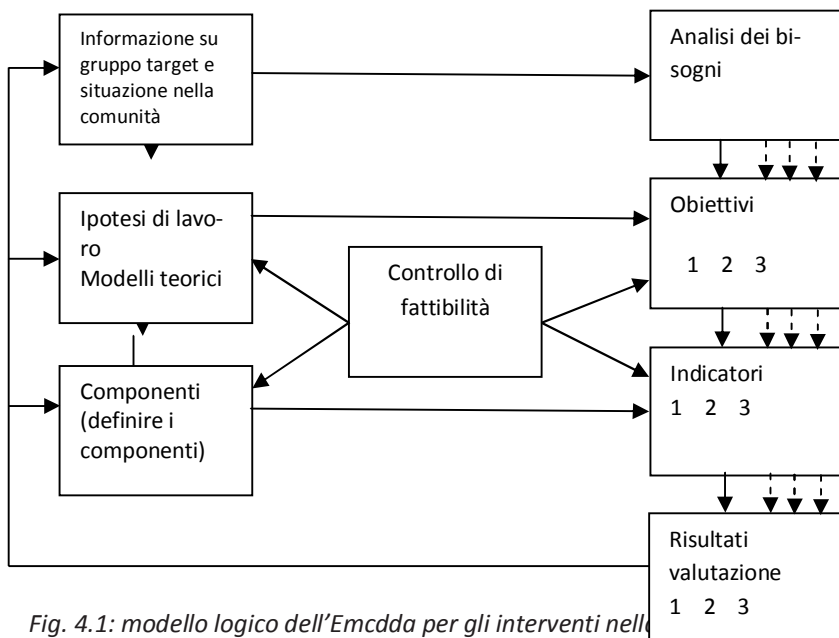


Fig. 4.1: modello logico dell'Emcdda per gli interventi nella
droghe

4.2 Risultati della ricerca in letteratura sulla prevenzione indicata

La ricerca nel database PubMed ha portato ad un campione iniziale di più di 6900 abstracts, dai quali, dopo un'analisi approfondita, sono stati selezionati 390 studi per valutazioni successive. La ricerca è stata condotta in altri database (EMBASE, Social Science Citation Index, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and PsycINFO) ed ha prodotto 647 studi dai quali successivamente sono stati selezionati 96 abstracts. Gli studi selezionati sono stati poi valutati da un team di esperti che è stato in grado di trovare 21 programmi di prevenzione indicata che incontrano i criteri per essere inclusi in questo report.

Gli studi sono stati etichettati su tre livelli, in accordo con la 'procedura di classificazione dei progetti di revisione in base al livello di qualità' (Hillebrand e Burkhart, in corso di stampa).

Dall'esperienza si sa che specifici gruppi ad alto rischio, come i bambini collocati in case di affido, i giovani inseriti in strutture per coloro che scappano di casa e i giovani delinquenti, possono essere considerati come target degli interventi di prevenzione indicata.

Poiché la ricerca in letteratura non ha condotto ad una selezione di un numero di studi elevato in quel campo e solo tre studi sono stati selezionati nella letteratura grigia europea (dalla Polonia, dall'Ungheria e dalla Norvegia), si è realizzata una ricerca supplementare includendo non solo gli articoli pubblicati in riviste specializzate ma anche tesi di laurea e altri report scientifici (database: CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CINAHL, PsychINFO, all'interno dei quali è stata effettuato una ricerca utilizzando termini quali: abuso di sostanze, adolescenza e delinquenza a partire dagli anni 2000).

Questa ricerca ha identificato 78 documenti che non erano stati trovati precedentemente. Tuttavia, anche con questa strategia, non è stato possibile identificare un approccio di prevenzione indicata valutata con queste popolazioni ad alto rischio.

Diverse tesi di laurea hanno sottolineato la necessità di uno screening sistematico dei giovani incarcerati, mostrando che tra i giovani autori di reato, test standardizzati sono significativamente migliori a rilevare problemi di abuso di sostanza rispetto alle interviste informali standard. Esiste un intero corpo della letteratura su 'colloqui motivazionali' e altre tecniche motivazionali, ma questi studi sono stati condotti con i delinquenti identificati come affetti da un disturbo da uso di sostanze.

Il colloquio motivazionale potrebbe essere visto come una introduzione specifica nel trattamento. L'accesso a interventi di prevenzione e cura sembra essere molto difficile per questi sottogruppi di giovani. Potrebbero ottenere un trattamento solo se avessero un disturbo innegabile.

Questo ha un impatto sul loro comportamento, per esempio durante la detenzione. Dato che gli adolescenti sotto custodia, in detenzione e in carcere, sono un gruppo ad alto rischio facilmente accessibile ai ricercatori e agli intervistatori per il follow-up, è stata condotta una

ricerca più ampia includendo anche le tesi di dottorato europeo e gli abstract delle conferenze.

Tuttavia, questa ricerca non ha individuato nessun programma valutato nella prevenzione indicata. I programmi sono stati suddivisi in interventi motivazionali, familiari, interventi nei giovani con comportamenti delinquenti e distruttivi e altre tipologie.

97

4.3 Programmi dalla letteratura

I programmi identificati dalla ricerca in letteratura sono riportati nella tabella 4.1. I modelli logici possono essere trovati nell'appendice.

Tabella 4.1: Programmi identificati in letteratura

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Interventi motivazionali							
Marsden et al., 2006	Interventi motivazionali brevi per persone che usano ecstasy e cocaina: interventi manualizzati di 45-60 minuti	Studio controllato randomizzato verso gruppi ai quali è stata fornita solo l'informazione	Regno Unito	16-22 anni N=342	Strumenti auto costruiti MAP: Maudsley Addiction Profile (Marsden et al., 1998) SDS: Severity of Dependence Scale (Topp and Mattick, 1997) AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Conigrabe et al., 1995)	Follow up a 6 mesi: non più efficace della semplice informazione per la riduzione dell'uso di alcol e stimolanti	1
Walker et al., 2006	Adolescenti utilizzatori di cannabis (uso nell'ultimo mese): 2 sessioni di terapia dell'aumento motivazionale (MET)	Studio controllato randomizzato: trattamento verso gruppo di controllo in lista di attesa	Stati Uniti	14-19 anni N=97	GAIN-I: Global Appraisal of Individual Needs – Initial version (Dennis, et al. 2004a)	Follow up a 3 mesi: uso ridotto in entrambi i gruppi, nessun segno di efficacia dell'intervento	1

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
White et al, 2006	Studenti che infrangono le regole del campus riguardanti l'uso di droga e alcol. Mandare feedback a casa vs intervista motivazionale.	Studio controllato randomizzato	Stati Uniti	Età media 18.6 anni N= 222	SDS: Social Desirability Scale (Andrew and Meyer, 2003) Modified Daily Drinking Questionnaire (Dimeff et al., 1999) RAPI: Rutgers Alcohol Problem Index (White and Labouvie, 1989)	Follow up a 3 mesi: riduzione (alcol, nicotina, cannabis), nessuna differenza tra gli interventi	3
McCambridge e Strang, 2005	Adolescenti che consumano droghe illegali: intervista motivazionale singola (1 h)	Studio controllato randomizzato	Regno Unito	16-20 anni N= 200	Interviste strutturate	Nessun effetto dopo 12 mesi, il gruppo di controllo è inoltre migliorato	1
McNally et al., 2005	3 sessioni di interventi motivazionali per studenti bevitori forti. 30 min. (screening), contatto telefonico e randomizzazione, seconda e terza sessione.	Studio controllato randomizzato	Stati Uniti	Età media 18.85 anni N= 73	AUDIT (Saunders et al., 1993) Young Adult Alcohol Problems. Screening Test (Hurlbut and Sher, 1992) Daily Drinking Questionnaire (Dimeff et al., 1999)	Follow up a 6 settimane: riduzione significativa (bevute settimanali, bere eccessivo).	2

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Tait et al., 2004; Tait et al., 2005	Interventi brevi in pronto soccorso in casi riguardanti l'uso di alcol e droghe. Sono fornite informazioni su dove ottenere aiuto	Studio controllato randomizzato	Australia	12-19 anni N= 127	Drug use of teenagers questionnaire (Ovenden and Loxley, 1994) FAD: Family assessment device (Epstein et al., 1983) GHQ-12: general health questionnaire-12 (Goldberg and Williams, 1988)	Follow up a 4 mesi: minor uso di droghe "pericoloso", minor uso di droghe in chi è in terapia, più adolescenti che iniziano un trattamento. Follow up a 12 mesi, meno ricoveri in pronto soccorso per uso di alcol e droghe.	3
McCambridge e Strang, 2004	Adolescenti che usano droghe illecite (stimolanti e cannabis) reclutati attraverso i pari: intervista motivazionale	Studio controllato randomizzato	Regno Unito	16-20 N=200	SDS: Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1995) DAS: Drug Attitudes Scale (Parker et al., 1998) GHQ: General Health Questionnaire (Goldberg and Williams, 1988)	Follow up a 3 mesi: riduzione dell'uso di droghe. Ampiezza dell'effetto: sigarette: 0.37 alcol: 0.34 THC: 0.75	3

Baer et al., 2001	Bevitori ad alto rischio: un'intervista motivazionale personale, un'analisi personalizzata inviata agli individui, contatto telefonico con i bevitori ad alto rischio	Studio controllato randomizzato	Stati Uniti	19 anni N=659	Strumenti auto-costruiti Rutgers Alcohol Problem Inventory (White and Labouvie, 1989) Daily Drinking Questionnaire (Collins et al., 1985) ADS: Alcohol Dependency Scale (Skinner and Horn, 1984)	Follow up a 4 anni: grande riduzione di uso di alcol nel gruppo dell'intervento	2-3
Walters, 2000	Bevitori da moderati a forti. Feedback personalizzato inviato a loro	Studio controllato randomizzato (2 h. di informazione più il feedback vs. solo il feedback vs. nessun intervento)	Stati Uniti	N= 40	DCU: Drinker's Check Up (Miller and Sovereign, 1993) AUDIT	Follow up a 6 settimane. Ampiezza effetto 1.01 per l'invio dei feedback vs. 0.36 senza intervento vs. 0.60 per gli interventi più il feedback	2

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Interventi centrati sulla famiglia							
Kamon et al., 2005	Adolescenti che hanno utilizzato almeno cannabis nell'ultimo mese: gestione dei fondi basato sulla famiglia (soldi per campioni di urina negativi, 14 settimane, una sessione a settimana. Adolescenti e genitori separatamente	Studio pilota	Stati Uniti	15-18 anni N=19	TLFB: Timeline Follow back (Sobell and Sobell, 1992) CBCL, YSR Vermont Structured Diagnostic Interview (Hudziak et al., 2004) Alabama Parenting Questionnaire (Frick et al., 1999)	Follow up a 30 giorni: efficace vs.uso di sostanze e i comportamenti di esternalizzazione.	2
FACS: Family and Coping Skills (Curry et al., 2003	Uso di sostanze e depressione in adolescenza: parte degli interventi familiari e della terapia Cognitiva Comportamentale. Training per genitori, sessioni familiari e di gruppo	Studio pilota	Stati Uniti	14-18 anni N= 13	CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Angold and Costello, 1995) CDI: Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992) Own instruments	Follow up a 3 mesi: abbassamento del livello di depressione e riduzione dell'uso di sostanze	2

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
BSFT: Brief Strategic Family Therapy (Robbins et al., 2002)	Comportamenti adolescenziali osservati nel contesto ambientale, prevalentemente 12-6 sessioni (3-4 mesi)	Studi differenziati: Studio controllato randomizzato vs. gruppo di controllo in lista di attesa	Stati Uniti	6-17 anni, 79 famiglie (Coatsworth et al., 2001)	RBPC: Revised Behavior Problem Checklist (Quay and Peterson, 1993). ASI: Addiction Severity Index (McLellan et al., 1984). FES: Family Environment Scale (Moos and Moos, 1983). SFSR: Structural Family Systems Rating (Szapocznik et al., 1991)	Riduzione del consumo di cannabis ma non dell'uso di alcol Coatsworth et al., 2001)	3
CYT: Cannabis Youth Treatment (Dennis et al., 2002, 2004a)	Uso di cannabis negli ultimi 90 giorni, un sintomo di dipendenza. Interventi: terapia dell'aumento motivazionale (MET), Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), rete di supporto familiare (FSN), approccio di rinforzo della comunità adolescenti (ACRA) o terapia familiare multidimensionale (MDFT).	Studio controllato randomizzato	Stati Uniti	12-18 anni N=600	GAIN: Global appraisal of Individual needs	Follow-up 12 mesi: i 5 interventi incrementano i giorni di astinenza e la percentuale di adolescenti in recupero. Miglioro costo/efficacia: mET o CBT (5 sessioni), MET o CBT (12 sessioni), ACRA	3

Interventi basati sulla scuola							
Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Preventure (Sully and Conrod, 2006)	Programma scolastico: Regno Unito (dal Canada) Solo per adolescenti con fattori di rischio identificati. 4 tipi di personalità ansia sensibilità ansiosa, ricerca di sensazioni, impulsività, il pensiero negativo Durata: 1 x 90 minuti	Studio controllato	Regno Unito	13-16 anni	SURPS: Substance Use Risk Profile Scale (Conrod and Woicik, 2002)	Follow up a 12 mesi: riduzione del binge drinking, della frequenza e della quantità delle bevute (riduzione anche di: depressione, assenze ingiustificate, attacchi di panico e impulsività). Efficace in particolare per chi ricerca sensazioni (sensation Seekers)	
Project Options (Brown et al., 2005)	Adolescenti, uso di alcol almeno una volta, basato sulla scuola, 6 sessioni, aumento motivazionale, skills training, feedback, interventi individuali o via internet	Studio controllato: auto invio a gruppi di intervento (non vs. individuale vs. internet)	Stati Uniti	Media: 15.9 anni N = 1 249	Items da: Monitoring the Future Survey (Johnston et al., 2003) Youth Risk Behaviour Survey (CDC, 1990)	Dopo gli interventi: migliori effetti nei forti bevitori	

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Interventi in giovani con comportamenti delinquenziali distruttivi							
UCPP: Utrecht Coping Power Programme (Zonnevylle-Bender et al., 2007)	Terapia cognitiva manualizzata; 23 sessioni settimanali, 1,5 ore figli e genitori I genitori devono pagare	Studio controllato randomizzato vs. TAU vs controlli di salute	Olanda	8-13 anni con disturbo di comportamento distruttivo N= 61		Follow up a 5 anni: riduzione di fumo, uso di cannabis, nessuna differenza nei comportamenti delinquenti	3
ATTAIN (Gil et al., 2004)	Giovani delinquenti	Studio controllato randomizzato: intervento CBT individuale vs. intervento familiare (Auto cambiamento guidato) vs. gruppo di controllo in lista di attesa	Stati Uniti	Media: 15.7 anni N= 213	TLFB: Timeline Followback interview (Sobell and Sobell, 1992) Interviste strutturate PRQ: Problem Recognition Questionnaire (Cady et al., 1996)	Riduzione dell'uso di alcol e cannabis in entrambi i gruppi di intervento	2

Altro							
Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Solkhah et al., 2005	Bupropione ritardato negli adolescenti con ADHD o con disturbo dell'umore	Studio "in aperto" ⁸ , naturalistico	Stati Uniti	12-19 anni N=14	DUSI-R: Drug Use Screening Inventory- Revised ADHD Symptom Checklist HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression CGI: Clinical Global Impression	Follow up a 6 mesi: riduzione dei punteggi del DUSI, dell' e del ADHD e dell'HAM-D	2
Battjes et al., 2004	Abusatori di sostanze da leggeri a moderati, approccio di terapia di gruppo manualizzata, 19 sessioni		Stati Uniti	N= 194	GAIN: Global Appraisal of Individual Needs (Dennis et al., 2002) Circumstances, Motivations and Readiness Scale (DeLeon et al., 2000) Client Evaluation Form (Simpson and Chatham, 1995)	Follow up a 6 e 12 mesi: riduzione dell'uso di cannabis, l'uso di alcol rimane stabile	2

⁸ E' uno studio in cui sia lo sperimentatore sia il partecipante conoscono il tipo di trattamento

Studi	Descrizione	Disegno	Paese	Popolazione	Strumenti	Esiti	Liv.
Supra-f (Meili, 2004)	Adolescenti con comportamenti problematici. Invio dalla scuola, dalla giustizia minorile, dai genitori. 6 mesi, 1-5 volte alla settimana. Lavoro sulla scuola e sul lavoro School and job work, analisi dei problemi, abilità di problem solving, training sulle competenze sociali		Svizzera	11-20 anni		Impianto presentato	2
Waldron et al., 2001	12 ore (24 ore) di terapia in una dei quattro setting di terapia per gli adolescenti che usano cannabis	Studio controllato randomizzato: Terapia Cognitivo Comportamentale vs. Terapia Funzionale Familiare vs. la combinazione vs. l'approccio psico educativo in gruppo	Stati Uniti	13-17 anni N=120	CBCL: Child Behaviour Checklist (Achenbach, 1991) TLFB: Timeline followback interview (Sobell and Sobell, 1992) POSIT (McLaney et al., 1994)	Follow up a 4 mesi per l'uso di cannabis: la terapia funzionale familiare e la combinazione: minor giorni di utilizzo . Terapia funzionale, terapia cognitivo comportamentale e la combinazione: più adolescenti a livello di uso minimo	1

4.4 Programmi in Europa – informazioni fornite dalle agenzie governative

4.4.1 Strategie di ricerca

108 Per raccogliere notizie aggiuntive sui programmi esistenti o su iniziative pianificate nei paesi europei, sono state richieste ai vari Paesi informazioni sui loro attuali programmi di prevenzione indicata.

Basandosi sulle informazioni disponibili in internet, indirizzi e contatti laddove possibile, sono state identificate le persone referenti per i seguenti ministeri: salute, affari sociali, educazione e giustizia. In alcuni casi, a causa dell'organizzazione dei servizi governativi o per l'assenza di una versione inglese del sito internet, non è stato possibile trovare l'indirizzo per il contatto. In 29 paesi europei sono state spedite un totale di 100 lettere indirizzate ad agenzie o a dipartimenti governativi.

Dal 70% dei paesi sono state ricevute risposte da almeno un ministro o un'agenzia. I riscontri ottenuti variano ampiamente in base alla loro qualità.

Inizialmente, dalle persone contattate sono pervenuti dei nuovi indirizzi o la notifica di invio della lettera alla persona responsabile. Oltre a questo, alcuni paesi prevedono a livello governativo specifiche istituzioni per il monitoraggio delle droghe, come ad esempio la commissione nazionale per le Droghe e il Dipartimento per il controllo della droga. Dalla maggior parte dei Governi contattati si è ottenuta più di una fonte di informazioni. Le risposte sono arrivate per lo più dal Ministero della Salute (49%) e dal Ministero della Giustizia (21%) (vedi Figura 4.2).

Sulla base delle risposte delle agenzie governative, si è concluso che i programmi preventivi variano ampiamente da paese a paese. Le definizioni della prevenzione indicata sono diversificate: seppur le informazioni ricevute riguardino un grande numero di programmi, la maggior parte di questi dovrebbero essere definiti come approcci di prevenzione universale o selettiva.

I programmi sono stati realizzati per lo più senza alcun tipo di valutazione (o senza informazioni sufficienti sulla valutazione). Sembra anche che i rispettivi Ministeri o Agenzie non siano ben a conoscenza delle altre attività di prevenzione alla droga attive nel loro Paese.

Delle 21 pubblicazioni che incontrano i criteri per un programma di prevenzione indicata, 16 possono essere classificate come programmi classificabili al livello 2 o 3. Sei dei 16 programmi hanno un'origine europea; dei 16, quattro si sono qualificati per il livello 3.

Sono state raccolte informazioni anche su siti internet e home-pages dei progetti, studi epidemiologici, intenzioni politiche, istituti di ricerca, materiali relativi alla definizione di prevenzione, così come su programmi universali e su programmi più specifici. Molte homepages sono disponibili in inglese. Una rassegna del materiale raccolto è fornita nella sezione "Programmi indicati dai governi o dalle istituzioni collegate" (tab 4.2). Sono stati valutati tutti i siti indicati dai ministeri e le lettere che offrono informazioni sui progetti nazionali. È stato verificato ogni collegamento, con particolare attenzione ai programmi di prevenzione indicata.

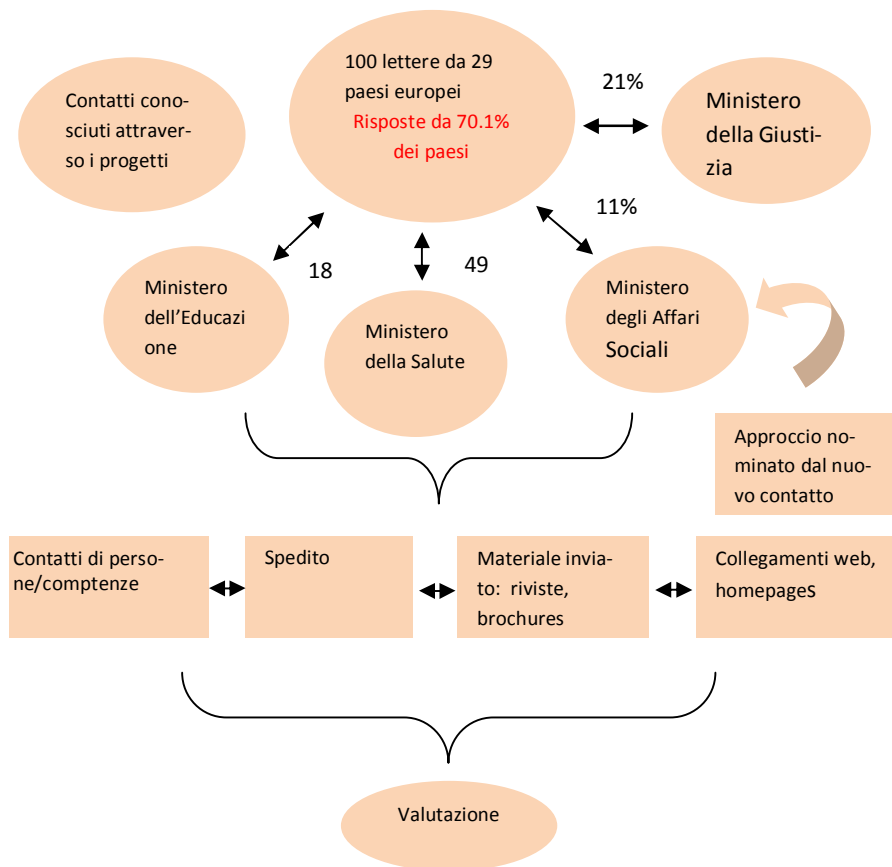


Figura 4.2: Strategie di ricerca di programmi nei vari paesi

Gli interventi identificati come programmi (quelli con un gruppo target, un obiettivo specificato e una descrizione dell'intervento) sono stati valutati più attentamente.

Nella ricerca dei testi si è verificata la presenza di parole chiave sul quadro teorico, sulla durata del progetto, sul finanziamento e sulle strategie di valutazione. I programmi inclusi sono stati giudicati con il consenso di un gruppo di esperti e suddivisi in prevenzione universa-

le, selettiva o indicata (tre esperti hanno recensito i programmi in modo indipendente, ne hanno poi discusso in gruppo fino a concordare per ogni programma l'inserimento in una categoria).

I programmi classificati come « prevenzione indicata » dovevano rispondere alla definizione fornita all'inizio di questo capitolo. Il processo di consenso di gruppo ha portato ad ulteriori categorie qualitative, funzionali all'inclusione o all'esclusione del programma alla fase successiva di descrizione del programma.

I Programmi non sono stati classificati come progetti di prevenzione 'indicata', e quindi non ulteriormente descritti in questo report, se:

- gli interventi sono stati progettati per l'intera popolazione scolastica, anche se si sono realizzati in scuole per bambini con difficoltà comportamentali, senza la presenza di interventi specifici orientati all'abuso di sostanze (ad esempio, Estonia e Ungheria);
- la formazione è stata rivolta ai professionisti e al personale e non mirata ad individui (ad esempio Slovacchia);
- non è stato specificato il gruppo target o è stato identificato in modo generico, ad esempio 'gruppi a rischio';
- gli individui sono stati selezionati senza alcun tipo di valutazione individuale del rischio (ad es. valutazione dei problemi psicologici dei genitori, segni comportamentali individuali, delinquenza) ma sono stati selezionati poiché vivono in quartieri svantaggiati o perché appartengono a sottogruppi etnici etc. (ad es. Irlanda e Slovacchia);
- il programma è stato descritto come “in sviluppo” o “che sta creando la rete”, senza ulteriori spiegazioni (ad es. la Polonia);
- il programma prevede iniziative di gruppi di auto-aiuto (ad es. la Polonia);
- il programma consiste, per lo più, in interventi di trattamento o riduzione del danno (ad es. scambio di siringhe);
- lo studio o il programma non prevede un intervento;

- il gruppo target è costituito da giovani adulti con più di 18 anni.

112

Dai 53 siti selezionati, alla fine 23 programmi sono stati categorizzati come prevenzione indicata. Le procedure di valutazione in questi 23 programmi hanno raggiunto gli standard del livello 3 in un caso, del livello 2 in due casi e del livello 1 in cinque casi. Quindici programmi non possono essere collocati in nessun livello poiché non hanno fornito sufficienti informazioni. Due programmi hanno gli standard necessari per la prevenzione indicata al livello 3 (IPL3) così come definita in questo capitolo.

A parte un programma Svizzero, nessun programma è stato trovato sia in letteratura che nella ricerca governativa. In sintesi, solo alcuni degli studi potrebbero essere descritti come efficaci, anche empiricamente, e quindi servire come modelli di buone prassi. In molti degli altri studi la forza delle evidenze è limitata da follow-up ad intervalli brevi o per un numero insufficiente di partecipanti. Per evitare questo problema, è necessario richiedere che gli studi aderiscano ad un certo livello di standard di valutazione.

I politici possono in questo caso svolgere un ruolo, effettuando una valutazione adeguata delle condizioni per finanziare i progetti di prevenzione. Studi futuri dovrebbero basarsi su un disegno randomizzato, controllato, alimentato da un numero sufficientemente grande di individui (a seconda della questione da valutare). Dovrebbe essere realizzato almeno un follow-up a un mese. E' fondamentale che anche gli interventi senza successo siano pubblicati al fine di fornire informazioni sui modelli che non funzionano, aiutando così altri ricercatori e singoli individui ad evitare di ripetere programmi di prevenzione valutati come inadeguati.

4.4.2 Programmi segnalati dalle agenzie governative

Tabella 4.2. Programmi segnalati dalle agenzie governative

Origine	Fonte fornita	Informa- zioni globa- le	U	S	I	?	El
Rep. Ceca	www.p-centrum.cz X X 1		X	X	1		
Germania	www.lwl.org/ks-download/ downloads/publikationen/ Cannabis-Expertise.pdf		X	X	1		
Ungheria	www.drogfokuszpont.hu	X	X	X	2		X
Olanda	http://www.lsp- preventie.nl/index.asp?conte nt_id=37	X			6		
Polonia	www.para.pl/parpaeng		X	X	3		
Slovacchia	www.infodrogy.sk		X	X	1		
Svezia	http://www.socialstyrelsen.se/en/Subjects/	X	X	X	1		X
Svizzera	www.supra-f.ch 1				1		
Regno Unito	www.drogfokuszpont.hu		X	X	1		X
Regno Unito	http://guidance.nice.org.uk/t ype	X	X	X	1		
Rep. Ceca	www.prevcentrum.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.web.telecom.cz/fi lia	Potrebbe non essere trovato					
Rep. Ceca	www.podaneruce.cz		X				X
Rep. Ceca	www.extc.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.poradenskecentrum.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.anima-os.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.auritus.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.pppbruntal.cz/citadela	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.mestokladno.cz		x				

Origine	Fonte fornita	Inf. globale	U	S	I	?	El
Rep. Ceca	www.vrakbar.wz.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.kcentrum.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.cnnfm.cz	Sito solo in lingua ceca					
Rep. Ceca	www.os-semiramis.cz		X	X			
Rep. Ceca	www.fokusvysocina.cz	Sito solo in lingua ceca					
Estonia	http://euks.tai.ee/?lang=en	X	X				
Francia	http://www.education.gouv.fr/cid1116/prevention-desconduites-addictives		X	X			X
Francia	http://www.drogues.gouv.fr/article94.html	X					
Francia	www.sante.gouv.fr	X					
Germania	www.dbdd.de			X			
Germania	www.forumpraevention.de	X					
Germania	www.gesundheitsforschung-bmbf.de	X					
Ungheria	www.gov.hu	X	X				
Irlanda	www.sphe.ie		X				
Irlanda	www.probaile.ie/en/NationalDrugsStrategy/NationalDrugsStrategyFAQs		X	X			
Lettonia	www.narcomainia.lv						
Lettonia	www.aids.gov.lv						
Lettonia	www.vvva.gov.lv						
Lettonia	www.atkariba.lv						
Lituania	www.nkd.lt						
Lituania	www.vpsc.lt/vpsc_anglu			X			
Norvegia	www.shdir.no	X	X			X	
Polonia	www.narkomania.gov.pl/brief/htm	X	X				
Polonia	www.bpzgov.pl/anghtml/index2/html	X					
Svizzera	www.radix.ch	X					X

Origine	Fonte fornita	Inf. globale	U	S	I	?	El
Turchia	www.yeniden.org	X					
Regno Unito	www.talktofrank.com		X				
Lituania	www.nkd.lt						
Lituania	www.vpsc.lt/vpsc_anglu			X			
Norvegia	www.shdir.no	X	X			X	
Polonia	www.narkomania.gov.pl/brief/htm	X	X				
Polonia	www.bpzgov.pl/anghtml/index2/html	X					
Svizzera	www.radix.ch	x					X
Turchia	www.yeniden.org	X					
Regno Unito	www.talktofrank.com		X				
Regno Unito	www.puplicationsteachernet.gov.uk	X	X				
Regno Unito	www.dh.gov.uk	X					
Regno Unito	www.deni.gov.uk/index/80-curriculumassessment_pg/80-curriculum_and_assessment-drugsguidance_pg.htm	x	X				
Regno Unito (Irlanda del Nord)	www.deni.gov.uk/index/80-curriculumassessment_pg/80curriculum_and_assessment-drugsguidance_pg.htm		X				
Regno Unito (Irlanda del Nord)	www.deni.gov.uk/index/85-linkspage_pg.htm#elbs	X					
Regno Unito (Irlanda del Nord)	www.dhsspsni.gov.uk	X					
Regno Unito (Irlanda del Nord)	www.dhsspsni.gov.uk/drugs-alcohol-report-ni-review.pdf		X				

NB: Il valore in colonna "I" fornisce il numero dei programmi indicati in quel sito. I programmi sono categorizzati come: U=Universale, S=Selettiva, I=Prevenzione Indicata, ? = non sono state date informazioni sufficienti, EI = intervento precoce.

Tabella 4.3: Programmi revisionati dai pacchetti postali

Origine	Inf. globale	Nome del programma	U	S	I	?	El
Germania		HaLT, visite in unità di cura intensiva dopo intossicazione da alcol e servizi in continuità			1		
Lituania		Gruppo di supporto per bambini a rischio di essere obiettivi di programmi di prevenzione ad alto rischio			1		
Liechtenstein		Interventi educativi dopo le violazioni delle regole di protezione dei minori			1		
Norvegia		Contratto giovanile			1		
Spagna		Riconoscimento precoce e trattamento di adolescenti a rischio di addiction			1		
Rep. Ceca	X	Io e mia madre non fumiamo	X				
Rep. Ceca		Fumare non è normale	X				
Rep. Ceca		Il fumo ed io	X				
Rep. Ceca		Sistema di cura no smoking	X				
Germania		FreD, intervento precoce per giovani che consumano droghe e che attirano l'attenzione per la prima volta		X			
Germania		Interventi individuali per ridurre il consumo di cannabis					X

Origine	Inf. globale	Nome del programma	U	S	I	?	El
Ungheria	X	Progetti per combattere contro la violenza nelle scuole e in altre istituzioni educative	X				
Ungheria		Progetti per informare sui rischi di abuso di droghe nella scuola secondaria.	X				
Lituania	X	Programma per la riduzione del consumo di alcol e per la limitazione della dipendenza da alcol	X				
Lituania		Gli operatori del Centro di prevenzione della Dipendenza di Riga controlla un numero di internet caffè e di night clubs	X				
Liechtenstein		Gruppi droga					X
Liechtenstein		Concorso per le classi della scuola per smettere di fumare	X				
Norvegia	X	Informazione basata su internet	X				
Norvegia		Campagna contro il fumo nei giovani	X				
Norvegia		Programmi di intervento scolastici	X				
Norvegia		Modello di trattamento collettivo per tossicodipendenti					X
Norvegia		Trattamento di droghe imposto dalla legge		X			
Norvegia		Progetto SNU					
Norvegia		Sentenze alternative (per la comunità)	X				
Norvegia		Scontare la pena in istituzioni per il trattamento	X				
Norvegia		Progetto SNU		X			
Norvegia		NGO	X				
Norvegia		Progetto regionale	X				

Origine	Inf. globale	Nome del programma	U	S	I	?	El
Slovacchia	X	RO Topol'Cany, lo sport contro il fumo e le droghe per una vita più sana	X				
Slovacchia		PHA SR Marihuana conosciuto-sconosciuto	X				
Slovacchia		Attività educative, quali lezioni per bambini e adulti; chat; seminari; concorsi su come smettere e vincere	X				
Slovacchia		Attività di pubblicazione, come brochure, volantini, film e attività dei media	X				
Slovenia		Strategia per trattare i detenuti con problemi di droga nelle carceri slovene					X
Spagna		Programma Saluda, prevenzione delle droghe	X				
Spagna		Fare salute	X				
Spagna		Als'Pals	X				
Spagna		Programma contro l'abuso di alcol		X			
Spagna		SUSPERTU	X				

NB: Il valore nella colonna I fornisce il numero dei programmi indicati in quel sito. I programmi sono categorizzati come: U=universale, S= selettivi, I= prevenzione indicata, ? = non sono state date informazioni sufficienti, EI = intervento precoce.

4.4.3 Rassegna dei programmi di prevenzione indicata.

Si presenta qui una rassegna dei programmi di prevenzione indicata che incontrano i livelli 2 e 3. Quelli classificati come prevenzione indicata, ma che non hanno ricevuto il punteggio per il livello 2 e 3, sono stati riportati in appendice, dove sono stati inseriti i modelli logici.

Nome	Bundesprojekt Hart am LimiT — HaLT Lörrach — HaLT Rostock — reactive
Prevenzione	Indicata
Paese	Germania
Gruppo Target	Meno di 150 adolescenti in cura intensiva dopo un episodio di abbuffata alcolica
Descrizione	Raccolta di dati sui coma alcolici nella nazione; scoprire le ragioni per il consumo di alcol rischioso; trovare le circostanze dei pari; trovare i disturbi psichiatrici sottostanti e iniziare la terapia e la riabilitazione se consigliabile. Per prevenire visite ripetute alla terapia intensiva per problemi legati all'alcol.
Inizio	2003 prima fase, agosto 2004 fase estesa
Frequenza	Programmi individuali, minimo 2 sessioni, tutti i tipi di counselling/trattamento
Strumenti	Questionari e fogli di monitoraggio
Valutazione	Questionario sul disegno del programma, statistiche e report da PROGNOS AG, Svizzera.
Livello	3
Nome	Increasing the number and availability of therapeutic services for codependents and other members of alcohol-dependent families. (trad: Aumentare il n° e le disponibilità dei servizi terapeutici per co-dipendenti⁹ e altri membri delle famiglie degli alcol-dipendenti)

⁹ “Co-dipendenza è un comportamento appreso che può essere passato da una generazione all'altra. Si tratta di una condizione emozionale e comportamentale che influisce sulla capacità di un individuo ad avere un sano rapporto reciprocamente soddisfacente.

Prevenzione	Indicata
Paese	Polonia
Gruppo	Membri della famiglia-vedi sopra
Descrizione	Training Conduzione di ricerche/valutazioni, focus sui disturbi sofferti dai membri della famiglia di alcolisti Annunci e pubblicazioni sulla stampa specializzata e riviste
Inizio	Dal 1999
Frequenza	Non specificata
Valutazione	1998-2002
Livello	2

Nome	Supra-f
Prevenzione	Indicata
Paese	Svizzera
Gruppo Target	Giovani a rischio (di delinquenza, uso di droghe, depressione, ansietà, disturbi di condotta, problemi a scuola)
Descrizione	Programmi differenti tra le 3 e le 42 ore a settimana supportanti e strutturanti la vita dei bambini
Inizio	Dal 2000
Frequenza	3 – 42 h/settimana
Valutazione	2003 e 2006 – ancora in follow up
Livello	3

E' anche conosciuto come "rapporto di dipendenza", perché le persone con codipendenza spesso formano o mantengono relazioni che sono unilaterali, emotivamente distruttive e / o abusive. Il disturbo è stato identificato una decina di anni fa come risultato di anni di studio delle relazioni interpersonali nelle famiglie di alcolisti. Il comportamento Co-dipendente è appreso guardando e imitando gli altri membri della famiglia che mostrano questo tipo di comportamento." Da: www.nmha.org/go/codependency

4.5 Sommario

Per raccogliere informazioni sui programmi esistenti di prevenzione indicata si è realizzata una ricerca sistematica della letteratura scientifica. Si sono inoltre ricercate nelle agenzie governative le informazioni sui progetti di prevenzione indicata.

121

Gli interventi con un gruppo target, durata e frequenza definiti sono stati classificati come programmi di prevenzione. Tali programmi includevano un processo di valutazione, ma questa non era una caratteristica distintiva.

Tutti i programmi sono stati votati attraverso un processo di consenso e per quelli classificati come “prevenzione indicata” sono stati costruiti i modelli logici

La prima **ricerca in letteratura** e la valutazione di un team di esperti, ha selezionato 21 programmi di prevenzione indicata dalle oltre 600 pubblicazioni recenti. Di questi, 6 programmi provengono all’Europa e quattro sono stati giudicati come “buone prassi”.

La maggior parte dei programmi identificati nella ricerca in letteratura provengono dagli Stati Uniti o da altri paesi anglofoni, e sono progettati per adolescenti che hanno iniziato il consumo di droga.

I pochi programmi in letteratura che provengono dai paesi europei non anglofoni, prevedono l’identificazione di casi a rischio o la realizzazione di interventi in ambito scolastico, terapie di gruppo ed individuali per adolescenti con problemi comportamentali riconosciuti o con specifici disturbi psichiatrici.

Molti programmi sono basati su interventi “terapeutici” con un’alta frequenza e/o prevedono l’impiego di interventi manualizzati brevi, come l’intervista motivazionale o programmi di training genitoriale¹⁰. Per affrontare le questioni specificamente connesse all’uso di droghe o alcol, sono talvolta utilizzati interventi terapeutici esistenti

¹⁰ Uno studio (Stati Uniti) ha riguardato un programma che includeva una psicofarmacoterapia.

con l'apporto di minime modifiche (come la terapia cognitivo-comportamentale o la terapia familiare) .

Con la richiesta di informazioni rivolta alle agenzie governative si sono individuati 53 siti internet e una serie di riviste dove è stato possibile identificare 23 programmi di prevenzione indicata. Gli approcci e le definizioni utilizzate nella prevenzione differiscono ampiamente tra i vari paesi. La maggior parte dei programmi sono stati giudicati come approcci di prevenzione universale o selettiva in accordo alla definizione utilizzata in questo report. A seguito di ciò, solo tre dei programmi europei, provenienti da paesi diversi, potrebbero essere descritti come 'buone prassi'. Il fatto che le agenzie governative raramente riferiscono di attività di prevenzione svolte da altre agenzie governative nel loro paese sembra suggerire che vi sia spesso una mancanza di coordinamento tra le agenzie. Questo risultato sottolinea la necessità non solo che i programmi debbano essere scientificamente validati e basati sulle evidenze, ma anche che debba aumentare l'attenzione verso il coordinamento delle attività di prevenzione all'interno dei paesi. I 23 programmi di prevenzione indicata provengono da Repubblica Ceca, Germania, Ungheria, Liechtenstein, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Slovacchia, Spagna, Svizzera e Regno Unito. Questi programmi si rivolgono per lo più ai bambini e ai giovani con problemi sociali e/o comportamentali o a figli di famiglie con problemi legati alla droga o di tipo psicologico. Alcuni si focalizzano su chi effettua visite al pronto soccorso o sui contatti della polizia legati al consumo di droghe e alcol. Gli interventi prevedono principalmente lavoro in gruppi incentrato sul rafforzamento dell'autostima e sulla stimolazione di interazioni positive che, in alcuni casi, includono anche contatti individuali e familiari.

In sintesi, i programmi considerati buone pratiche sono incentrati su differenti gruppi target, che comprendono:

- coloro che necessitano di terapia intensiva o di altri interventi medici relativi al trattamento per l'uso di sostanze;
- soggetti identificati come utilizzatori;

- bambini identificati nel contesto scolastico valutati singolarmente;
- figli di genitori tossicodipendenti;
- bambini segnalati dai tribunali.

Quindi, nella maggior parte dei casi, il gruppo target già fa uso di sostanze. I bambini a rischio accedono ai programmi di prevenzione da percorsi diversi: auto-invio, screening all'interno delle scuole, reclutamento tra pari, selezione tramite strumenti di autovalutazione a scuola, a seguito di un trattamento sanitario o per il trattamento delle tossicodipendenze dei loro genitori.

123

Tutti i programmi forniscono anche una valutazione dei bisogni individuali e collaborano con una varietà di sistemi di aiuto, anche se ben pochi di loro inviano a sistemi di aiuto locale per 'percorsi assistenziali' sistematici.

I programmi eccellenti sono: il progetto UCPP nei Paesi Bassi, che ha l'obiettivo di aumentare l'empowerment nei giovani delinquenti che sono già utilizzatori, il progetto Supra-F in Svizzera, che fornisce offerte individualizzate in aree differenti; il programma HALT in Germania, il cui target sono i binge drinker in cura intensiva.

Ognuno di questi programmi ha dei limiti: nei programmi olandesi e tedeschi sono richiesti il consenso e la collaborazione dei genitori, i programmi svizzeri hanno prerequisiti locali con una generalizzabilità molto discutibile.

La maggior parte dei programmi trovati nella ricerca in letteratura hanno sede negli Stati Uniti o in altri paesi anglofoni. La maggior parte è progettata per gli adolescenti dopo l'iniziazione all'uso di droghe. I programmi provenienti da paesi europei si riferiscono all'identificazione di casi a rischio in ambito scolastico, a programmi basati sulla scuola e terapia di gruppo ed individuale per adolescenti con problemi comportamenti riconosciuti o specifici disturbi psichiatrici.

Molti dei programmi segnalati dalle agenzie governative usano metodi comportamentali per interventi con un'alta frequenza e/o prevedono l'utilizzo di interventi manualizzati brevi come l'intervista mo-

tivazionale o programmi di training genitoriale¹¹. Per affrontare le questioni specificamente connesse con l'uso di droghe o alcol, sono talvolta usati solo con minime modifiche interventi terapeutici esistenti (come la terapia cognitivo-comportamentale o la terapia familiare) .

124

La maggior parte dei programmi sono stati giudicati di prevenzione universale o selettiva in accordo alla definizione utilizzata in questo report. La maggioranza non ha la valutazione o non fornisce informazioni sufficienti. Solo tre dei programmi possono essere descritti come 'buone prassi'. In molti casi le agenzie governative non sembrano essere informate sulle attività nell'area della prevenzione delle droghe svolte da altre agenzie governative nello stesso paese. Questo risultato sottolinea la necessità di un miglior coordinamento delle attività di prevenzione all'interno dei paesi.

Mentre tutti i programmi forniscono una valutazione dei bisogni individuali e collaborano con una varietà di sistemi di aiuto, ben pochi di loro hanno sviluppato 'percorsi assistenziali' sistematici.

¹¹ Uno studio (Stati Uniti) ha offerto una psicofarmaco-terapia.

CAPITOLO 5

ASPETTI ETICI

5.1 Introduzione.

125

Nella prevenzione della droga, l'etica non è un tema nuovo. Tuttavia, le questioni etiche che sorgono in materia di prevenzione indicata devono essere considerate con attenzione, poichè l'obiettivo di questo approccio è quello di intervenire in individui con un rischio ben definito di sviluppare un disturbo da uso di sostanze nella vita.

Questo definisce fin dall'inizio le questioni da trattare. In primo luogo, identificando le persone e lavorando con loro, queste sono poste in una posizione particolare, distinta dai loro coetanei, e questo può comportare il rischio di essere etichettati e stigmatizzati.

In secondo luogo informare gli individui che hanno un rischio elevato di sviluppare un disturbo nella loro vita, può di per sé aumentare il rischio che ciò accada. In terzo luogo vi è la questione di adattare la ricerca agli sforzi preventivi al fine di soddisfare i criteri scientifici ed etici.

Una delle opere più note sulle questioni etiche in medicina è quella della Commissione Nazionale per la Protezione dei Soggetti Umani della Ricerca Biomedica e Comportamentale, che nell'aprile 1979 ha rilasciato il 'rapporto Belmont', dal titolo 'Principi etici e linee guida per la tutela dei soggetti umani della ricerca'¹².

I principi etici di base definiti in questa relazione, e che guidano questo capitolo, sono: il rispetto per le persone, la beneficenza e la giustizia.

¹² Disponibile nel sito: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>

5.2 Rispetto per le persone

Come il rapporto Belmont cita, il rispetto per le persone comprende almeno due convinzioni etiche: l'individuo dovrebbe essere trattato come un agente autonomo e quelli con autonomia ridotta devono essere protetti.

126

L'inserimento di un soggetto in un intervento preventivo deve essere attentamente esaminato, poiché esiste la possibilità di un effetto negativo (che verrà affrontato più avanti in questo capitolo), tanto più che il rapporto Belmont sottolinea come le persone 'che necessitano di protezione estesa' (come i bambini e gli adolescenti) devono essere esclusi 'da attività che potrebbero essere pericolose'. In molti Stati membri dell'UE e nella normativa europea sulle sperimentazioni cliniche, con l'eccezione della vaccinazione, non esiste un quadro giuridico o normativo per la ricerca su interventi di prevenzione nei bambini o negli adolescenti. Spesso, una sperimentazione sui minori è giustificata dal beneficio potenziale individuale o del gruppo.

Questo beneficio potenziale del gruppo può essere facilmente descritto nel contesto della prevenzione indicata perché gli individui vengono proiettati o descritti sulla base di alcuni rischi definiti.

Tuttavia, l'intervento mira a ridurre il rischio di una condizione non ancora sviluppata, come il disturbo da uso di sostanze. Deve essere stabilita l'esistenza di un quadro giuridico che consenta studi clinici in soggetti che sono a rischio, ma che al momento dell'intervento non hanno sviluppato ancora la condizione alla quale mira l'intervento stesso. Dal punto di vista dell'abuso di sostanze, questi individui devono ancora essere considerati come individui sani.

L'esempio che viene in mente è quello della vaccinazione. Rispetto a un intervento curativo come il trattamento farmacologico, si prevede che le sostanze utilizzate per la vaccinazione siano realmente necessarie per un numero molto più basso di persone. Al contrario, la vaccinazione ha un numero molto elevato di persone per le quali si regi-

strano effetti negativi e il rischio di subire effetti collaterali di un vaccino dovrebbe essere molto inferiore a quelli di un trattamento¹³.

Si possono distinguere tre tipi di intervento possibili: prevenzione, potenziamento e trattamento. Lo stesso farmaco o intervento psicosociale può essere utilizzato per più di uno di questi interventi.

Per esempio, il metilfenidato è la terapia consolidata per il trattamento dell'ADHD. Il metilfenidato può anche essere utilizzato come stimolante rispetto a diversi compiti cognitivi rilevanti a scuola. Inoltre, il trattamento con metilfenidato di bambini con diagnosi di disturbi del comportamento e ADHD può essere preventivo rispetto ad un successivo abuso di sostanze. In questo esempio, i disegni RCT sono appropriati per studiare l'efficacia terapeutica del metilfenidato nel trattamento dell'ADHD. Ma, lo stesso rapporto rischio-beneficio non è applicabile quando l'obiettivo è il miglioramento o la prevenzione.

L'esempio della vaccinazione non si applica alla prevenzione indicata, poiché neanche i migliori progetti includono interventi con tassi di risposta molto alti insieme ad ottimi effetti complessivi di protezione, senza alcun rischio significativo. In molti dibattiti etici, questo estremo rapporto rischio-beneficio sembra giustificare sperimentazioni di vaccinazione nei bambini sani. Ma è vero anche per i programmi di prevenzione che mirano a ridurre il rischio di abuso di sostanze nel corso della vita?

Anche se i livelli di sicurezza ed efficacia di un intervento si trovano ad essere paragonabili a quelli di un vaccino, si pone un secondo problema. La questione è se l'intervento deve essere somministrato solo con il consenso del minore e/o dei suoi assistenti o se lo Stato dovrebbe costringere le persone a rischio a subire un tale intervento. Gli stati variano nella loro normativa in materia di vaccinazione obbligato-

¹³ Numero necessario da trattare ('NNT) descrive il numero di persone in un setting terapeutico che hanno bisogno di sottoporsi ad un intervento determinato, in modo che una persona benefici dall'intervento. Se, ad esempio, l'NNT è di 5, significa che un intervento (ad esempio un farmaco) deve essere somministrato a cinque persone, affinché uno di loro ne abbia un beneficio. Un NNT basso indica un intervento efficace. 'Il numero necessario per nuocere' (NNH) descrive la probabilità di un effetto collaterale di un intervento. Un NNH basso indica un alto rischio di effetti collaterali.

ria o facoltativa. In generale, la vaccinazione obbligatoria sembra essere accettabile per quelle malattie che comportano un rischio elevato di handicap e dove l'efficacia del vaccino è alta e il rischio di un danno non intenzionale è molto basso.

Nessun programma esistente di prevenzione indicata mostra profili di rischio e livelli di affidabilità ed efficacia simili a quelli dei vaccini. Pertanto l'intervento, che sia forzato o obbligatorio, soprattutto nei contesti della giustizia minorile, non può essere giustificato. Quando un intervento di questo tipo viene offerto dalla scuola statale, o da altra agenzia, deve essere stabilita la volontà dell'individuo di partecipare.

Per gli interventi sui minori, sorgono molte altre domande, tra cui:

- Chi può e deve dare il consenso per l'intervento?
- Quanto è importante il consenso della persona che deve subire l'intervento?
- I genitori possono decidere interventi di prevenzione nel momento in cui i bambini sono troppo piccoli per esprimere la loro volontà o non sanno riconoscere i problemi che i genitori hanno con il loro comportamento?
- Chi definisce i problemi?
- Chi decide sulla 'cura' e chi deve subire tutto ciò?

Questi problemi devono essere affrontati. Per i minori, la decisione di partecipare a interventi di prevenzione non può essere basata unicamente sul consenso dei genitori o tutori legali, ma deve includere anche il consenso informato del bambino o adolescente (secondo la normativa UE sulla sperimentazione clinica, è necessario il consenso dei bambini dai 7 anni o più). L'importanza del consenso del partecipante aumenta con l'età e le responsabilità dell'adolescente. L'inserimento del minore nel processo decisionale è anche un passo importante nella creazione della motivazione.

5.3 Beneficenza

L'azione che è fatta per il bene degli altri cade sotto il principio etico di beneficenza. Il "report Belmont" considera la beneficenza come un obbligo e afferma due regole generali in cui tali azioni devono essere effettuate: quella del "non danno" e massimizzazione dei benefici possibili e quella della riduzione al minimo di possibili danni.

129

Ci sono prove che non tutti gli interventi mirati agli adolescenti sono benefici. Gli interventi di gruppo, in particolare, sono stati criticati per il loro potenziale di aggravare piuttosto che ridurre il comportamento asociale.

Sono stati osservati risultati negativi nel trattamento dell'abuso di sostanze: una recente revisione ha evidenziato che il 7-15% dei pazienti peggiorano durante il trattamento (Moos, 2005).

In una revisione di studi clinici sulla prevenzione all'uso di sostanze rivolta ai giovani, Werch e Owen (2002) hanno scoperto che 17 studi hanno mostrato uno o più effetti negativi.

Gli effetti iatrogeni dei programmi possono essere attribuiti a diverse cause, come ad esempio: aspettative più positive circa l'uso di sostanze, un calo dell'auto-efficacia (la convinzione che uno è capace di riuscire in situazioni specifiche) per evitare l'uso di sostanze; offerta e probabilità di uso di sigarette, alcool e droghe aumentata a causa dell'incontro di altri all'interno del programma (Moos, 2005).

Gli adolescenti ad alto rischio tendono a formare gruppi, e sembrano essere particolarmente vulnerabili alle influenze negative tra i pari, questo tipo di effetti devono essere presi in considerazione e attentamente monitorati, specialmente in situazioni di gruppo.

Tali gruppi potrebbero fornire al partecipante un modello di comportamento deviante, come ad esempio l'abuso di sostanza, offrendo una possibilità per la 'modellazione della devianza'. Le influenze dei coetanei devianti potrebbero minare gli effetti positivi di tali gruppi (Moos, 2005).

Tuttavia, questo effetto può essere attribuito al 'restringimento della norma', come Killea-Jones et al (2007) hanno sottolineato: un grup-

po deviante può abbassare la percezione individuale delle norme devianti, fornendo in tal modo all'individuo un standard di comportamento inadeguato.

Gli autori, inoltre, hanno suggerito che gli adolescenti modellano il comportamento su quello dei loro associati non perché gli piacciono, ma perchè vogliono essere come loro'.

Poiché il corpo della letteratura sugli effetti iatrogeni nella prevenzione è in crescita, gli alti standard nella ricerca devono essere mantenuti per assicurare i migliori risultati possibili per i partecipanti alle misure di prevenzione.

Al momento, il controllo randomizzato (RCT) sembra essere il modello migliore per valutare il beneficio di un trattamento.

L'RCT, tuttavia, spesso si concentra sui miglioramenti negli end-point primari, di solito entro un breve periodo di tempo. Gli interventi orientati ai disturbi da uso di sostanze successivo, mirano invece ad un risultato a lungo termine. Dato il rischio da parte dei partecipanti di uscire dallo studio e a causa di altri effetti che intervengono nei processi di misurazione, laddove gli esiti sono a lungo termine è necessario avere un numero maggiore di partecipanti.

Segnalazioni di influenze degli interventi di gruppo sul consumo di sostanze derivano da programmi per adolescenti con comportamenti sociali problematici. E' stato riportato che la probabilità per l'uso di tabacco, alcol e cannabis è aumentata nel gruppo dei 15-16 enni dopo aver frequentato a 13-14 anni un gruppo di coetanei asociali (Dishion e Andrews, 1995). Lo stesso gruppo ha anche mostrato che il consumo di tabacco è aumentato dopo un training di gruppo finalizzato al rafforzamento del comportamento prosociale (Dishion et al., 1999).

Ciò può essere dovuto al fatto che nelle discussioni di gruppo se l'individuo ottiene un feedback positivo sul suo comportamento di consumo di sostanze, la norma sociale può essere spostata attraverso l'influenza dei pari asociali.

Anche nei programmi di gruppo con particolare attenzione all'uso di sostanze si è notato spesso un aumento del consumo di alcol.

Scarsi risultati sono stati riportati per i programmi che mirano a rafforzare la capacità di resistere alla pressione dei pari relativa all'uso di sostanze (Werch e Owen, 2002) e per altri training comportamentali (Dishion e Dodge, 2005; Dishion e McCord, 1999).

A differenza dei programmi di prevenzione selettiva e indicata, la cui efficacia è stata testata, i programmi di prevenzione universale sono scarsamente valutati al riguardo. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che la valutazione di tali deve essere effettuata su un numero molto grande di partecipanti. Tuttavia, è limitante presumere che gli individui traggano esclusivamente profitto dalla prevenzione universale.

Possono essere dimostrati come effetti iatrogeni anche atti apparentemente innocui come la somministrazione di questionari nelle scuole (Gould et al., 2005), è pertanto chiaro e necessario valutare gli interventi effettuati in aula.

La questione principale di “non maleficenza” (*primum non nocere* — in primo luogo, non nuocere) nell'impostazione della prevenzione deve essere affrontata con urgenza.

Questo è certamente vero anche per il problema della stigmatizzazione di bambini e adolescenti attraverso un processo di selezione.

Laddove gli interventi sono costruiti per identificare in una prima fase gli individui ad alto rischio, per poi trattarli successivamente, coloro che sono stati scelti per un intervento preventivo possono essere a rischio di esclusione da parte dei loro coetanei, come risultato dell'essere identificati come appartenenti ad un gruppo a rischio. La possibilità di stigmatizzazione può essere ridotta ricorrendo ad una richiesta di partecipazione autonoma agli interventi di prevenzione.

Solide conoscenze epidemiologiche sono essenziali per poter prendere eventuali decisioni relative alla definizione del probabile rischio. Non importa quanto potrebbe essere eccellente la sensibilità o la specificità di uno strumento, è vitale per giungere ad ulteriori conclusioni valutare la conoscenza della prevalenza dei fattori di rischio nel gruppo (teorema di Bayes, 1764). Bayes ha descritto la probabilità condizionata come il prodotto della probabilità incondizionata per il

potere predittivo di una variabile, come un fattore di rischio identificato.

Il valore predittivo positivo di qualsiasi strumento di valutazione sarà più alto in un gruppo con più persone a rischio — un fatto che sottolinea l'importanza dell'impianto della valutazione (ad esempio favorire gli interventi nelle case di affidamento rispetto alla scuola privata). Dopo aver considerato gli aspetti relativi agli individui a rischio, sorgono due ulteriori problemi etici. Uno riguarda il livello di rischio al di sopra del quale è consigliato l'intervento. Il secondo problema è su chi si può definire quel livello.

5.4 Giustizia

Le domande sulla giustizia che vengono generate dal rapporto Belmont originano dal principio che 'gli uguali dovrebbero essere trattati come uguali', il che significa che i vantaggi dovrebbero essere ugualmente a disposizione di tutti e gli oneri debitamente imposti a tutti. Rispetto agli interventi preventivi, questo punto affronta la questione di quanto siano disponibili i programmi di prevenzione per coloro che ne hanno bisogno.

La revisione della letteratura mostra che sono state realizzate alcune ricerche su quanto è stato fornito un adeguato supporto preventivo, anche per coloro che sono socialmente esclusi, come i carcerati. Inoltre, alcune piccole ricerche sono disponibili in altri ambiti ad alto rischio, come le case famiglia.

Il principio di giustizia vale anche per la valutazione della prevenzione. Sembra ingiusto applicare gli sforzi preventivi ad un gruppo di persone a rischio mentre, allo stesso tempo, si negano questi sforzi a un altro gruppo di individui ugualmente a rischio, utilizzandoli come controlli. Naturalmente, i gruppi di controllo randomizzati sono disperatamente necessari per valutare un programma e controllarne i suoi effetti. Tuttavia, qualora uno studio mostri che l'efficacia di un intervento, dovrebbe essere obbligatorio proporlo anche a coloro che sono serviti come gruppo di controllo.

5.5 Conclusioni

Poiché gli approcci di prevenzione possono, almeno in linea di principio, essere potenzialmente dannosi, essi devono essere sottoposti alle stesse considerazioni dei programmi terapeutici. Come indicato nella relazione Belmont, la 'ricerca rende anche possibile evitare i danni che possono derivare dall'applicazione di pratiche sistematiche accettate in precedenza che, ad un esame più approfondito, si rivelano 'pericolose', una possibilità che sembra esistere nel lavoro di prevenzione.

133

Questo significa che i programmi di prevenzione:

- devono essere presentati ad un gruppo dirigente istituzionale per affrontare le questioni etiche e devono ottenere un giudizio positivo per l'applicazione di interventi proposti agli esseri umani;
- devono essere valutati e valutati per il loro esito a breve, così come a lungo termine, al fine di evitare di svolgere programmi inutili;
- devono essere costruiti su una solida base scientifica e la valutazione dovrebbe seguire principi scientifici.

Infine, in analogia con il 'numero necessario da trattare', che è una variabile fondamentale nei risultati degli studi farmacologici, gli studi sull'esito delle misure preventive dovrebbe includere un 'numero necessario per prevenire'. Questa potrebbe essere una preziosa indicazione dell'efficacia di un intervento.

Capitolo 6

Conclusioni e raccomandazioni

6.1 Conclusioni

135

La prevenzione indicata è una branca relativamente nuova della prevenzione e questo si riflette nel fatto che di essa esistono diverse definizioni. Tra gli approcci esaminati in questo studio, diversi tra quelli che non sono stati classificati dai loro autori o dalle agenzie governative come prevenzione indicata, soddisfano i criteri segnalati nella relazione corrente. Comparivano anche dei report che sostenevano di eseguire una prevenzione indicata, ma che in realtà non soddisfacevano i criteri necessari. Pertanto, la prima esigenza di questa relazione è stata quella di sviluppare una chiara definizione di prevenzione indicata. La definizione attuale dell'EMCDDA di prevenzione indicata è "strategie progettate per prevenire l'insorgenza di abuso di sostanze in individui che stanno mostrando i primi segni di pericolo come il fallimento scolastico e l'abuso di alcol o altre droghe cancellato".

Pertanto, la prevenzione indicata è mirata ad un livello individuale. Ogni individuo per essere eletto ad un approccio di prevenzione indicata deve essere identificato mediante una procedura di screening o entrare in un dato contesto istituzionale, volontariamente o involontariamente (ad esempio attraverso il sistema della giustizia minorile). L'individuo selezionato utilizza la sostanza, ma non soddisfa i criteri per la dipendenza, e/o mostra indicatori che sono altamente correlati con un rischio individuale di sviluppare un abuso di sostanze più tardi nella vita (come diversi disturbi psichiatrici infantili, comportamenti antisociali o dissociali).

Questa definizione permette l'identificazione anche delle persone che non hanno ancora iniziato l'uso di sostanze. Lo scopo degli sforzi della prevenzione indicata non è quello di impedire l'inizio dell'uso, o

l'uso di sostanze in quanto tali, ma di prevenire lo sviluppo della dipendenza.

Questa definizione, descritta nel capitolo 1, è stata applicata all'analisi nella letteratura e nella 'letteratura grigia', soprattutto per le ricerche sui siti internet segnalati dagli organismi governativi dei diversi Stati membri. La definizione è applicabile per la classificazione dei programmi ed è in linea con l'obiettivo di verificare sistematicamente la fattibilità dei diversi approcci. La raccolta di informazioni è stata pertanto guidata da questa definizione al fine di descrivere i principi, i concetti e i modus operandi della prevenzione indicata nel campo dell'abuso di sostanze. Lo studio si focalizza sulla comprensione degli aspetti evolutivi dei comportamenti a rischio, sui problemi di salute mentale che costituiscono un rischio individuale per lo sviluppo di una dipendenza e sui setting di cura istituzionali che testimoniano processi di selezione individuale che hanno già avuto luogo.

Nell'analizzare questi fattori di rischio, è stata realizzata un'approfondita recensione della letteratura sul ben noto rischio psico-sociale e familiare e sui fattori protettivi (cognizioni relative alla sostanza; atteggiamenti dei pari; abuso di sostanze in famiglia, mancanza di controllo dei genitori e di attaccamento) riferendosi ai gruppi ad alto rischio che spesso presentano rischi psico-sociali e individuali cumulativi, come i bambini in cura adottiva o istituzionalizzati, o gli adolescenti all'interno del sistema di giustizia penale.

Data la grande quantità di studi sui fattori di rischio per l'abuso di sostanze, questa review si focalizza su sottogruppi derivati empiricamente, o sulle traiettorie che potrebbero essere importanti per determinare le probabilità di successo della prevenzione indicata in alcuni di questi sottogruppi. La strategia di ricerca di questo studio è focalizzata sugli studi longitudinali e utilizza metodi statistici come l'analisi della crescita di classe latente.

Una parte importante nella descrizione dei rischi dello sviluppo ha riguardato una panoramica sulle prospettive individuali e sullo sviluppo neurologico. Il crescente corpo di ricerca neurobiologica e ge-

netica negli ultimi due decenni ha aperto una nuova comprensione ai percorsi di sviluppo.

Sono stati presi in considerazione particolari fattori di rischio tra cui la maturazione precoce e i fattori di personalità o temperamentali.

Si è dedicata particolare attenzione alla ben nota psicopatologia infantile dei disturbi psichiatrici associati ad un rischio maggiore di sviluppare successivamente un abuso di sostanze. Gli approcci diagnostici classificatori, come quelli dell'ICD-10 o del DSM-IV sono stati distinti dagli approcci dimensionali, come quelli più comunemente utilizzati nei questionari di screening sui problemi comportamentali ed emozionali.

Una rete europea che collega tra loro gli esperti esiste già ed ha l'obiettivo di perdere il minor numero possibile di diagnosi di ADHD in pazienti adulti con disturbi da uso di sostanze (Istituto Trimbos, Studio ESAP). Inoltre, poiché tale approccio di studio riferito agli adolescenti è in ritardo rispetto agli studi sui bambini, troppi di loro con ADHD non vengono diagnosticati, soprattutto nel genere femminile. Nascere femmina è un fattore protettivo per il rischio successivo di dipendenza da sostanze. Tuttavia, se si accumulano i fattori di rischio, il percorso di un disturbo da uso di sostanze nelle ragazze sembra avere un rischio molto più elevato in generale, e una transizione più precoce dall'uso alla dipendenza.

Una serie di dati dimostrano come la psicopatologia dell'esternalizzazione e dell'internalizzazione, identificate con strumenti dimensionali, siano connesse ad un più alto rischio di sviluppo di disturbi da uso di sostanze. I bambini inviati per tali problemi comportamentali in un istituto medico o in un contesto di counselling sono spesso riconosciuti attraverso diagnosi categoriali come: disturbi della condotta, ADHD, PTSD e depressione. Pertanto, si è esaminata la letteratura realizzando successivamente una descrizione dettagliata degli standard di trattamento basata sull'evidenza per i principali indicatori rispetto all'abuso di sostanze successivo. Da questo si è concluso che i bambini inviati in istituzioni specializzate per il trattamento di uno di questi problemi descritti a livello dimensionale, o diagnosticati con

uno o più di questi disturbi (comorbidità), rappresentano una popolazione bersaglio dei programmi di prevenzione indicata.

I soggetti devono essere identificati da medici o da psicologici professionisti che lavorano con i bambini che presentano problemi comportamentali all'interno in un ambiente nel quale è possibile garantire un'attenzione individuale, come uno studio privato, un ambulatorio o un ricovero a tempo pieno o part-time.

Questi bambini ad alto rischio sono sovra rappresentati nei contesti istituzionali. Questo è particolarmente vero nei luoghi di affidamento e cura, dove sono sovra rappresentati i bambini con una storia familiare avversa o traumatica, che hanno sviluppato disturbi psichiatrici e mostrano un precoce consumo di sostanze.

Nei diversi Paesi questi bambini sono curati in contesti differenti. Gli affidi riguardano una percentuale elevata dei bambini più piccoli in cura, ma molti Paesi europei sono sempre più propensi a sviluppare forme di affido anche per gli adolescenti. Le istituzioni pedagogiche (ad esempio Foyers, Kinderheime, case di bambini) sempre più si confrontano con la selezione dei bambini a rischio. Questi bambini spesso, nella loro breve storia di vita, hanno già avuto più assegnazioni in cura e sono stati esposti dai loro genitori alla negligenza o all'abuso.

Frequentemente i genitori soffrono di disturbi psichiatrici, da uso di sostanze o da entrambi. Di conseguenza, all'interno di questo processo di selezione può essere presente una componente genetica. La ricerca effettuata dagli autori ha dimostrato che, ad esempio, nel Regno Unito, oltre il 50% dei bambini in cura istituzionale ha una o più diagnosi ICD-10 con un elevato impatto sul funzionamento della vita quotidiana e che il consumo precoce di una sostanza si verifica più spesso rispetto alla popolazione generale.

Allo stesso tempo, per questi gruppi vi è un limitato accesso all'assistenza professionale. In Europa, non c'è attualmente quasi nessun programma di prevenzione indicata che si concentra sui bambini inviati alle istituzioni psichiatriche per disturbi comportamentali ad alto rischio e nessun programma per i bambini inseriti in istituti di cura.

I ragazzi in carcere mostrano tassi più alti di disturbi psichiatrici e di uso di sostanze stupefacenti. Questo è legato ad un rischio maggiore di sviluppare successivamente dei disturbi da uso di sostanza.

Mentre negli Stati Uniti sono presenti moltissimi studi preliminari che impiegano l'intervista motivazionale, dalle informazioni disponibili non è stato possibile confermare l'esistenza in Europa di programmi valutati per i giovani in istituti giudiziari o di cura, anche se in appendice si segnalano tre programmi di prevenzione indicata rivolti ai giovani delinquenti (Slovenia, Ungheria, Norvegia). Poiché il sistema giudiziario degli Stati Uniti, con un rischio molto maggiore di incarcerazione a breve termine, 'modella' i programmi americani, la trasferibilità di questi studi può essere limitata.

Benché non sia stato possibile identificare molti programmi di prevenzione indicata volti ad adolescenti incarcerati, per il futuro deve essere raccomandato all'interno dell'Unione Europea lo sviluppo di nuovi approcci di prevenzione indicata rivolti a bambini che commettono atti delinquenziali, ai giovani scappati di casa, o ai bambini inseriti nelle istituzioni, quali le comunità per minori. Poiché i risultati di un gruppo a rischio non possono essere trasferiti ad altri gruppi in situazioni diverse, sono necessari programmi specifici per le popolazioni specifiche. Infatti, in molti paesi, gli approcci di giustizia minorile, i centri di cura per i giovani, l'assistenza sociale o le cure mediche sono abbastanza separati ed esistono scarse azioni di coordinamento tra questi campi.

Poiché molti individui identificati come ad alto rischio sono in cura presso istituzioni pedagogiche e psicoterapeutiche o mediche, spesso nel lavoro quotidiano dei professionisti in questo campo si pone il problema dell'assenza di una prospettiva collegata all'uso delle sostanze. Le interfacce tra il sistema di prevenzione all'abuso di sostanze e il sistema di cure mediche e pedagogico per gruppi ad alto rischio non sono definite o non sono sufficientemente definite.

Gli adolescenti istituzionalizzati vengono omessi da quasi tutti gli studi di coorte che forniscono informazioni sulle cause naturali dei disturbi, così come da quelli basati su campioni di popolazione. Infat-

ti, in queste popolazioni ad alto rischio vi è una scarsa conoscenza prospettica sui rischi cumulativi e sulle interazioni dei rischi connessi allo sviluppo di una dipendenza.

La revisione dei programmi della letteratura e dei programmi trasmessi dalle agenzie governative, ha mostrato in questo campo una comune mancanza di programmi basati sulle evidenze. Solo il 13% dei programmi identificati come “prevenzione indicata” inoltrati dai governi o da associazioni affiliate, possono essere definiti “buone prassi”. E’ stata utilizzata una procedura sviluppata dall’EMCDDA per classificare i progetti e programmi sulla base del livello di qualità.

Tra i risultati pubblicati della valutazione, la ricerca ha identificato solo un piccolo numero di programmi empiricamente efficaci — 15 delle 21 pubblicazioni potrebbero essere conteggiate come modelli di buone prassi nella prevenzione indicata, e solo sette di questi programmi valutati sono stati realizzati in Stati europei. Spesso, brevi intervalli di follow-up o un insufficiente numero di partecipanti hanno diminuito le evidenze degli studi. Si potrebbe ipotizzare che molti finanziatori della ricerca e molti scienziati siano più focalizzati sullo sviluppo di nuovi approcci rispetto al valutare i loro effetti. Forse il modello RCT di valutazione (randomized control trial) a molti dei ricercatori nel campo non sembra appropriato.

Il modello RCT non è molto seguito in prevenzione, una strada più appropriata è rappresentato dagli interventi basati sui rischi definiti a livello individuale, in approcci che spesso corrispondono ad un intervento precoce.

I programmi considerati come buone prassi ruotano attorno a diversi gruppi di destinatari, come gli utenti dei pronto soccorso e in cura intensiva del sistema sanitario, oppure utilizzatori già identificati, bambini valutati singolarmente all’interno del contesto scolastico, figli di genitori tossicodipendenti, bambini inviati dal sistema giudiziario. In generale, la maggior parte dei gruppi bersaglio hanno già utilizzato sostanze.

I percorsi utilizzati per identificare i bambini a rischio sono: auto-invio, screening nelle scuole, reclutamento tra pari, strumenti di au-

tovalutazione a scuola, soggetti che hanno bisogno di terapia intensiva o di altri trattamenti medici relativi all'uso di sostanze, i centri di trattamento delle tossicodipendenze per i genitori. La maggior parte dei programmi utilizzano alcuni brevi interventi manualizzati, come i colloqui motivazionali, o programmi di formazione dei genitori. Tutti questi prevedono la valutazione dei bisogni individuali e collaborano con una varietà di sistemi di aiuto. E' chiaro che in molti dei giovani reclutati per i programmi, l'abuso di sostanze è stato un modo per risolvere i problemi.

Sono stati individuati tre programmi esemplari: l'approccio olandese per l'empowerment di giovani delinquenti che utilizzano sostanze (UCPP), i progetti svizzeri di offerte individualizzate in diversi settori (Supra-f) e l'approccio tedesco per binge-drinkers in terapia intensiva (HaLT).

Per concludere, in primo luogo, vi è un chiaro bisogno di nuovi programmi destinati a gruppi a rischio che fino ad ora hanno ricevuto poca attenzione, come i bambini in affido, i bambini nelle istituzioni e/o bambini con problemi psichiatrici.

In secondo luogo, negli ambiti in cui sono stati selezionati i bambini con problemi comportamentali - in famiglia, a scuola, nei gruppi di pari, nei contesti lavorativi - è necessario armonizzare a livello europeo gli strumenti per l'identificazione dei gruppi. Infine, gli interventi che soddisfano i più alti standard nella classificazione (livello 3) dovrebbero essere attuati anche in altri paesi e, se necessario, adattati ai sistemi nazionali e culturali.

6.2 Raccomandazioni

Date queste conclusioni, possono essere espresse (in corsivo) le seguenti raccomandazioni, fornendo brevi spiegazioni.

6.2.1 Definizioni

E' necessaria una definizione comune che dovrebbe essere basata sulla definizione dell'EMCDDA presentata in questo rapporto. Dovrebbe

essere raggiunto un consenso europeo sulle definizioni dei due campi correlati di prevenzione indicata e di intervento precoce.

L'intervento precoce, come definito qui, è situato nella sovrapposizione tra la prevenzione indicata e il trattamento e pertanto ha una forte associazione con il campo medico. L'importanza dell' intervento precoce può variare in relazione alle capacità, ruoli e prestazioni dei sistemi educativi, sanitari e di giustizia di ogni paese.

6.2.2 Ricerche

Poiché il background professionale degli operatori della cura influenza il loro pensiero metodologico, e poiché la prevenzione sarà sempre un'attività interdisciplinare, sono necessari standard comuni per la descrizione dei programmi, la valutazione e l'implementazione.

Nel campo più medicalizzato dell'intervento precoce, il paradigma RCT di valutazione può essere generalmente accettato, ma questa review ha dimostrato che un approccio basato su un gruppo di controllo con numeri sufficienti per dimostrare l'efficacia di un modello di programma è abbastanza raro.

Quindi, le caratteristiche di qualità dell'EMCDDA descritte da Hillebrand e Burkhart (in stampa) sono raramente rispettate. D'altra parte, l'intervento di per sé deve consentire una certa flessibilità poiché l'individualizzazione è parte della definizione.

L'impatto dei fattori di rischio nelle differenti culture e sottoculture deve essere valutato e pesato.

La revisione della letteratura scientifica ha dimostrato che non c'è alcuna base scientifica relativa al peso dei fattori di rischio. Pertanto, sulla base delle leggi statistiche come il teorema di Bayes, un singolo predittore identificato in un paese (inclusi gli Stati Uniti, dove si sono realizzati la maggior parte degli studi trovati) potrebbe non avere lo stesso impatto in un altro paese europeo con un diverso background culturale. Una meta-analisi dei fattori di rischio individuati in una data sottopopolazione potrebbe aiutare a pesare le dimensioni dell'effetto dei fattori di rischio e dei fattori protettivi.

I finanziamenti istituzionali non dovrebbero più focalizzarsi su una moltitudine di approcci e programmi innovativi che potrebbero raggiungere nuove popolazioni. Le ricerche dovrebbero invece, ora focalizzarsi sulla replica e sull'allargamento dell'insieme delle evidenze nella prevenzione indicata.

In aggiunta allo studio dell'efficienza e dell'efficacia di questi programmi si dovrebbe valutare anche il potenziale danno a lungo termine e gli effetti collaterali.

La review ha dimostrato che spesso le valutazioni sono state realizzate su un arco temporale breve, ed è noto che molti effetti collaterali negativi degli interventi potrebbero essere rari (quindi non inclusi negli studi RCT realizzati) o insorgere tardivamente (e anche in questo caso esclusi dagli RCT). Sono necessari follow-up a lungo termine nella popolazione naturalistica e nella popolazione inclusa nell'RCT.

6.2.3. Programmi

Per seguire le raccomandazioni riportate sopra, è necessario che il programma di prevenzione indicata sia manualizzato, replicabile, tradotto in diverse lingue europee, basato su strumenti diagnostici accessibili, derivato empiricamente e collegato a norme validate culturalmente (una lista di strumenti è fornita in appendice).

I nuovi programmi dovrebbero avere come target tutti i gruppi a rischio, anche se molti di questi individui non sono facilmente accessibili e non è facile mantenerli nel programma, senza escludere i 'rischi più dannosi' (bad risk). I nuovi programmi dovrebbero essere sviluppati in uno sforzo focalizzato alla ricerca di bambini in affidamento, in percorsi di cura istituzionalizzati che ricevono cure mediche o psicologiche per disturbi comportamentali ed emozionali, che sono inclini al consumo di sostanze stupefacenti. I programmi dovrebbero essere in grado di creare un'offerta per il drop-out, agli adolescenti con ritardo mentale e a quelli che sono già stati agganciati e curati per tale disturbo.

6.2.4. Etica

È necessario un dibattito etico sugli interessi nazionali contro gli interessi individuali e sull'applicazione della prevenzione possibile.

L'approccio di prevenzione indicata si focalizza sui rischi ad alto impatto sul funzionamento dell'individuo. Sono necessarie maggiori informazioni sul peso dei diversi rischi nelle varie situazioni al fine di affrontare questioni etiche relative alle scelte individuali (genitore-figlio) e sul trattamento o sulla prevenzione dei disturbi compulsivi. Gli approcci adottati nei diversi Paesi, in particolare nel sistema della giustizia minorile, potrebbero essere differenti.

6.2.5. Politiche

Il problema di una moltitudine di co-responsabilità nell'interfaccia tra le diverse istituzioni e le aree di interesse comune tra i sistemi, deve essere affrontato sia a livello nazionale sia a livello europeo. Per la costruzione dell'offerta dei servizi è necessario un dibattito europeo sulle politiche in materia di capacità di adattamento, trasferimento e impulso alla ricerca.

I sistemi differiscono enormemente per le prestazioni di assistenza a favore di adulti e bambini, per i consumatori di sostanze legali ed illegali, per la prevenzione e per l'intervento precoce. La trasferibilità dei programmi in tutta Europa è minacciata anche dalla mancanza di flessibilità del sistema e da informazioni non condivise, anche se nell'opinione pubblica, così come nell'economia sanitaria, l'addiction e la dipendenza sono questioni importanti e rimarranno tali per gli anni a venire. Ci potrebbe anche essere un bisogno di nuovi sviluppi 'de lege ferenda' (che significa 'che cosa la legge dovrebbe essere', al contrario di ciò che la legge è al momento).

Nel momento in cui si definisce una strategia europea globale devono essere affrontate aspetti di genere e diversità culturali. Gli studi dovrebbero avere proporzioni adeguate di soggetti femminili (negli utilizzatori oscillano tra il 25%-33%) e di minoranze etniche (a seconda dei censimenti nazionali), o almeno specificare la popolazione inclusa per genere e background culturale. La maggior parte delle infor-

mazioni attualmente disponibili provengono da studi che hanno reclutato soggetti maschi nei paesi di lingua inglese o scandinava.

L'attuazione di programmi di prevenzione indicata nei disturbi da uso di sostanze basati sulle evidenze di efficacia ha bisogno di un approccio integrato interdisciplinare.

Poichè le scoperte della neurobiologia mostrano come la dipendenza e alcuni disturbi psichiatrici infantili condividono comuni basi biologiche all'interno del sistema della dopamina (il sistema di ricompensa nel cervello), moderni approcci per impedire la tossicodipendenza negli individui dovrebbero essere in grado di affrontare un rischio biologico più elevato.

Rischi biologici e sociali dovrebbero essere identificati a livello individuale e selezionati da una procedura di screening o di invio basata, per quanto possibile, su conoscenze riguardanti la fisiopatologia e il trattamento dei disturbi dello sviluppo, con particolare riguardo al sistema di ricompensa dopaminergico. La base teorica degli interventi in questo campo dovrebbe comprendere la psicopatologia dell'infanzia e la funzione biologica del fumo e del consumo di alcol precoce nello sviluppo successivo di abuso di sostanze in soggetti ad alto rischio, così come l'interazione di questi fattori con disfunzioni familiari, gruppi di pari devianti, e fallimenti dell'ambito scolastico, ricreativi e professionale.

E' necessaria la cooperazione tra il settore medico e l'ambito pedagogico e psicosociale per risolvere le sfide nella prevenzione indicata dell'abuso di sostanze nei bambini e negli adolescenti. D'altra parte, la prevenzione indicata sembra un approccio promettente, come è noto, soprattutto per i giovani in un contesto multiproblematico.

Se le decisioni devono essere prese alla luce dei costi e dei benefici delle diverse opzioni terapeutiche, per prima deve essere analizzata l'economia sanitaria dei sistemi di trattamento dei bambini e degli adolescenti con problemi di droga.

Considerando che l'allocazione delle risorse può variare tra gli Stati membri europei, sarebbe opportuna, per ogni paese, l'analisi dei costi

e dei benefici di tali interventi sulla salute pubblica o sull'economia sanitaria.

6.3. Considerazioni finali

146

Questa recensione, comunque, possiede diverse limitazioni. In primo luogo, il gruppo di ricerca è stato in grado di leggere in inglese, francese, polacco, spagnolo, tedesco, ma non in tutte le altre lingue europee. Pertanto, l'analisi e la ricerca potrebbe avere perso alcuni programmi poichè alcuni siti internet nominati dagli organismi governativi non erano accessibili.

In secondo luogo, le informazioni date sono stata valutate senza che si sia realizzata una ricerca ulteriore. Tuttavia è possibile che programmi sforniti di informazioni sulla valutazione siano, stati valutati successivamente. All'interno di questa relazione tali programmi sono stati considerati 'non' valutati ed hanno ricevuto un rating inferiore rispetto a quello che altrimenti avrebbero dovuto ricevere.

In terzo luogo, la ricerca nella letteratura attraverso uno screening degli abstracts potrebbe avere escluso alcuni documenti pertinenti. Ciò vale, in particolare, per i rapporti non pubblicati all'interno di riviste, non accessibili tramite una ricerca sistematica della letteratura, in larga misura sfuggiti all'attenzione.

In quarto luogo, gli esperti di valutazione e analisi qualitative sono inclini a pregiudizi personali che, a causa del tempo e delle risorse limitate, non possono essere sradicati attraverso un processo a doppio legame o una replica del processo.

In quinto luogo, la traduzione della conoscenza accumulata e dei modelli di buone prassi all'interno delle politiche, dovrà essere approfondita dai responsabili politici dei vari Paesi. Da questa ricerca, nulla può essere detto circa la trasferibilità di un modello nazionale ad un'altra nazione, e niente può essere detto circa la prevenzione nel suo complesso nei rispettivi paesi - solo una panoramica generale di tutte le attività nella prevenzione selettiva e indicata potrebbe fornire un quadro realistico.

Come primo passo per il futuro, questo studio raccomanda un nuovo programma dell'Unione Europea nella prevenzione indicata, comprendente due grandi focus.

Primo focus: studi di grandi dimensioni con programmi stabiliti di buone prassi per i soggetti a rischio, identificati con metodi di screening all'interno di diversi contesti. Questi programmi dovrebbero prestare particolare attenzione:

- ad uno studio di fattibilità dell'avvio del programma nella comunità, per verificarne la validità esterna,
- alle interrelazioni e sinergie dei diversi servizi e sistemi di assistenza all'interno di una determinata società.

Secondo focus: sviluppo, descrizione e manualizzazione, valutazione e implementazione di nuovi programmi specifici per i bambini inviati alle istituzioni psichiatriche o psicologiche, per i bambini affidati in case famiglia o in istituzioni, e per gli adolescenti incarcerati. Occorre prestare particolare attenzione alla fattibilità di tali programmi, in base all'analisi dei costi-benefici, con particolare attenzione alla frequenza degli interventi.

Sommario

149

La Prevenzione indicata descrive un approccio preventivo individualizzato, mirato ad individui ad alto rischio di sviluppare successivamente un abuso di sostanze o una dipendenza. Il bisogno di una prevenzione indicata è definito dall'esistenza di forti indicatori legati ad un successivo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze (non ancora presente). Il target è l'individuo, identificato attraverso procedure di screening o tramite un accesso volontario. La presentazione degli strumenti utilizzati per gli screening comprende anche le loro fonti.

I rischi individuali includono: i primi problemi dello sviluppo, come ad esempio problemi del sonno, esternalizzazione e internalizzazione dei problemi comportamentali, diversi disturbi psichiatrici infantili (ADHD, disturbo della condotta e soprattutto l'associazione tra questi due, depressione), disturbo da stress post-traumatico ed eventi che hanno portato ad esso (ad esempio l'abuso infantile, la negligenza), fallimenti scolastici, comportamenti dissociali e delinquenza. Possono contribuire anche i tratti di personalità come il sensation seeking (ricerca di sensazioni).

Le variabili di apprendimento sociale, incluso l'atteggiamento tra pari (prevalenza di norme favorevoli ai comportamenti devianti), così come l'approvazione personale (adozione di norme devianti), costituiscono un rischio separato. Inoltre, il fallimento scolastico e i problemi connessi alla scuola contribuiscono alle situazioni di rischio.

Fattori familiari come l'uso e l'abuso di sostanza in famiglia e la mancanza di controllo dei genitori costituiscono rischi aggiuntivi.

In generale, i ragazzi hanno un rischio più elevato per l'uso delle sostanze rispetto alle ragazze.

Gruppi identificati ad alto rischio includono gli adolescenti in affido o in comunità.

La sottotipizzazione individuale, secondo traiettorie comuni di utilizzo di sostanze, può essere promettente per l'individuazione precoce degli antecedenti e per predire, separatamente, gli esiti per ogni sottogruppo. Come spiegato nel capitolo sui meccanismi neurobiologici,

i disturbi psichiatrici e l'abuso di sostanze sono collegati. I disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza predispongono l'individuo alla dipendenza e ai comportamenti additivi, e il consumo di sostanze (alcol, cannabis, cocaina) può portare allo sviluppo di disturbi psichiatrici. I sistemi dei neurotrasmettitori cerebrali e soprattutto il sistema dopaminergico mesolimbico, sono coinvolti nei disturbi psichiatrici; come risultato, il comportamento di dipendenza emerge molto più rapidamente.

Fattori genetici e ambientali formano le funzioni e le strutture sinaptiche. Questa struttura può essere modificata patologicamente nei disturbi psichiatrici, che possono aumentarne la vulnerabilità ai cambiamenti necessari per lo sviluppo dell'addiction.

Le influenze dall'ambiente possono anche portare a cambiamenti nella morfologia del cervello; una migliore comprensione della neurobiologia non può condurre a mero determinismo biologico, poiché deve essere preso in considerazione il ruolo che potrebbero svolgere i fattori esterni.

La sfida per la neurobiologia in quest'area è quella di spiegare come determinati fattori influenzano lo sviluppo del cervello, in modo tale da indurre un maggior rischio di sviluppo di disturbi da uso di sostanza.

Lo scopo degli sforzi della prevenzione indicata non è quello di impedire l'inizio o l'uso di sostanze, ma è quello di prevenire lo sviluppo di una dipendenza, diminuire la frequenza di uso di sostanze ed evitare modelli 'pericolosi' (ad esempio il consumo moderato, invece di binge drinking).

Guidati da questa definizione, all'interno della letteratura scientifica sono state cercate sistematicamente relazioni sulla prevenzione indicata e, inoltre, sono state contattate le agenzie governative europee per ottenere informazioni sui progetti di prevenzione indicata nei loro Paesi..

Un team di esperti ha valutato, attraverso un processo di consenso, gli abstracts identificati mediante la ricerca in letteratura e ha selezionato 150 studi per la revisione delle versioni full text. Di questi, solo 21

hanno descritto chiaramente programmi di prevenzione indicata. Di queste 21 pubblicazioni recenti (dal 2000), 16 programmi potrebbero essere classificati come livello 2-3 (progetti promettenti o modelli). Sei dei 16 programmi sono europei e quattro sono stati qualificati per il livello 3 (progetti modello).

La maggior parte dei programmi degli Stati Uniti e dei paesi anglofoni, come l'Australia e il Regno Unito, sono stati progettati per adolescenti che hanno iniziato un consumo di droga. I pochi programmi provenienti dai paesi europei si rivolgono ad adolescenti con identificati comportamenti problematici o specifici disturbi psichiatrici e si caratterizzano come progetti di identificazione nelle scuole, programmi scolastici e di terapia individuali o di gruppo.

Gli interventi sono spesso ad alta frequenza e manualizzati, come l'intervista motivazionale o training di formazione dei genitori. Per intervenire sui problemi specificamente legati alla droga o all'uso di alcool, sono a volte utilizzati, con modifiche minime, gli interventi terapeutici esistenti (come la terapia cognitivo comportamentale o la terapia familiare).

I programmi trasmessi dagli organismi governativi sono stati classificati di 'prevenzione indicata' se prevedono un intervento preventivo distinto, con un gruppo target definito, una durata e frequenza determinata e un processo di valutazione (opzionale). Tutti i programmi sono stati valutati attraverso un processo di consenso. I programmi così classificati come 'prevenzione indicata' sono stati in ogni caso descritti schematicamente secondo il modello logico dell'OEDT.

Dai 53 siti internet segnalati o dalle informazioni fornite su carta, sono stati categorizzati 23 programmi. Le procedure di valutazione hanno incontrato gli standard del livello 3 in un caso, del livello 2 in due casi (8,6%), del livello 1 in cinque casi (21,7%).

15 programmi (65,2%) potrebbero o non essere assegnati su uno dei livelli oppure potrebbero non aver dato informazioni sufficienti. Due programmi hanno incontrato gli standard richiesti di prevenzione indicata, e ottenuto una valutazione di livello 3. La maggior parte dei

programmi sono stati istituiti senza alcuna valutazione (o senza sufficienti informazioni sulla valutazione).

I 21 programmi di prevenzione indicata provenivano da: Paesi Bassi (6), Polonia (3), Ungheria (2), Spagna (1), Norvegia (2), Regno Unito (2), Germania (1), Svizzera (1), Slovacchia (1), Repubblica Ceca (1) e Liechtenstein (1). Nella maggior parte dei casi, i programmi hanno cercato di raggiungere i bambini e gli adolescenti con problemi sociali e/o comportamentali o bambini provenienti da famiglie con problemi droga correlati o psicologici.

Gli interventi prevedevano principalmente il lavoro di gruppo focalizzato sul rafforzamento dell'autostima e sulla stimolazione di interazioni positive e attività ricreative, tra cui sport o attività culturali e creative. Alcuni di loro si sono focalizzati sulle visite al pronto soccorso o sui contatti con la polizia causati dalle conseguenze del consumo di droga e alcol.

Tutti i programmi hanno incluso la valutazione dei bisogni individuali. Tutti collaborano con una varietà di sistemi di aiuto, anche se ben pochi di loro fanno riferimento al sistema di aiuto inteso come un percorso di cura sistematico.

Per affrontare le sfide indicate nella prevenzione dell'abuso di sostanze nei bambini e negli adolescenti, è necessaria la cooperazione tra il settore medico e gli ambiti pedagogici e psico-sociali. Peraltro, la prevenzione indicata sembra essere un approccio promettente, soprattutto per i giovani inseriti in un contesto multiproblematico.

Sono necessarie ulteriori verifiche attraverso l'attuazione di programmi stabiliti di buone prassi, con particolare attenzione alla loro trasferibilità transnazionale e ai rapporti costi-benefici. Laddove i programmi esistono e siano descritti in questo report, l'accento non dovrebbe puntare sullo sviluppo di nuovi interventi ma dovrebbe orientarsi verso lo sviluppo della loro valutazione e della loro replicabilità in diversi paesi.

Per alcuni ambiti invece, i programmi dovrebbero essere sia sviluppati che valutati, come ad esempio per i percorsi istituzionali di cura rivolti ai bambini.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T.M. (1991), Manual for the Youth Self Report. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington.

Aleixandre, N.L., del Rio, M.J.P. and Pol, A.L.P. (2005), Activity levels and drug use in a sample of Spanish adolescents. *Addictive Behaviors* 30, 1597–1602.

153

Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W.H., Williamson, D.F. and Giovino, G.A. (1999), Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 282(17), 1652–1658.

Babor, T., Webb, C., Burleson, J. and Kaminer, Y. (2002), Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: construct validity and clinical implications. *Addiction* 97 Suppl 1, 58–69.

Baer, J., Kivlahan, D., Blume, A., McKnight, P. and Marlatt, G. (2001), Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health* 91(8), 1310–1316.

Balfour, D. (2002), The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration* 69(1), 7–11.

Balfour, D.J. (2004), The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens [corrected]. *Nicotine and Tobacco Research* 6, 899–912.

Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Preuss, U.W. and Freyberger, H.J. (2004), Do alcohol expectancies and peer delinquency/substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behaviour in adolescence? *Alcohol and Alcoholism* 39, 213–219.

Battjes, R., Gordon, M., O'Grady, K. and Kinlock, T. (2004), Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors* 29(5), 1021–1027.

Battjes, R., Gordon, M., O'Grady, K., Kinlock, T., Katz, E. and Sears, E. (2004), Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(2), 123–134.

Bauman, A. and Phongsavan, P. (1999), Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence* 55(3), 187–207.

Bergen, H., Martin, G., Richardson, A., Allison, S. and Roeger, L. (2004), Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38(1–2), 34–41.

Berrettini, W. and Lerman, C. (2005), Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry* 162(8), 1441–1451.

Best, J.A., Thomson, S.J., Santi, S.M., Smith, E.A. and Brown, K.S. (1988), Preventing cigarette smoking among school children. *Annual Review of Public Health* 9, 161–201.

Biederman, J. and Faraone, S.V. (2005), Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366, 237–248.

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Wilens, T.E., Fontanella, J.A., Poetzel, K.M., Kirk, T., Masse, J. and Faraone, S.V. (2006), Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 59(3), 258–264.

Brown, S., Anderson, K., Ramo, D. and Tomlinson, K. (2005), Treatment of adolescent alcohol-related problems. A translational perspective. *Recent Developments in Alcoholism* 17, 327–348.

Brown, S., Anderson, K., Schulte, M., Sintov, N. and Frissell, K. (2005), Facilitating youth self-change through school-based intervention. *Addictive Behaviors* 30(9), 1797–1810.

Bukstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C. and Balach, L. (1993), Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88, 403–408.

Bukstein, O.G., Cornelius, J., Trunzo, A.C., Kelly, T.M. and Wood, D.S. (2005), Clinical predictors of treatment in a population of adolescents with alcohol use disorders. *Addictive Behaviors* 30, 1663–1673.

Cady, M., Winters, K.C., Jordan, D.A., Solberg, K.B. and Stinchfield, R.D. (1996), Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 5, 73–91.

Catanzaro, S.J. and Laurent, J. (2004), Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors* 29, 1779–1797.

Chambers, R.A., Taylor, J.R. and Potenza, M.N. (2003), Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 160(6), 1041–1052.

Chassin, L., Pitts, S.C. and Prost, J. (2002), Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 67–78.

Chaudhri, N., Caggiula, A., Donny, E., Palmatier, M., Liu, X. and Sved, A. (2006), Complex interactions between nicotine and nonpharmacological stimuli reveal multiple roles for nicotine in reinforcement. *Psychopharmacology (Berl)* 184(3–4), 353–366.

Christie, K.A., Burke, J.D., Jr., Regier, D.A., Rae, D.S., Boyd, J.H. and Locke, B.Z. (1988), Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American Journal of Psychiatry* 145, 971–975.

Chung, H., Park, Y. and Lanza, S. (2005), Latent transition analysis with covariates: pubertal timing and substance use behaviours in adolescent females. *Statistics in Medicine* 24(18), 2895–2910.

Clark, D.B. (2004), The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction* 99 Suppl 2, 5–22.

Clark, D.B., Thatcher, D.L. and Maisto, S.A. (2005), Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors* 30, 1737–1750.

Coatsworth, J., Santisteban, D., McBride, C. and Szapocznik, J. (2001), Brief Strategic Family Therapy versus community control: engagement, retention,

and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 40(3), 313–332.

Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R. and Patton, G. (2000), Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction* 95(11), 1679–1690.

156

Cohen, P., Chen, H., Crawford, T.N., Brook, J.S. and Gordon, K. (2007), Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S71–S84.

Collins, R.L., Parks, G.A. and Marlatt, G.A. (1985), Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 189–200.

Conigrave, K.M., Hall, W.D. and Saunders, J.B. (1995), The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Alcohol use disorder identification test*. *Addiction* 90(10), 1349–1356.

Conrod, P.J. and Woicik, P. (2002), Validation of a four-factor model of personality risk for substance abuse and examination of a brief instrument for assessing personality risk. *Addiction Biology* 7, S329–346.

Costello, E.J., Sung, M., Worthman, C. and Angold, A. (2007), Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S50–S59.

Curry, J., Wells, K., Lochman, J., Craighead, W. and Nagy, P. (2003), Cognitive-behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents: development and pilot testing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(6), 656–665.

De Leon, G. (2000), *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company, New York. Deas, D. (2006), Adolescent Substance Abuse and Psychiatric Comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 Suppl 7, 18–23.

Degenhardt, L., Hall, W. and Lynskey, M. (2001), The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 319–327. Dennis, M., Babor, T., Roebuck, M. and

Donaldson, J. (2002), Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction* 97 Suppl 1, 4–15.

Dennis, M., Funk, R., Godley, S., Godley, M. and Waldron, H. (2004a), Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction* 99 Suppl 2, 120–128.

157

Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004b), The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27(3), 197–213.

Dennis, M., Titus, J., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S., Tims, F. et al. (2002), The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 97 Suppl 1, 16–34.

Dierker, L., Vesel, F., Sledjeski, E., Costello, D. and Perrine, N. (2007), Testing the dual pathway hypothesis to substance use in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 87(1), 83–93.

Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R. and Marlatt, G.A. (1999), *Brief alcohol screening and intervention for college students: a harm reduction approach*. Guilford Press, New York.

Dishion, T.J. and Andrews, D.W. (1995), Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(4), 538–548.

Dishion, T.J. and Dodge, K.A. (2005), Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology* 33(3), 395–400.

Dishion, T.J., McCord, J. and Poulin, F. (1999), When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist* 54(9), 755–764.

Dunlop, B.W. and Nemeroff, C.B. (2007), The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 64, 327–337.

Engels, R.C., Scholte, R.H., van Lieshout, C.F., de Kemp, R. and Overbeek, G. (2006), Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors* 31, 440–449.

Ensminger, M., Juon, H. and Fothergill, K. (2002), Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. *Addiction* 97(7), 833–844.

Epstein, N.B., Baldwin, L.M. and Bishop, D.S. (1983), The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy* 9, 171–180.

Esposito-Smythers, C. and Spirito, A. (2004), Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 28, 77S–88S.

Essau, C., Baschta, M., Koglin, U., Meyer, L. and Petermann, F. (1998), [Substance abuse and dependence in adolescents]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47(10), 754–766.

Evren, C., Can, S., Evren, B., Saatcioglu, O. and Cakmak, D. (2006a), Life-time posttraumatic stress disorder in Turkish alcohol-dependent inpatients: relationship with depression, anxiety and erectile dysfunction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60(1), 77–84.

Evren, C., Kural, S. and Cakmak, D. (2006b), Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* 31, 475–485.

Ferdinand, R., Blüm, M. and Verhulst, F. (2001), Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. *Addiction* 96(6), 861–870.

Fergusson, D., Horwood, L. and Ridder, E. (2007), Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S14–26.

Fergusson, D., Horwood, L. and Swain-Campbell, N. (2002), Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 97(9), 1123–1135.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. and Goodman, R. (2007), Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 190, 319–325.

Fowler, J.S., Volkow, N.D., Kassad, C.A. and Chang, L. (2007), Imaging the addicted human brain. *Science and Practice Perspectives* 3, 4–16.

Fowler, T., Lifford, K., Shelton, K., Rice, F., Thapar, A., Neale, M.C., McBride, A. and van den Bree, M.B.M. (2007), Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. *Addiction* 101, 413–422.

Frick, P.J., Christian, R.E. and Wootton, J.M. (1999), Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification* 23(1), 106–128.

Friedman, A.S. and Terras, A. (1999), Comparison of various risk and protective factors for substance use/abuse in a court-adjudicated male population. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 8(4), 17–36.

Galvan, A., Hare, T.A., Davidson, M., Spicer, J., Glover, G. and Casey, B.J. (2005), The role of ventral frontostriatal circuitry in reward-based learning in humans. *Journal of Neuroscience* 25(38), 8650–8656.

Galvan, A., Hare, T.A., Parra, C.E., Penn, J., Voss, H., Glover, G. and Casey, B.J. (2006), Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience* 26(25), 6885–6892.

Gee, R.L., Espiritu, R.C. and Huang, L.N. (2006), Adolescents with co-occurring mental health and substance use disorders in primary care. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 427–452.

Gibbons, F.X., Yeh, H.C., Gerrard, M., Cleveland, M.J., Cutrona, C., Simons, R.L. et al. (2007), Early experience with racial discrimination and conduct disorder as predictors of subsequent drug use: a critical period hypothesis. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S27–S37.

Gil, A., Wagner, E. and Tubman, J. (2004), Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) Project. *Addiction* 99 Suppl 2, 140–150.

Goldberg, D. and Williams, P. (1988), A user's guide to the General Health Questionnaire. Nelson Publishing company, Windsor.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. and Strang, J. (1995), The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90(5), 607–614.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J. and Davies, M. (2005), Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 293(13), 1635–1643.

Guo, J., Hill, K.G., Hawkins, J.D., Catalano, R.F. and Abbott, R.D. (2002), A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 838–845.

Haberstick, B.C., Timberlake, D., Ehringer, M.A., Lessem, J.M., Hopfer, C.J., Smolen, A. and Hewitt, J.K. (2007), Genes, time to first cigarette and nicotine dependence in a general population sample of young adults. *Addiction* 102(4), 655–665.

Hayatbakhsh, M., Najman, J., Jamrozik, K., Mamun, A., Alati, R. and Bor, W. (2007), Cannabis and anxiety and depression in young adults: a large prospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(3), 408–417.

Hill, K., White, H., Chung, I., Hawkins, J. and Catalano, R. (2000), Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24(6), 892–901.

Hillebrand, J. and Burkhart, G. (in press), Bridging the science-practice gap in drug demand reduction: a European perspective. *Drugs: Education, Prevention & Policy*.

Höfler, M., Lieb, R., Perkonig, A., Schuster, P., Sonntag, H. and Wittchen, H.U. (1999), Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 94(11), 1679–1694.

Horigian, V.E., Lage, O.G. and Szapocznik, J. (2006), Cultural differences in adolescent drug abuse. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 469–498.

- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C. and Wadsworth, M. (2004), Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1299–1307.
- Hurlbut, S.C. and Sher, K.J. (1992), Assessing alcohol problems in college students. *Journal of American College Health* 41(2), 49–58.
- Hyman, S.E. (1996), Addiction to cocaine and amphetamine. *Neuron* 16, 901–904.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. and Bachman, J.G. (2003), Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2002. Volume II: College students and adults ages 19–40 (NIH Publication No. 03-5376). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Kamon, J., Budney, A. and Stanger, C. (2005), A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44(6), 513–521.
- Kapusta, N.D., Plener, P.L., Schmid, R., Thau, K., Walter, H. and Lesch, O.M. (2007), Multiple substance use among young males. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 86(2), 306–311.
- Killea-Jones, L.A., Costanzo, P.R., Malone, P., Quinlan, N.P. and Miller-Johnson, S. (2007), Norm-narrowing and self- and other- perceived aggression in early-adolescent same-sex and mixed-sex cliques. *Journal of School Psychology* 45(5), 549–565.
- King, S., Iacono, W. and McGue, M. (2004), Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction* 99(12), 1548–1559.
- Kokkevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. and Stergar, E. (2007), Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence* 88, 308–312.
- Kreek, M.J., Nielsen, D.A., Butelman, E.R. and LaForge, K.S. (2005), Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience* 8, 1450–1457.

Kumpfer, K.L. and Bluth, B. (2004), Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to 'substance abuse disorders'. *Substance Use and Misuse* 39, 671–698.

Kuntsche, E. and Jordan, M.D. (2006), Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence* 84, 167–174.

Lai, S., Lai, H., Page, J.B. and McCoy, C.B. (2000), The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *Journal of Addictive Diseases* 19, 11–24.

Lejuez, C., Bornovalova, M., Reynolds, E., Daughters, S. and Curtin, J. (2007), Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 15(2), 165–175.

Li, C., Pentz, M.A. and Chou, C.P. (2002), Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction* 97, 1537–1550.

Libby, A.M., Orton, H.D., Stover, S.K. and Riggs, P.D. (2005), What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors* 30, 1649–1662.

Lipschitz, D., Rasmussen, A., Anyan, W., Gueorguieva, R., Billingslea, E., Cromwell, P. et al. (2003), Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191(11), 714–721.

Littell, J.H., Popa, M. and Forsythe, B. (2005), Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17. *Cochrane Database Systematic of Reviews* 2005 (4), CD004797.

Loxley, W., Toumbourou, J. and Stockwell, T. (2005), A new integrated vision of how to prevent harmful drug use. *Medical Journal of Australia* 182(2), 54–55.

Lynskey, M.T. and Hall, W. (2001), Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction* 96, 815–822.

Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004), Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug

use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363(9421), 1579–1588.

Marley, J. (2000), Efficacy, effectiveness, efficiency. *Australian Prescriber* 23, 114–115.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. and Strang, J. (1998), The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93(12), 1857–1867.

Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N. et al. (2006), An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 101(7), 1014–1026.

Mason, W., Kosterman, R., Hawkins, J., Haggerty, K. and Spoth, R. (2003), Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prevention Science* 4(3), 203–212.

Masterman, P.W. and Kelly, A.B. (2003), Reaching adolescents who drink harmfully: fitting intervention to developmental reality. *Journal of Substance Abuse Treatment* 24(4), 347–355.

McCambridge, J. and Strang, J. (2004), The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99(1), 39–52.

McCambridge, J. and Strang, J. (2005), Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* 100(4), 470–478.

McGee, R., Williams, S., Poulton, R. and Moffitt, T. (2000), A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 95(4), 491–503.

McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. and Bellis, M. (2006), Drug use prevention among young people: a review of reviews. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.

McGue, M., Iacono, W.G. and Krueger, R. (2006), The association of early adolescent problem behavior and adult psychopathology: a multivariate behavioral genetic perspective. *Behavior Genetics* 36, 591–602.

McLaney, M.A., Boca, F.D. and Barbor, T.F. (1994), A validation of the problem-oriented screening instrument for teenagers (POSIT). *Journal of Mental Health* 3(3), 363–376.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Barr, H.L. and Evans, F. (1984), The addiction severity index in three different populations. *NIDA Research Monograph* 55, 217–223.

McNally, A., Palfai, T. and Kahler, C. (2005), Motivational interventions for heavy drinking college students: examining the role of discrepancy-related psychological processes. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(1), 79–87.

Meili, B. (2004), Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. *Suchtmagazin* 6, 21–25.

Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R. and Ford, T. (2003), The mental health of young people looked after by local authorities in England: summary report. The Stationery Office, London.

Merikangas, K.R. and Avenevoli, S. (2000), Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors* 25, 807–820.

Merrill, J.C., Kleber, H.D., Shwartz, M., Liu, H. and Lewis, S.R. (1999), Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviors, and American youth. *Drug and Alcohol Dependence* 56, 205–212.

Miller, W.R. and Sovereign, R.G. (1989), The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors. In: T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan and G.A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: prevention and early intervention*, pp. 219–231. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

Mitchell, C., Beals, J. and The Pathways of Choice Team (2006), The development of alcohol use and outcome expectancies among American Indian young adults: a growth mixture model. *Addictive Behaviors* 31(1), 1–14.

Moolchan, E.T., Ernst, M. and Henningfield, J.E. (2000), A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(6), 682–693.

Moos, R. and Moos, B. (1983), Clinical applications of the Family Environment Scale. In: E. Filsinger (Ed.), *A sourcebook of marriage and family assessment*, pp. 253–273. Sage, Beverly Hills, CA.

Moos, R.H. (2005), Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 100(5), 595–604.

Morojele, N., Brook, J. and Kachieng'a, M. (2006a), Perceptions of sexual risk behaviours and substance abuse among adolescents in South Africa: a qualitative investigation. *AIDS Care* 18(3), 215–219.

Morojele, N., Kachieng'a, M., Mokoko, E., Nkoko, M., Parry, C., Nkowane, A. et al. (2006b), Alcohol use and sexual behaviour among risky drinkers and bar and shebeen patrons in Gauteng province, South Africa. *Social Science and Medicine* 62(1), 217–227.

Morojele, N.K. and Brook, J.S. (2006c), Substance use and multiple victimisation among adolescents in South Africa. *Addictive Behaviors* 31, 1163–1176.

Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press, Washington, DC.

Muthén, B.O. (2001), Latent variable mixture modeling. In: G.A. Marcoulides and R.E. Schumacker (Eds.), *New developments and techniques in structural equation modeling*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 1–33.

Nestler, E.J. (2000), Genes and addiction. *Nature Genetics* 26, 277–281.

Niemela, S.M., Sourander, A., Poikolainen, K., Elonheimo, H., Helenius, H., Sillanmaki, L. et al. (2006), Adaptive functioning, psychopathology and service use among 18-year-old boys with drunkenness-related alcohol use. *Alcohol and Alcoholism* 41, 143–150.

Ovenden, C. and Loxley, W. (1994), *The demographics and drug use of teenagers questionnaire (DDUT) manual*. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Division of Health Sciences, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.

Oxford, M.L., Harachi, T.W., Catalano, R.F. and Abbott, R.D. (2001), Pre-adolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and

mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27, 599–616.

Pardini, D., White, H.R. and Stouthamer-Loeber, M. (2007), Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S38–S49.

Parker, H., Aldridge, J. and Measham, F. (1998), *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. Routledge, London.

Patton, G., Coffey, C., Lynskey, M., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J. et al. (2007), Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction* 102(4), 607–615.

Pedersen, W., Mastekaasa, A. and Wichstrom, L. (2001), Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. *Addiction* 96, 415–431.

Preston, P. and Goodfellow, M. (2006), Cohort comparisons: social learning explanations for alcohol use among adolescents and older adults. *Addictive Behaviors* 31, 2268–2283.

Quay, H.C. and Peterson, D.R. (1993), *The revised behavior problem checklist: manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

Rao, U. (2006), Links between depression and substance abuse in adolescents: neurobiological mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine* 31(6 Suppl 1), S161–174.

Rey, J., Martin, A. and Krabman, P. (2004), Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(10), 1194–1205.

Rhee, S., Hewitt, J., Young, S., Corley, R., Crowley, T., Neale, M. et al. (2006), Comorbidity between alcohol dependence and illicit drug dependence in adolescents with antisocial behavior and matched controls. *Drug and Alcohol Dependence* 84(1), 85–92.

Robbins, M., Bachrach, K. and Szapocznik, J. (2002), Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23(2), 123–132.

Robertson, E.B., David, S.L. and Rao, S.A. (2003), Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. National Institute on Drug Abuse. Second Edition. NIH Publication No. 04-4212(A)

Rose, R., Dick, D., Viken, R., Pulkkinen, L. and Kaprio, J. (2001), Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 25(11), 1594– 1604.

Russell, V.A. (2000), The nucleus accumbens motor-limbic interface of the spontaneously hypertensive rat as studied in vitro by the superfusion slice technique. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 133–136.

Sagvolden, T. (2000), Behavioral validation of the spontaneously hypertensive rat (SHR) as an animal model of attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 31–39.

Santisteban, D.A., Coatsworth, J.D., Perez-Vidal, A., Kurtines, M.W., Schwartz, S.J., LaPerriere, A. and Szapocznik, J. (2003), Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology* 17(1), 121–133.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. (1993), Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*. 88(6), 791–804.

Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J. and Goldbeck, L. (2006), [A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55(7), 544–558.

Schneider, J.S., Sun, Z.Q. and Roeltgen, D.P. (1994), Effects of dopamine agonists on delayed response performance in chronic low-dose MPTP treated monkeys. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 48, 235–240.

Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B.J. et al. (2000), Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry* 61, 244–251.

Schuckit, M.A. and Hesselbrock, V. (1994), Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *American Journal of Psychiatry* 151(12), 1723–1734. Shaywitz, S.E., Cohen, D.J. and Shaywitz, B.A. (1978), The biochemical basis of minimal brain dysfunction. *Journal of Pediatrics* 92, 179–187.

168 Simpson, D.D. and Chatham, L.R. (1995), TCU/DATAR Forms Manual. Improving drug abuse treatment, assessment, and research (DATAR) project. Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, Fort Worth, Texas.

Skinner, H.A. and Horn, J.L. (1984), Alcohol dependence scale: users guide. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada. Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1992), Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: J. Allen and R. Z. Litten (Eds.), *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods*. Humana Press, Totowa, NJ, pp. 41–72.

Solkhah, R., Wilens, T., Daly, J., Prince, J., Van Patten, S. and Biederman, J. (2005), Bupropion SR for the treatment of substance-abusing outpatient adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and mood disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15(5), 777–786.

Spak, L., Spak, F. and Allebeck, P. (2000), Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 44–51.

Spear, L.P. (2000), The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 417–463. Spencer, T.J., Biederman, J. and Mick, E. (2007), Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 26, 631–642.

Springer, J.F. and Phillips, J.L. (2007), The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Prevention Policy Paper Series, EMT Associates, Inc, Folsom, CA (available at http://www.ca-cpi.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf).

- Stephenson, M.T. and Helme, D.W. (2006), Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *Journal of Drug Education* 36, 247–270.
- Stronski, S.M., Ireland, M., Michaud, P., Narring, F. and Resnick, M.D. (2000), Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health* 26, 420–427.
- Sully, L. and Conrod, P.J. (2006), An innovative approach to the prevention of substance misuse, emotional problems, and risky behaviour in adolescents. *Education and Health* 24(3), 39–41.
- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. and Costello, E. (2004), Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 75(3), 287–299.
- Sussman, S., Dent, C.W. and Leu, L. (2000), The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal of Substance Abuse* 12, 373–386.
- Sutherland, I. and Willner, P. (1998), Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. *Addiction* 93, 1199–1208.
- Szapocznik, J., Rio, A.T., Hervis, O.E., Mitrani, V.B., Kurtines, W.M. and Faraci, A.M. (1991), Assessing change in family functioning as a result of treatment: The Structural Family Systems Rating Scale (SFSR). *Journal of Marital and Family Therapy* 17, 295–310.
- Tait, R.J., Hulse, G.K. and Robertson, S.I. (2004), Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence* 74(3), 289–296.
- Tait, R.J., Hulse, G.K., Robertson, S.I. and Sprivilis, P.C. (2005), Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 79(3), 359–363.
- Thush, C., Wiers, R.W., Theunissen, N. et al. (2007), A randomized clinical trial of a targeted intervention to moderate alcohol use and alcohol-related problems in at-risk adolescents, *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 86, 368–376.

Timberlake, D.S., Haberstick, B.C., Lessem, J.M., Smolen, A., Ehringer, M., Hewitt, J.K. and Hopfer, C. (2006), An association between the DAT1 polymorphism and smoking behavior in young adults from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Health Psychology* 25(2), 190–197.

Topp, L. and Mattick, R.P. (1997), Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction* 92(7), 839–845

Torabi, M.R., Bailey, W.J. and Majd-Jabbari, M. (1993), Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the 'gateway drug effect'. *Journal of School Health* 63, 302–306.

Toumbourou, J., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G., Sturge, J. and Rehm, J. (2007), Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 369(9570), 1391–1401.

Unger, J.B., Sussman, S. and Dent, C.W. (2003), Interpersonal conflict tactics and substance use among high-risk adolescents. *Addictive Behaviors* 28, 979–987.

United Nations Office on Drugs and Crime (2006), Guidance for the measurement of drug treatment demand (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index26898EN.html>).

Van Den Bree, M.B. and Pickworth, W.B. (2005), Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Archives of General Psychiatry* 62, 311–319.

Vaughn, M.G., Ollie, M.T., McMillen, J.C., Scott, L., Jr. and Munson, M. (2007), Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors* 32, 1929–1935.

Wagner, F.A. and Anthony, J.C. (2002), Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology* 155(10), 918–925

Waldron, H., Slesnick, N., Brody, J., Turner, C. and Peterson, T. (2001), Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(5), 802–813.

Walker, D., Roffman, R., Stephens, R., Wakana, K., Berghuis, J. and Kim, W. (2006), Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana use.

ers: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(3), 628–632.

Walters, S. (2000), In praise of feedback: an effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of the American College of Health* 48(5), 235–238.

Werch, C.E. and Owen, D.M. (2002), Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol* 63(5), 581–590.

White, A., Matthews, D. and Best, P. (2000), Ethanol, memory, and hippocampal function: a review of recent findings. *Hippocampus* 10(1), 88–93.

White, A., Truesdale, M., Bae, J., Ahmad, S., Wilson, W., Best, P. et al. (2002), Differential effects of ethanol on motor coordination in adolescent and adult rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 73(3), 673–677.

White, H., Morgan, T., Pugh, L., Celinska, K., Labouvie, E. and Pandina, R. (2006), Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol* 67(2), 309–317.

White, H.R. and Labouvie, E.W. (1989), Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 50(1), 30–37.

WHO (2004), Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. World Health Organisation: Geneva

Wiers, R.W., van de Luitgaarden, J., van den Wildenberg, E. and Smulders, F.T. (2005), Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction* 100, 806–819.

Wills, T., Cleary, S., Filer, M., Shinar, O., Mariani, J. and Spera, K. (2001), Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. *Prevention Science* 2(3), 145–163.

Wills, T., Sandy, J., Yaeger, A. and Shinar, O. (2001), Family risk factors and adolescent substance use: moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology* 37(3), 283–297

Windle, M. and Wiesner, M. (2004), Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: Predictors and outcomes. *Development and Psychopathology* 16, 1007–1027.

Windeler, J. and Antes, G. (2007), Efficacy and effectiveness (available at: http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/images/efficacy_and_effectiveness.pdf).

Wittchen, H., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P. et al. (2007), Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 88 Suppl 1, S60–70.

Wong, M.M., Brower, K.J., Fitzgerald, H.E. and Zucker, R.A. (2004), Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 28, 578–587.

Woolfenden, S.R., Williams, K. and Peat, J. (2006), Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10–17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001(2), CD003015.

World Psychiatric Association (2003), Consensus statement on psychiatric prevention. *WPA Sections' Newsletter* 2003;2:6.

Zonnevylle-Bender, M., Matthys, W., van de Wiel, N. and Lochman, J. (2007), Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(1), 33–39.

RISORSE ONLINE.

Brain Briefings: Alcohol. Retrieved September 17, 2007, from http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainbriefings_alcoholism

Brain Briefings: The adolescent brain. Retrieved September 17, 2007, from http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainBriefing_Adolescent_brain

<http://www.nida.nih.gov/>

<http://www.nida.nih.gov/Curriculum/HSCurriculum.html>

<http://www.nyas.org/publications/updateArchives.asp>

http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience

Stanford Encyclopaedia of Philosophy: <http://plato.stanford.edu/>

Appendice

Strumenti di valutazione.

Di seguito, si fornisce un elenco degli strumenti di screening o di valutazione della gravità di specifici disturbi psicopatologici. La lista è compilata in base alla frequenza d'uso dello strumento all'interno della letteratura scientifica, alla valutazione psicometrica, alla disponibilità dei dati normalizzati in diversi paesi, e alle raccomandazioni nelle linee guida, ma tale lista non dovrebbe essere intesa come una selezione definitiva. Strumenti di valutazione adeguati dovrebbero sempre essere scelti all'interno del contesto della progettazione di uno studio.

173

Valutazione della psicopatologia

Auto-valutazione:

Youth Self Report (YSR — Achenbach, T.M. 1991). Manual for the Youth Self Report. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

YASR (Young adult version of YSR)

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ — Goodman, Subscales of the YSR and CBCL 1997). Age: 4–16 years (public domain).

Available at: <http://www.sdqinfo.com>

Valutati da altri:

Child Behaviour Checklist (CBCL — Achenbach, T.M. 1991).

Manual for the Child Behavior Checklist/4–18. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry).

YABCL (Young adults version of CBCL)

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ — Goodman, 1997). Age: 4–16 years (public domain).

Available at: <http://www.sdqinfo.com>

Interviste Diagnostiche

Esistono diverse interviste semi-strutturate cliniche diagnostiche, come ad esempio lo strumento K-SADS per i disturbi affettivi e schizofrenici nei bambini in età scolare. (<http://www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm>) o il Sistema diagnostico per i disturbi mentali nell'infanzia e nell'adolescenza (DISYPS-KJ). Questi sistemi diagnostici includono anche checklist per valutare la gravità di alcuni disturbi specifici, ad esempio la checklist per l'ADHD del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000).

Valutazione della depressione

Autovalutazione

Centro per gli studi epidemiologici - Scala della depressione (CES-D-Radloff, 1977 pubblico dominio).

Beck Depression Inventory II (BDI-II — Beck, Steer and Brown, 1996. San Antonio, TX: The Psychological Corporation)

Valutato da altri

Child Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R — Poznanski, E.O. and Mokros, H.B., 1996. Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services).

Valutazione dell'ansia

Autovalutazione

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C — Spielberger, C.D., Edwards, C., Lushene, R. Monturi, J. and Platzek, S. 1973. The State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press).

Valutazione dell'aggressività/delinquenza

Sottoscale dell' YSR e CBCL

Valutazione dell'ADHD

Sottoscale dell' YSR e CBCL

Programmi categorizzati come “programmi di prevenzione indicate”

Nome	Children’s day care
Prevenzione	Indicata
Paese	Repubblica Ceca
Gruppo Target	Bambini di età tra i 6 e i 15 anni, inviati da psichiatri, centri di detenzione, servizi sociali comunali etc per seri problemi di comunicazione e comportamentali
Descrizione	Programmi di gruppo strutturati e individuali, se necessario. Sono anche organizzate regolarmente delle attività nei week-end e nei periodi estivi
Inizio	Dal 2003
Frequenza	Una volta a settimana in 4 diversi gruppi
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

175

Nome	At-risk groups and families
Prevenzione	Indicata
Paese	Ungheria
Gruppo Target	Giovani con problemi sociali e/o difficoltà di apprendimento e/o che vivono in quartieri disagiati
Descrizione	Campeggi e club, attività ricreative, attività ricreative di genitori e bambini insieme, organizzazione di feste
Inizio	Non specificato
Frequenza	Non chiaramente definito
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Prevention in prisons
Prevenzione	Indicata
Paese	Ungheria
Gruppo Target	Detenuti
Descrizione	Serie di documentari didattici di nove videocassette, discussioni in attività di gruppo - i genitori dei giovani delinquenti possono organizzare incontri informativi sulla lotta contro la droga
Inizio	Dal 2003

Frequenza	Intervalli da 3 a 5 settimane
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Psycho-educational family intervention
Prevenzione	Indicata
Paese	Olanda
Gruppo Target	Famiglie dove uno o entrambi i genitori hanno un grave problema psicologico, con almeno un figlio tra gli 8 e i 14 anni
Descrizione	Supportare la comunicazione nella famiglia; aumentare la resilienza del bambino, la comprensione del disturbo; fornire informazioni sui segnali precoci della depressione nel bambino
Inizio	Non specificata
Frequenza	Sette sessioni alternate con genitori e figli separatamente e insieme
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Tailor made prevention
Prevenzione	Indicata
Paese	Olanda
Gruppo Target	Famiglie dove uno o entrambi i genitori hanno un grave problema psicologico, con almeno un figlio tra i 8 e i 14 anni
Descrizione	Fornire ai genitori e ai figli informazioni mirate e supporto. Affrontare la gravità del problema che potenzialmente si ripercuote sul bambino e migliorare la capacità genitoriale
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Doing and talking group CPPP 8-12
Prevenzione	Indicata

Paese	Olanda
Gruppo Target	Giovani con uno o entrambi i genitori con problemi psicologici o di dipendenza
Descrizione	Spiegare e comprendere la situazione a casa; fornire assistenza, contatto tra le persone nella stessa situazione, rafforzare le competenze sociali ed emotive.
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome **Group course CPPP 12-15**

Prevenzione	Indicata
Paese	Olanda
Gruppo Target	Giovani con uno o entrambi i genitori con problemi psicologici o di dipendenza
Descrizione	Spiegare e comprendere la situazione a casa; fornire assistenza, contatto tra le persone nella stessa situazione, rafforzare le competenze sociali ed emotive.
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome **Group course CPPP 16+**

Prevenzione	Indicata
Paese	Olanda
Gruppo Target	Giovani con uno o entrambi i genitori con problemi psicologici o di dipendenza
Descrizione	Corso di gruppo via internet, spiegare e comprendere la situazione a casa; fornire assistenza, contatto tra le persone nella stessa situazione, rafforzare le competenze sociali ed emotive.
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Mother–baby intervention
Prevenzione	Indicata
Paese	Olanda
Gruppo Target	Madri con problemi mentali di neonati
Descrizione	Stimolare un’interazione positiva tra la madre e il bambino
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Increasing the number and availability of therapeutic services for co-dependents and other members of alcohol-dependent families
Prevenzione	Indicata
Paese	Polonia
Gruppo Target	Familiari di persone alcolodipendenti
Descrizione	Corsi di training. Conduzione di una ricerca e una valutazione focalizzata sui disturbi di cui hanno sofferto i familiari degli alcolisti. Annunci e pubblicazioni in riviste e giornali specializzati
Inizio	Dal 1999
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Dal 1998 al 2002
Livello	2

Nome	Development of socio-therapeutic club rooms
Prevenzione	Indicata
Paese	Polonia
Gruppo Target	Figli provenienti da famiglie con problemi alcol-correlati
Descrizione	Aumentare la competenza del personale e dei tutors, la diffusione delle tecnologie di lavoro, aumentare l'accessibilità delle istituzioni socio-terapeutiche, sviluppare la rete di gruppi di sostegno per i bambini: ‘Parpusiak bears family’; ‘Together jauntfully’
Inizio	Dal 1999

Frequenza	Non specificata
Valutazione	Dal 1998 al 2002
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Children coming from families who have alcohol-related problems, staying in care educational centres
Prevenzione	Indicata
Paese	Polonia
Gruppo Target	Figli provenienti da famiglie con problemi alcol-correlati
Descrizione	Elaborare metodologie di lavoro psico-educative per i bambini provenienti da famiglie con problemi alcol-correlati che richiedono un'attenzione particolare
Inizio	Programma pilota dal 2000, programma di training dal 2003
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Development of secondary and tertiary prevention of drug addiction among children in court-imposed institutional care
Prevenzione	Indicata
Paese	Slovacchia
Gruppo Target	Pazienti di strutture di assistenza istituzionale
Descrizione	Per il lavoro con bambini e giovani tossicodipendenti, creazione di due gruppi educativi specializzati in strutture per bambini e giovani esposti alla minaccia della tossicodipendenza
Inizio	Non specificata
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Interpretazione qualitativa
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome	Institutional model (MulitfunC)
Prevenzione	Indicata
Paese	Norvegia e Svezia

Gruppo Target	Giovani con seri problemi comportamentali
Descrizione	Trattamenti residenziali di problemi comportamentali
Inizio	Autunno 2005
Frequenza	Quotidiana
Valutazione	Del processo di implementazione (IMS) e degli effetti del trattamento (Behavioural Centre, Oslo)
Livello	1

Nome	Supra-f
Prevenzione	Indicata
Paese	Svizzera
Gruppo Target	Giovani a rischio (di delinquenza, uso di droghe, depressione, ansietà, disturbi di condotta, problemi a scuola)
Descrizione	Programmi differenti tra le 3 e le 42 ore a settimana supportanti e strutturanti la vita dei bambini
Inizio	Dal 2000
Frequenza	3 – 42 h/settimana
Valutazione	2003 e 2006 – ancora in follow up
Livello	3

Nome	Every child matters
Prevenzione	Indicata
Paese	Regno Unito, è stato selezionato un numero di aree ad interesse elevato. In queste aree ci si aspetta di rendere più rapidi e sostenuti i progressi compiuti nell'attuazione della visione e delle priorità stabilite in questo piano durante il 2005/06. Le aree comprese sono quelle svantaggiate o ad alta criminalità all'interno delle quali i problemi di abuso di droga sono prevalenti.
Gruppo Target	Figli di consumatori problematici di stupefacenti, giovani in contatto con il sistema della giustizia penale. Studenti che non frequentano la scuola costantemente. Bambini in custodia.
Descrizione	I due obiettivi del lavoro nelle aree in cui si è focalizzato l'intervento sono: sviluppare e testare un modello

	di buone prassi ad ampia diffusione; avere un impatto precoce e duraturo rispetto all'invio ai servizi di bambini e giovani. Valutazione precoce di tutti i bambini vulnerabili e i giovani appartenenti a gruppi a rischio per problemi di abuso di droga, come parte di una più ampia valutazione dei bisogni. Gestione della cura e appuntamenti con professionisti per tutti i bambini e i giovani che hanno bisogno di un supporto o di un intervento sui disturbi legati alle droghe, in linea con il modello "Every child matters: Change for Children". Sistema di informazione integrato per aiutare le agenzie a lavorare insieme per tenere traccia degli interventi con i singoli bambini e giovani
Inizio	Aprile 2005
Frequenza	Non specificata
Valutazione	Autovalutazione in itinere e valutazione degli esiti annuale. Le aree locali dovranno monitorare le proprie prestazioni rispetto ai cinque outcomes, e come parte del processo di valutazione annuale forniranno ogni primavera un'autovalutazione. Poi segue un incontro di revisione che coinvolga gli ispettorati, le forze di governo centrale e i partner locali ogni estate, seguirà una valutazione da parte degli ispettorati per i servizi all'infanzia. Questa valutazione fornisce il punteggio per i servizi per l'infanzia, parte della valutazione degli esiti globale. I Servizi per l'infanzia in una delle aree riceveranno anche un 'analisi congiunta della zona, inizialmente su un ciclo triennale.
Livello	1
Nome	Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people
Prevenzione	Indicata
Paese	Regno Unito
Gruppo Target	Giovani svantaggiati sotto i 25 anni per (1) e (2). Bambini sotto i dodici anni per (3) e (4). Persone sotto i 25

Descrizione	con uso problematico di sostanze (5). (1) Sviluppare e attuare una strategia per ridurre l'abuso tra persone vulnerabili e svantaggiate sotto i 25 anni (2) utilizzare screening e strumenti di valutazione già esistenti per identificare i bambini vulnerabili e svantaggiati e i giovani sotto i 25 che stanno abusando — o che sono a rischio di abuso — (3) programmi di supporto basati sulla famiglia strutturati su 2 o più anni, stilati con i genitori o con i tutori del bambino o del giovane e guidati da personale competente in quest'area (4) “terapia comportamentale di gruppo” da 1 a 2 anni, prima e durante la transizione alla scuola secondaria. Le sessioni dovrebbero aver luogo una o due volte al mese e l'ultima di un'ora (5) colloquio motivazionale (uno o più se necessario)
Inizio	Luglio 2004
Frequenza	Diversa a seconda delle parti
Valutazione	Basata sulle evidenze, mancano prove dimostrate, l'aggiornamento e la valutazione è prevista tra il 2010 e il 2012
Livello	1
Nome	Educational intervention after violation of protection of minors rules
Prevenzione	Indicata
Paese	Liechtenstein
Gruppo Target	Gli adolescenti che violano la protezione giuridica messa in atto per tutelare bambini e giovani
Descrizione	Se gli adolescenti violano la protezione giuridica, ricevono un monito. Se è ripetuta o è un reato grave, gli adolescenti con i loro genitori vengono invitati per un'interlocuzione nell'ufficio sociale, dove vengono esaminate le possibili ragioni e soluzioni. Successivamente si decide sulle misure educative da adottare. In Liechtenstein, questa procedura è prevista dalla legge

Inizio	2000
Frequenza	Su base individuale
Valutazione	Non specificata
Livello	1

Nome	Bundesprojekt Hart am Limit — HaLT Lörrach — HaLT Rostock — reactive
Prevenzione	Indicata
Paese	Germania
Gruppo Target	Meno di 150 adolescenti in terapia intensiva dopo binge-drinking.
Descrizione	Raccolta di dati sul coma alcolico a livello nazionale, indagare le ragioni per il consumo rischioso di alcol anche nel contesto delle relazioni tra i pari; scoprire i disturbi psichiatrici sottostanti e avviare la terapia e la riabilitazione, se opportuno. Prevenire il ripetersi di visite ai servizi di cura intensiva per problemi legati all'alcol
Inizio	2003 prima fase, 08/2004 fase estesa
Frequenza	Su base individuale, minimo due sessioni, tutti i tipi di counselling e trattamento
Strumenti	Questionari di ricerca e fogli di monitoraggio
Valutazione	Questionario costruito sul programma, statistiche e report realizzate da Prognos AG - Svizzera
Livello	3

Nome	Juvenile contract
Prevenzione	Indicata
Paese	Norvegia
Gruppo Target	Giovani delinquenti.
Descrizione	Realizzazione di un accordo tra un giovane delinquente da un lato e la polizia e il Comune dall'altro. L'intenzione del contratto è quella di contrastare lo sviluppo di uno stile di vita criminale. Il contratto normalmente contiene una miscela di sanzioni e di incentivi positivi. Finora l'esperienza con tali contratti è limitata

Inizio	Non specificato
Frequenza	Su base individuale
Valutazione	Non specificata
Livello	Nessun livello di valutazione basato sulle evidenze

Nome **Early detection and treatment of adolescents at risk for addiction**

Prevenzione	Indicata
Paese	Spagna
Gruppo Target	Persone che presentano fattori di rischio secondo lo 'Screening on risk factors in schools', per esempio ADHD, aggressione, quadro depressivo.

Descrizione Lo scopo del programma è ridurre i fattori di rischio e incrementare i fattori preventivi per l'abuso di droghe. Il principale interesse è la persona, il suo benessere e la prevenzione dei futuri problemi. Il programma offre un intervento per i genitori, gli studenti e gli insegnanti. Per l'identificazione sono utilizzati strumenti di screening, come ad esempio *CSAT*, *EDA*, *ADI*, *DAP*, *ADIS*, *PESQ*

Inizio	Non specificato
Frequenza	Non specificato
Valutazione	Menzionato ma non specificato
Livello	1

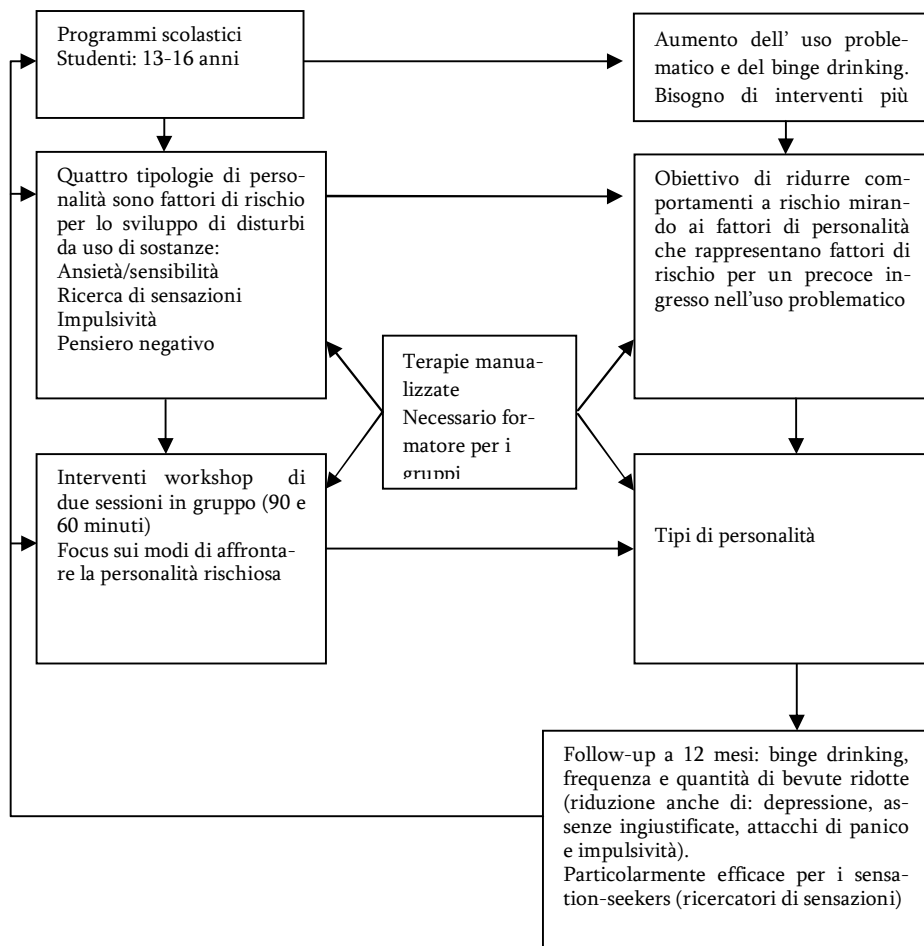
Nome **Empecemos — multi-component intervention for behavioural problems in primary education prevention:**

Prevenzione	Indicata
Paese	Spagna
Gruppo Target	Bambini di età tra gli 8 e 10 anni con problemi di comportamento distruttivo nella classe (problemi di attenzione, aggressività, impulsività, iperattività)

Descrizione	Il programma include componenti specifiche per i genitori, i bambini e gli insegnanti. In totale 21 bambini, 26 famiglie e 33 insegnanti sono stati raggiunti dall'implementazione del programma. E' stata anche attivata una verifica di fattibilità dei diversi componenti del programma che ha contribuito a migliorare il coordinamento, fornendo al contempo risultati iniziali sull'efficienza accoglienza del programma da parte dei genitori e degli insegnanti
Inizio	Gennaio 2005
Frequenza	
Valutazione	
Livello	3

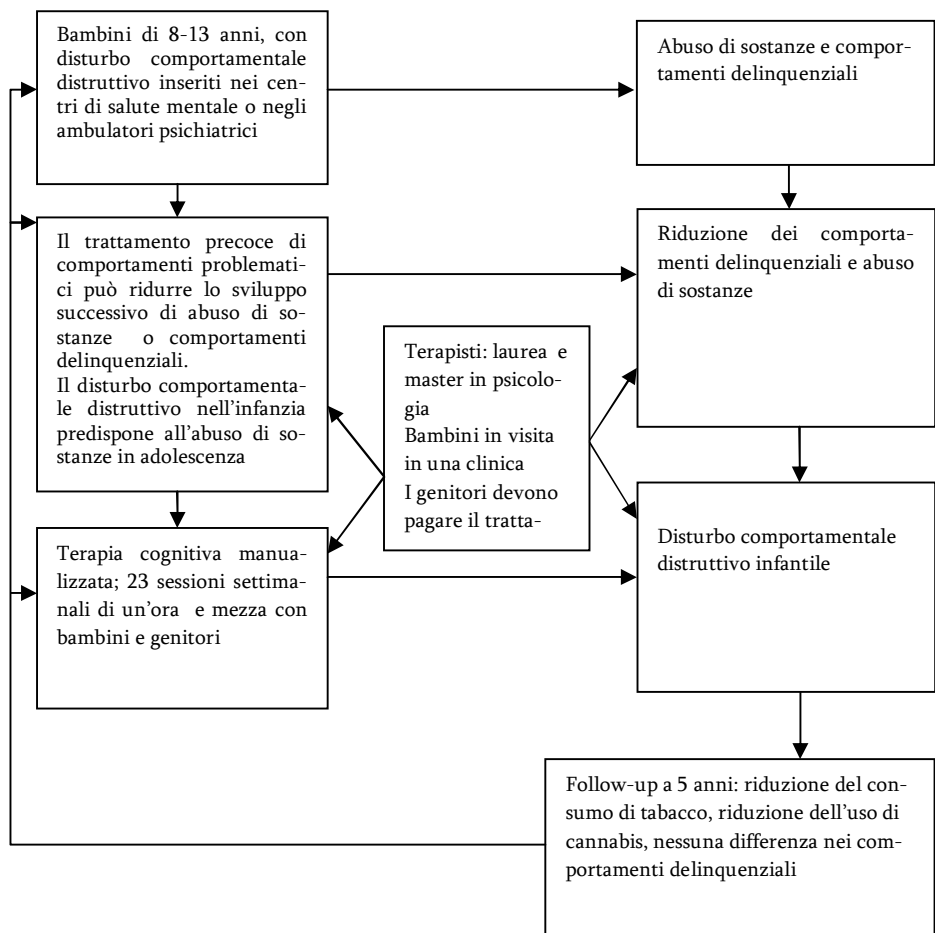
Modelli logici di programmi di prevenzione indicata in letteratura

186

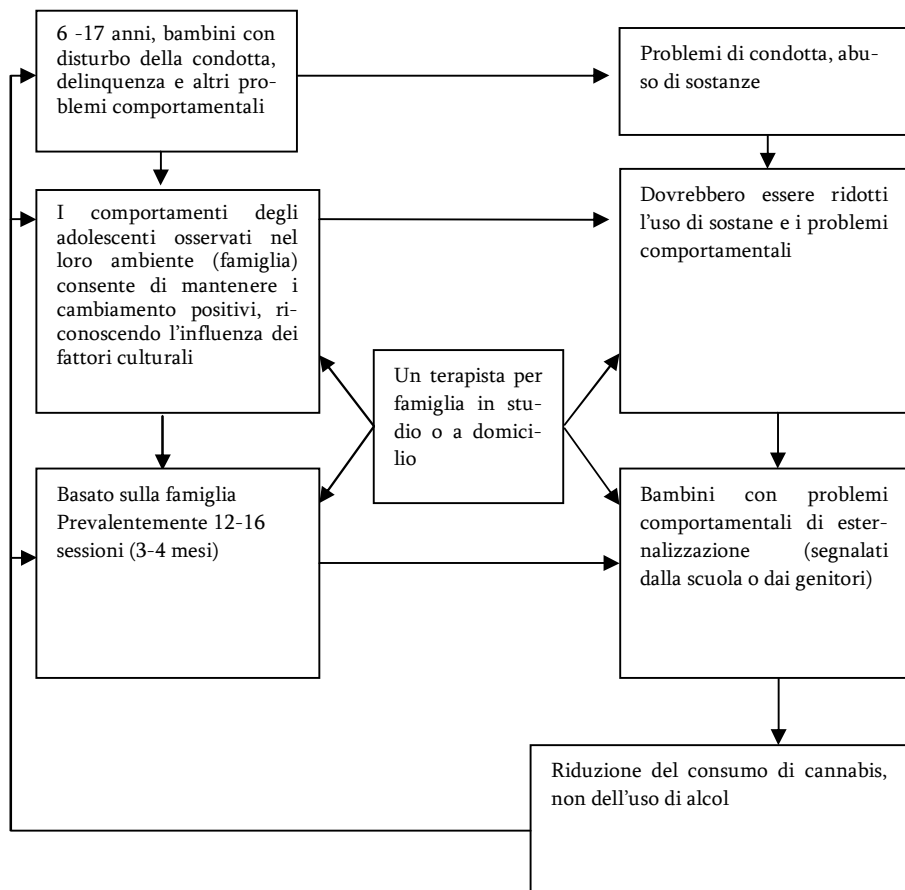


Preventure: Sully e Conrod (2006)

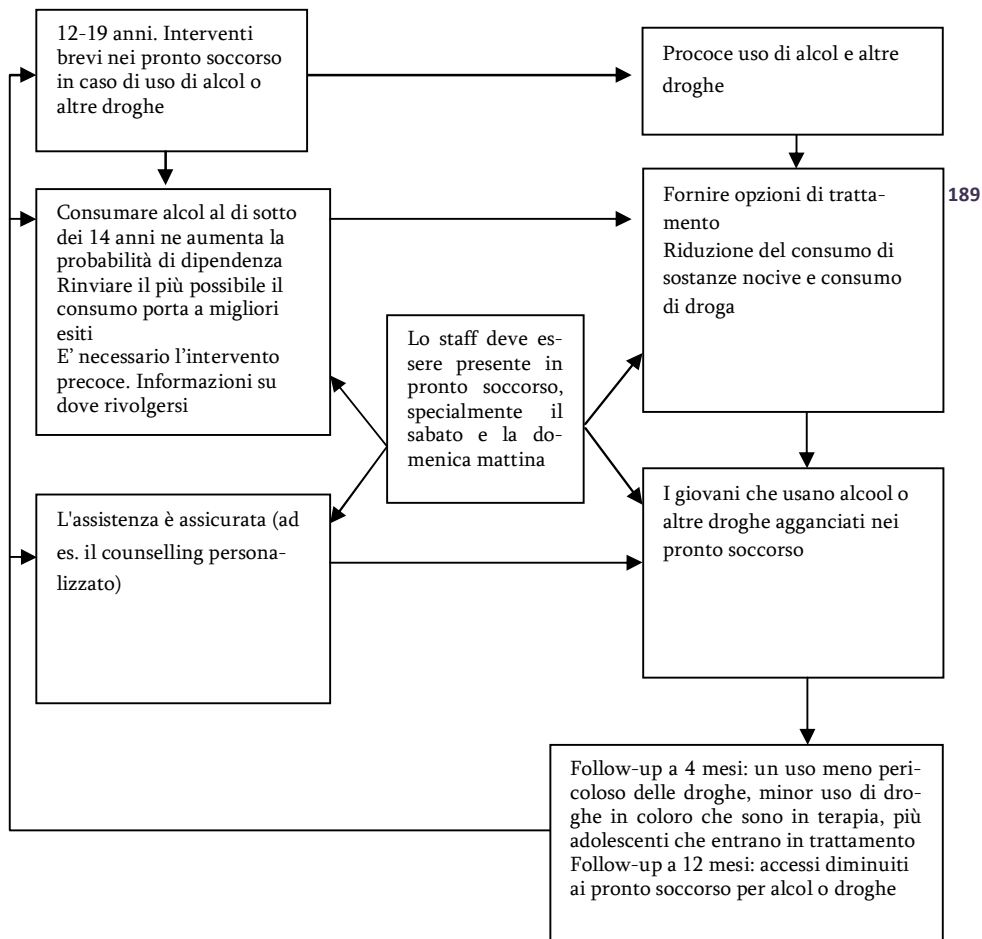
Livello 3



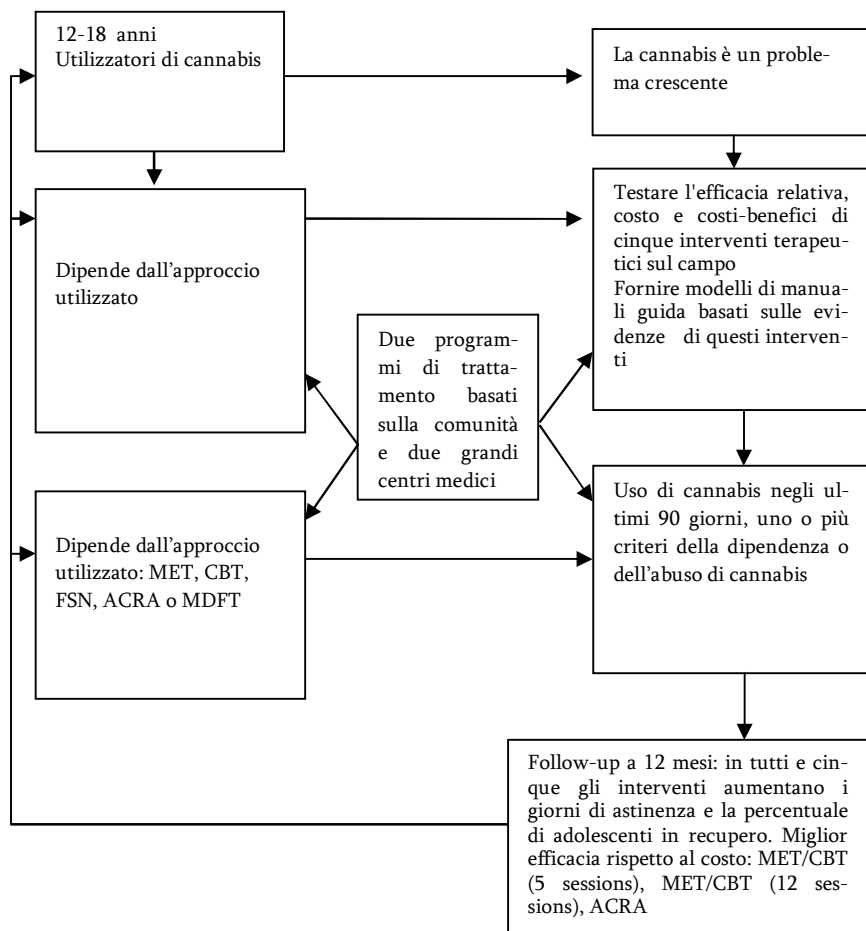
UCPP: Zonneville-Bender et al. (2007). Livello: 3



BSFT: Robbins et al. (2002), Santisteban et al. (2003). Livello: 3

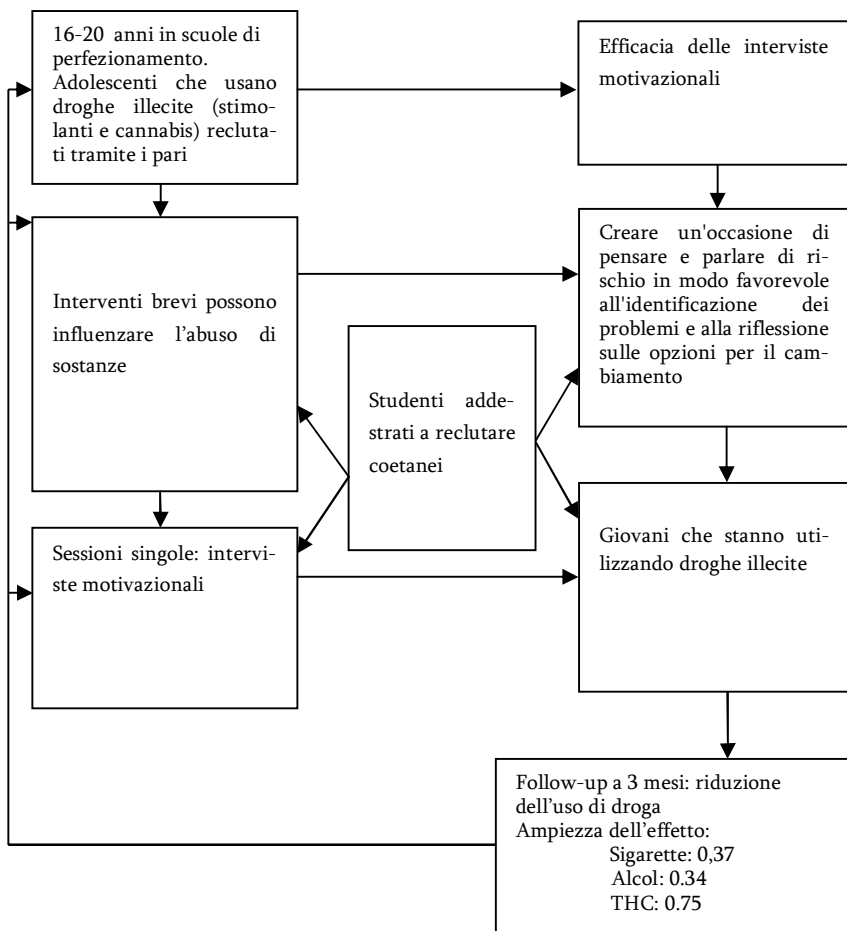


Tait et al. (2004) Livello: 3

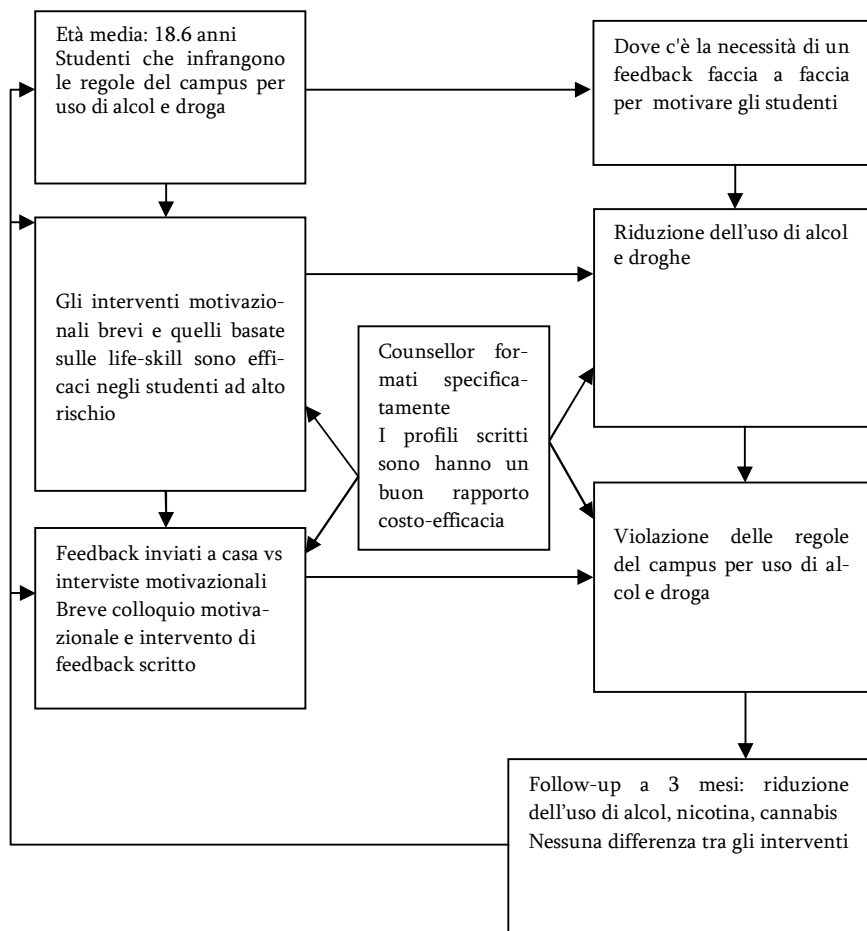


CYT (Cannabis Youth Treatment), Dennis et al. (2002, 2004b)

Livello: 3



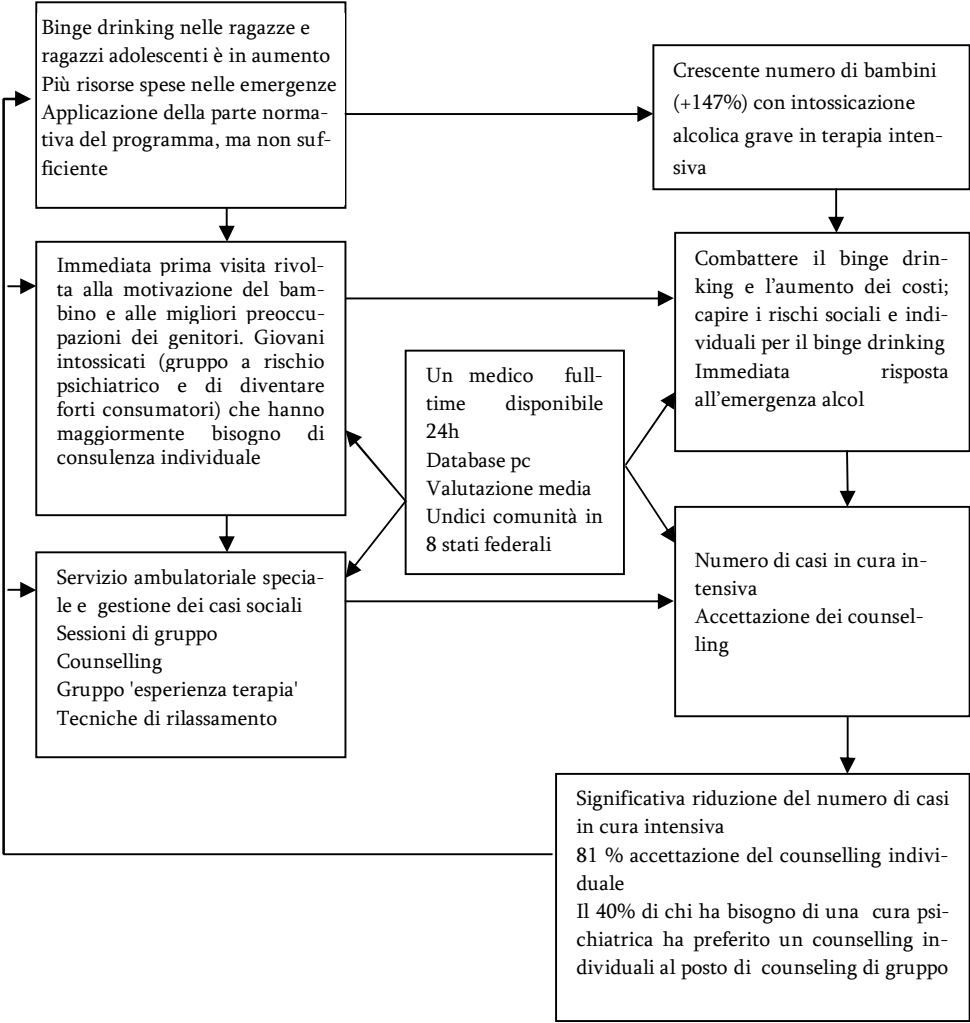
McCambridge e Strang (2004).
Livello 3

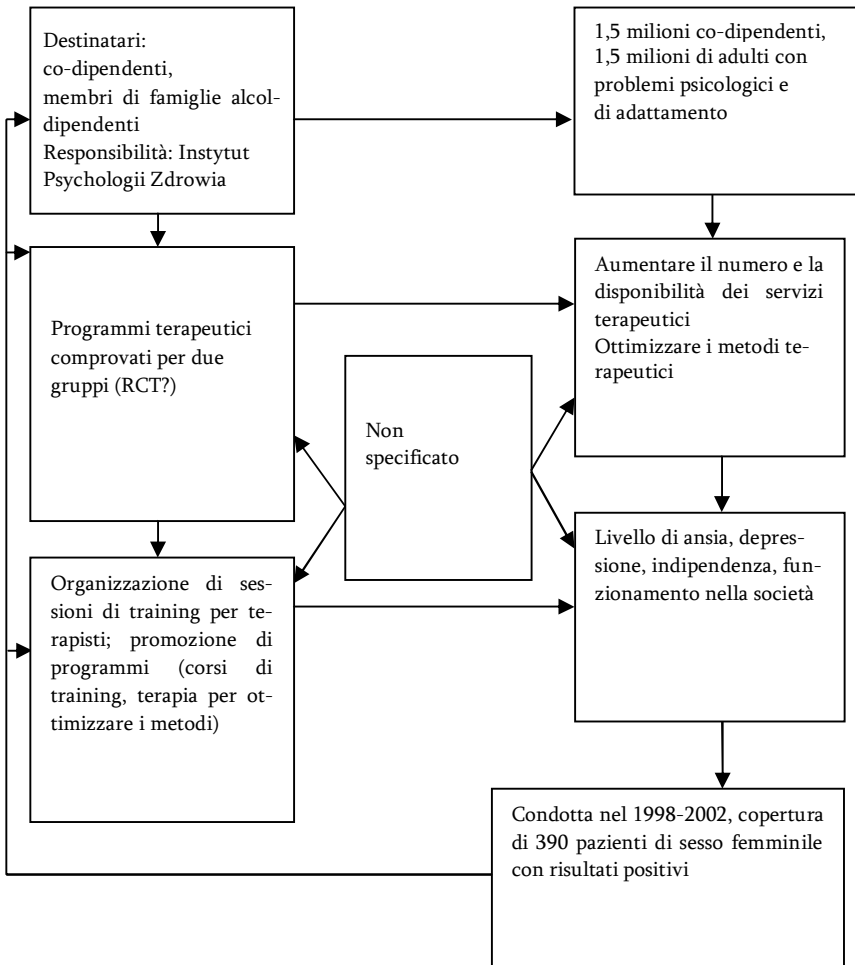


White et al. (2006)

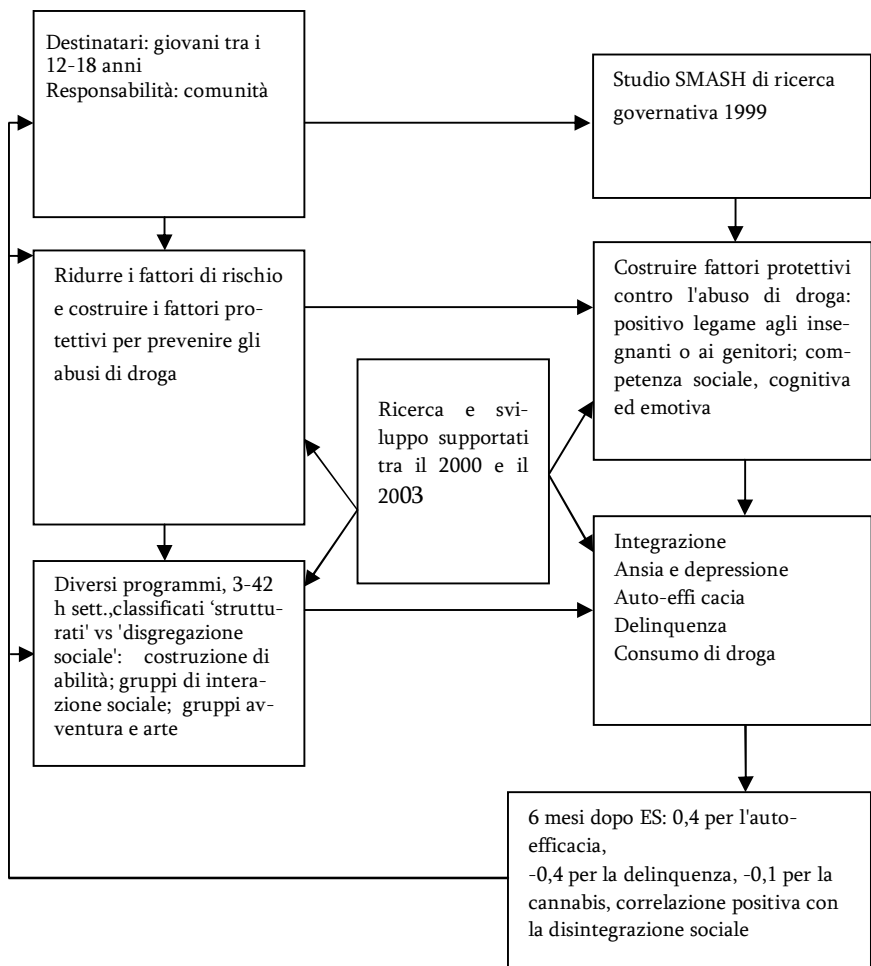
Livello 3

Modelli logici di programmi di prevenzione indicata segnalati dalle Agenzie Governative Europee



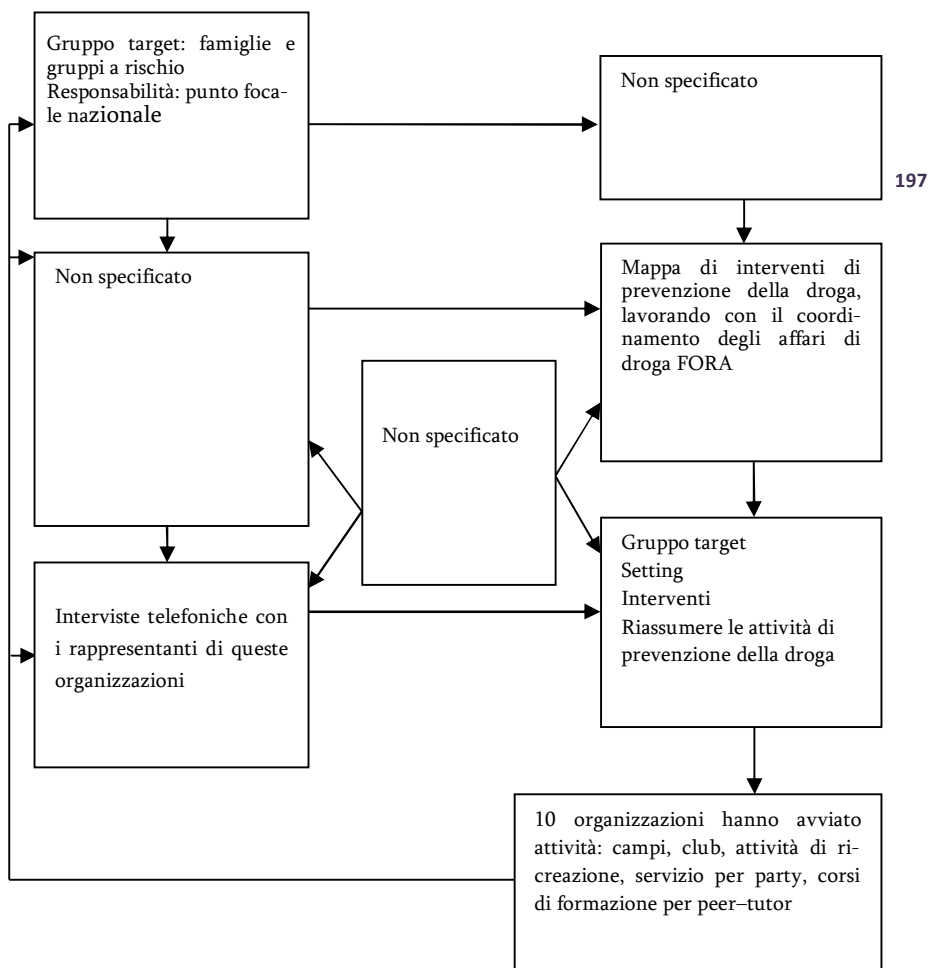


Polonia, 'Increasing the number and availability of therapeutic services for co-dependents and other members of alcohol-dependent families'. Livello 2

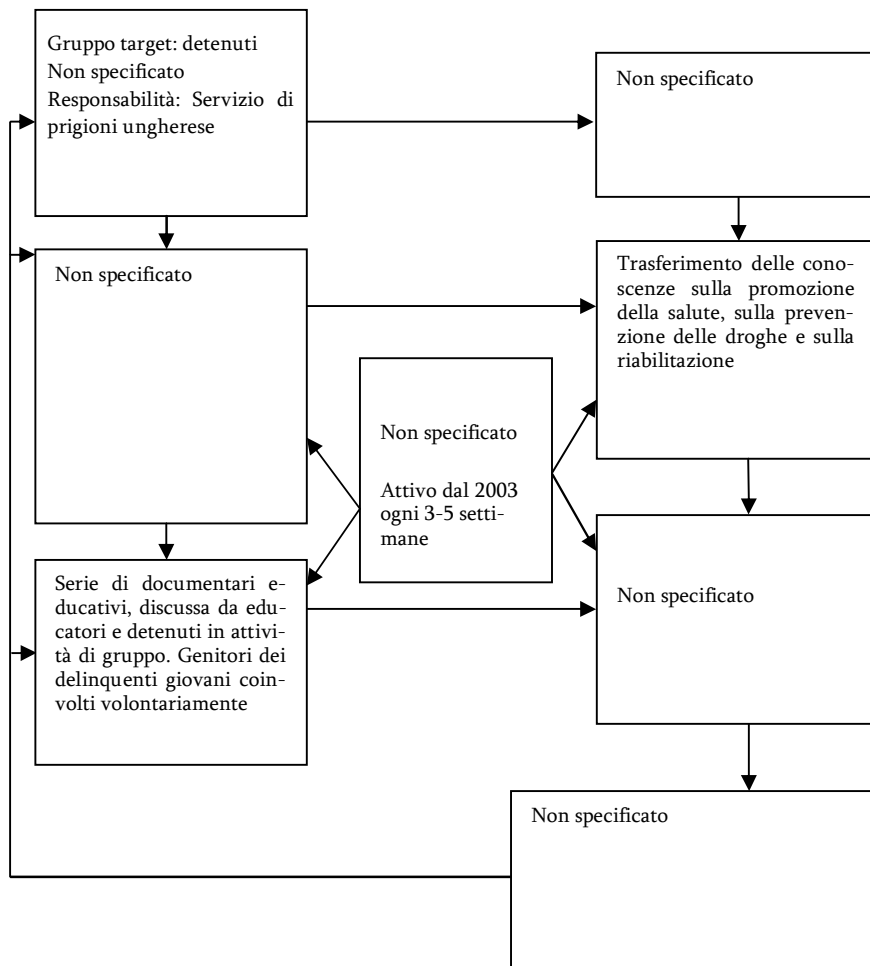


Svizzera, Supra_F
Livello 3

Repubblica Ceca, Children's day care (asili infantili)
Livello: nessun livello per le evidenze di efficacia

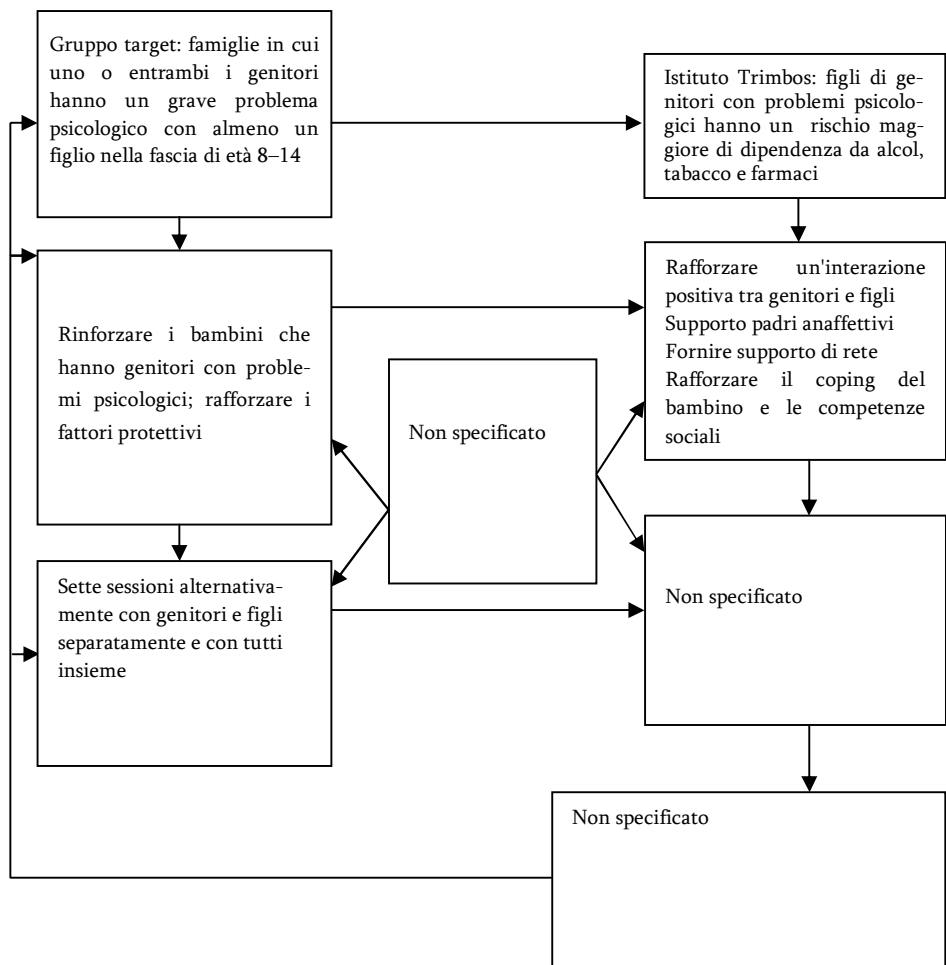


Ungheria: Tracing prevention for at-risk groups and family (Tracciatura prevenzione per gruppi e famiglie a rischio) Livello: nessun livello per le evidenze di efficacia



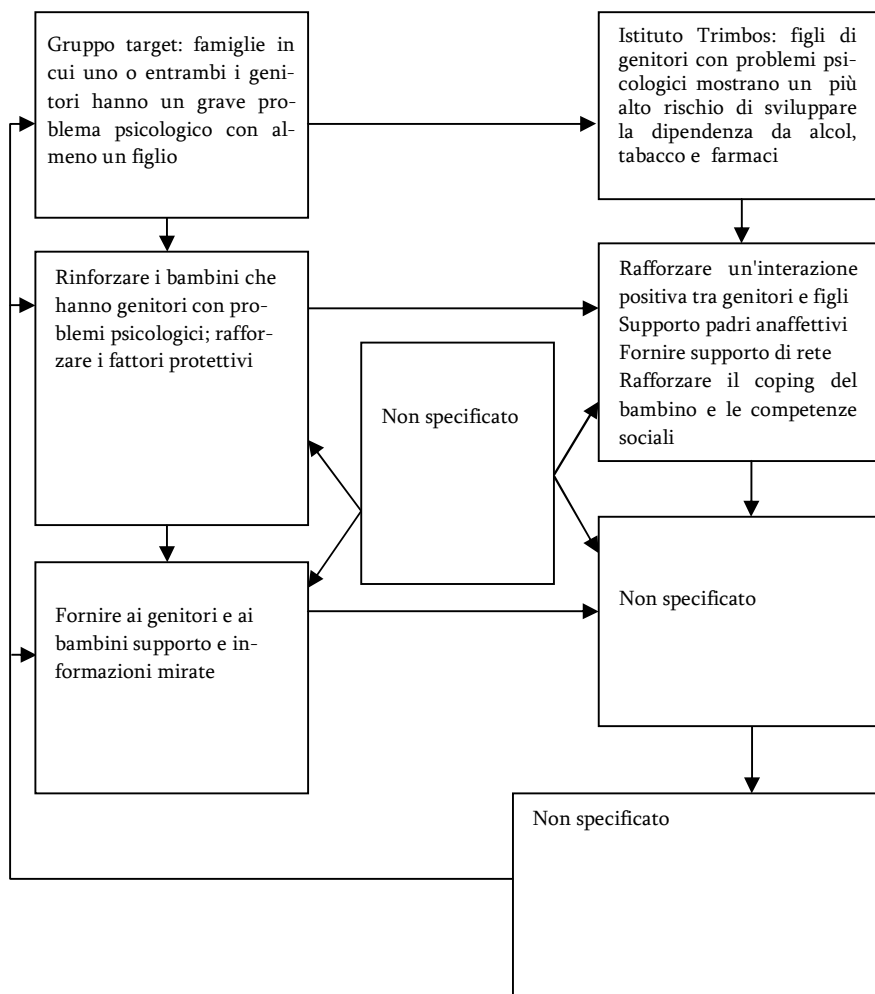
Ungheria: Prevention in prisons (prevenzione in carcere)

Livello: nessun livello per le evidenze di efficacia



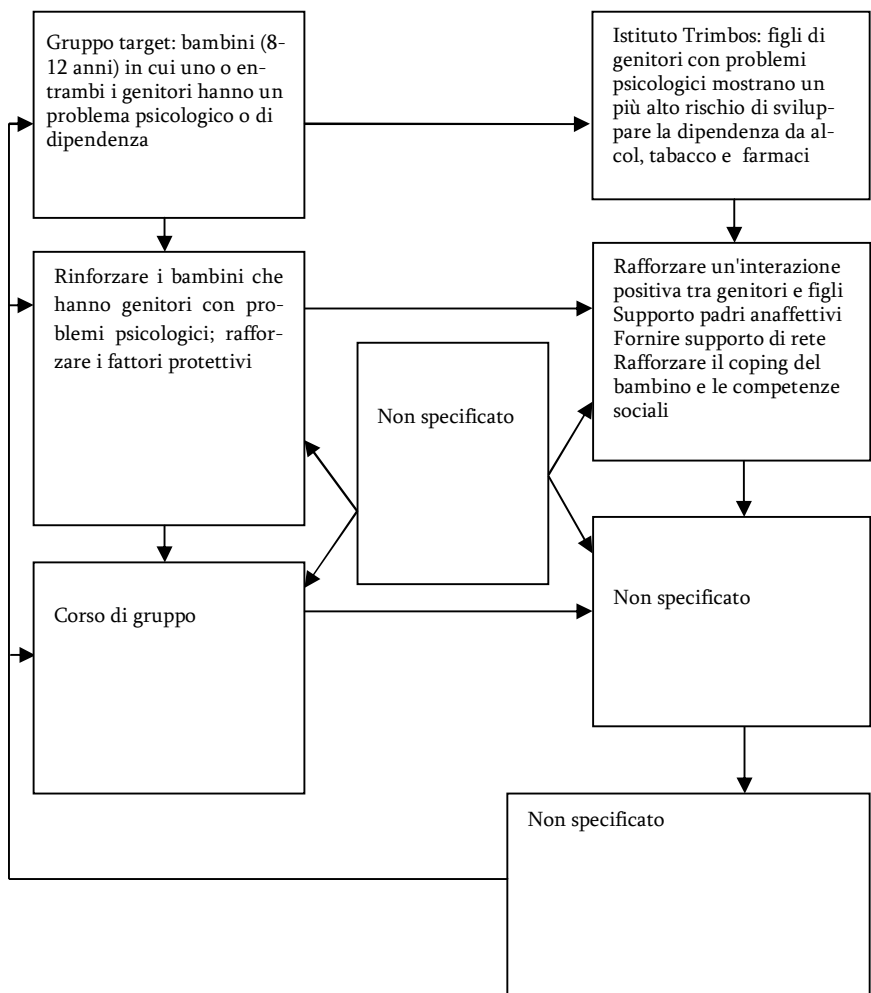
Olanda, Psycho-educational family intervention (Interventi psicoeducativi sulla famiglia)

Livello: nessun livello per le evidenze di efficacia



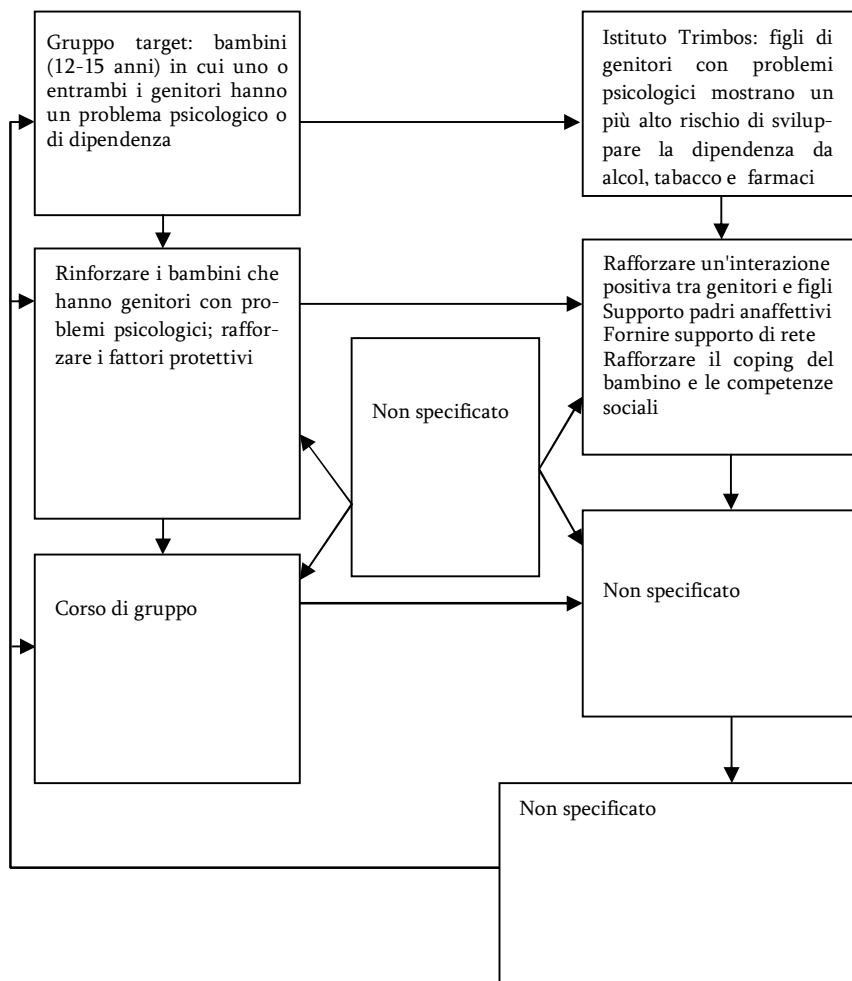
Olanda, Tailor-made prevention

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



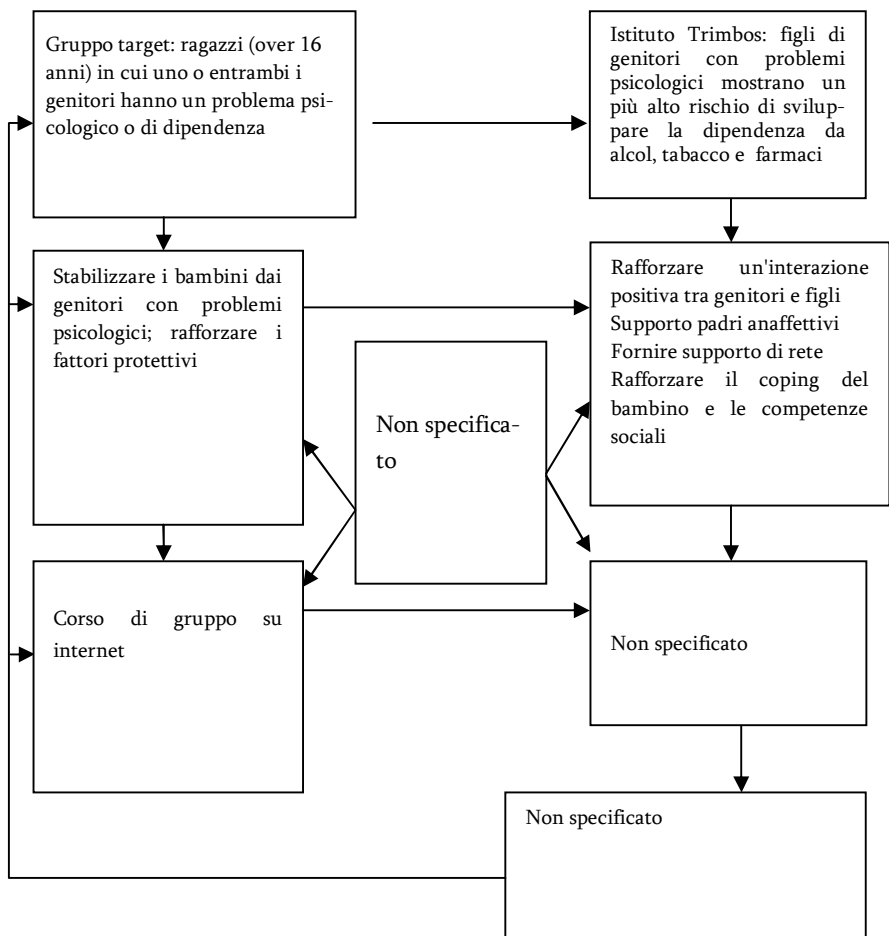
Olanda, Doing and talking group CPPP 8-12

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



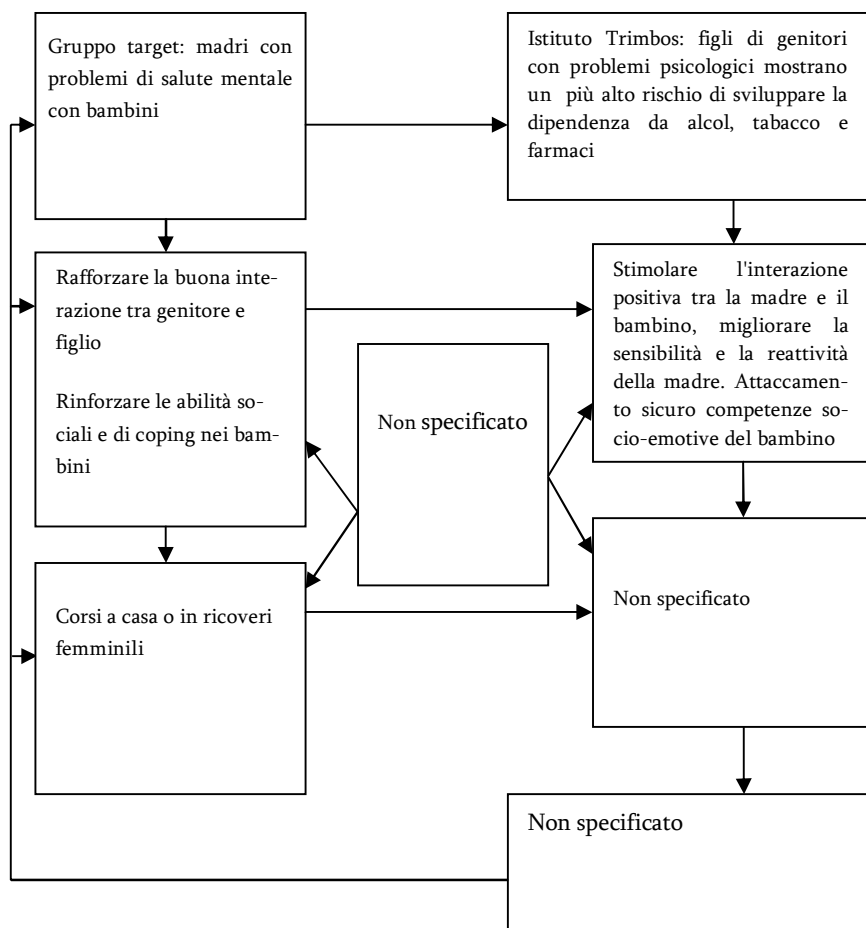
Olanda, Doing and talking group CPPP 12-15

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



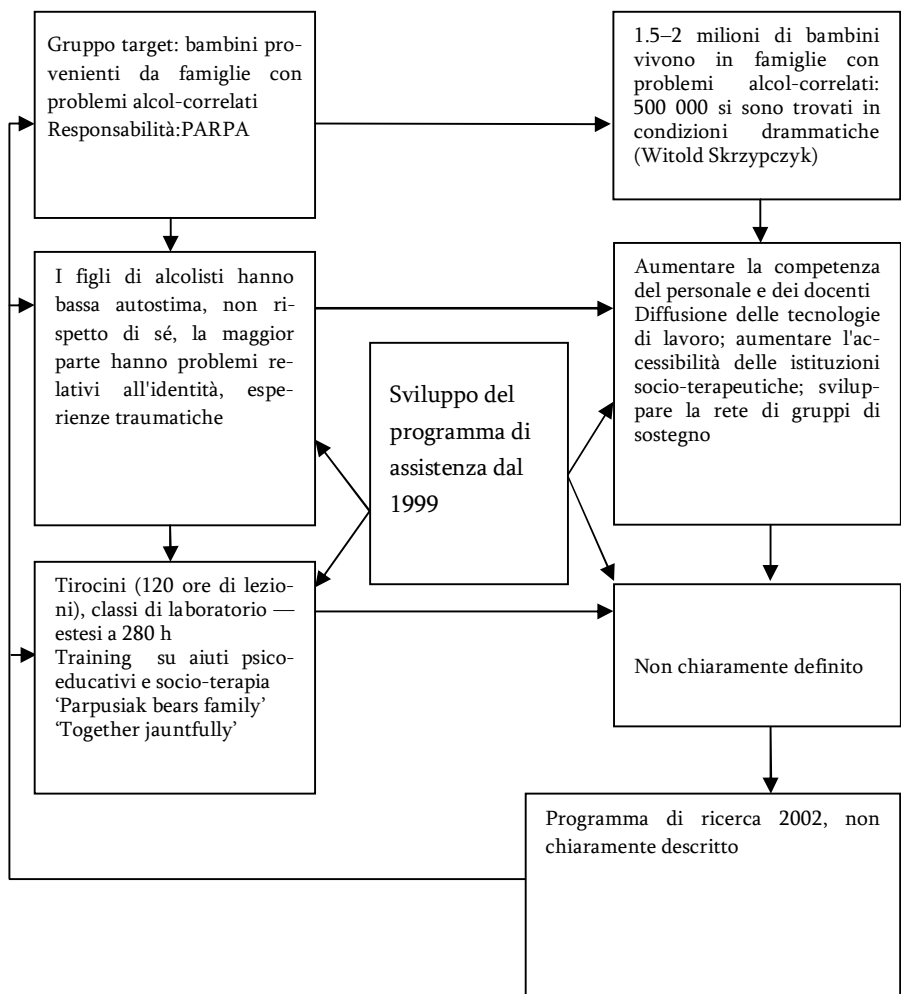
Olanda, Group course 16+ (Corso di gruppo 16+)

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



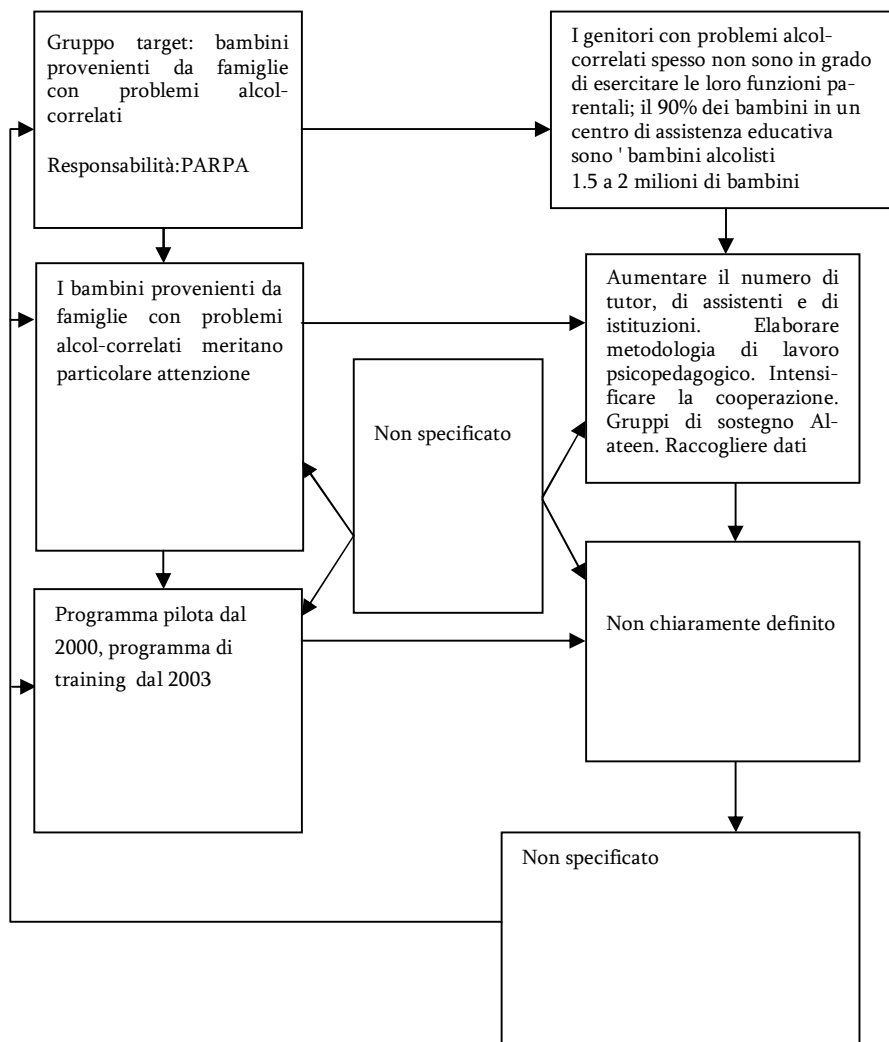
Olanda, Mother-baby intervention (Interventi madre-bambino)

Livello: nessun livello per le evidenze di efficacia



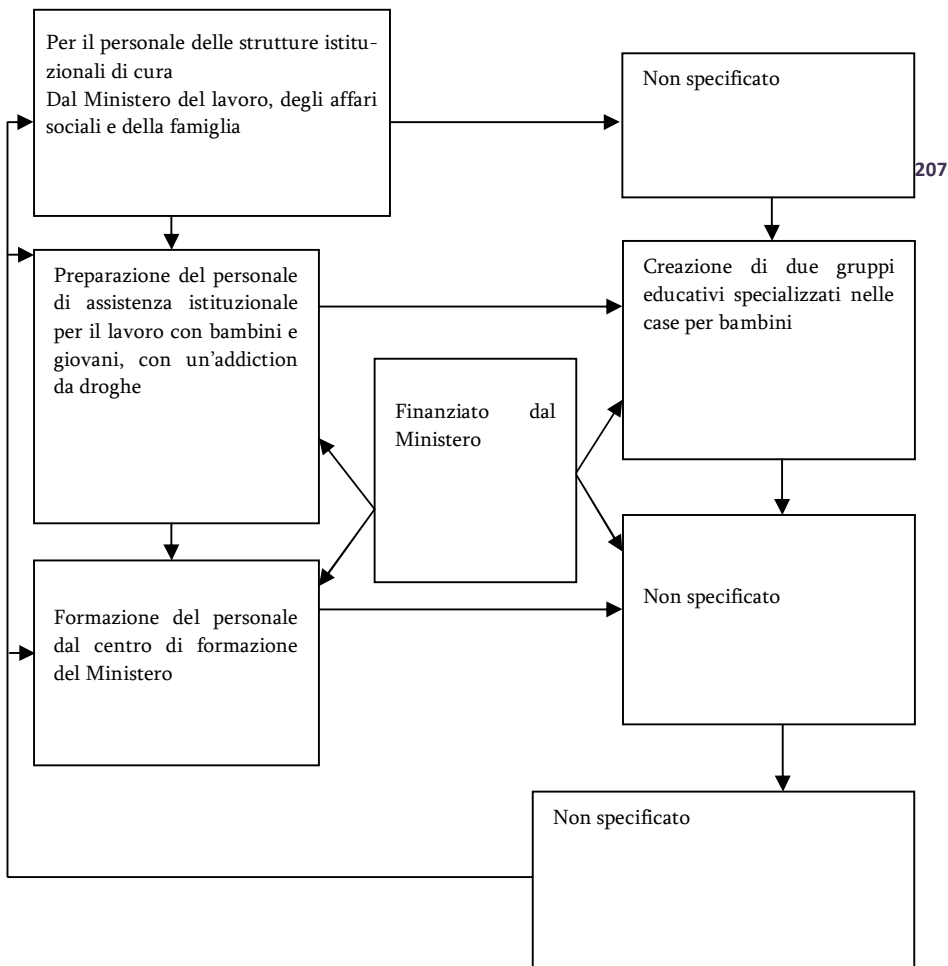
Polonia, Development of socio-therapeutic club rooms (sviluppo dei stanze-club socio-terapeutiche)

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



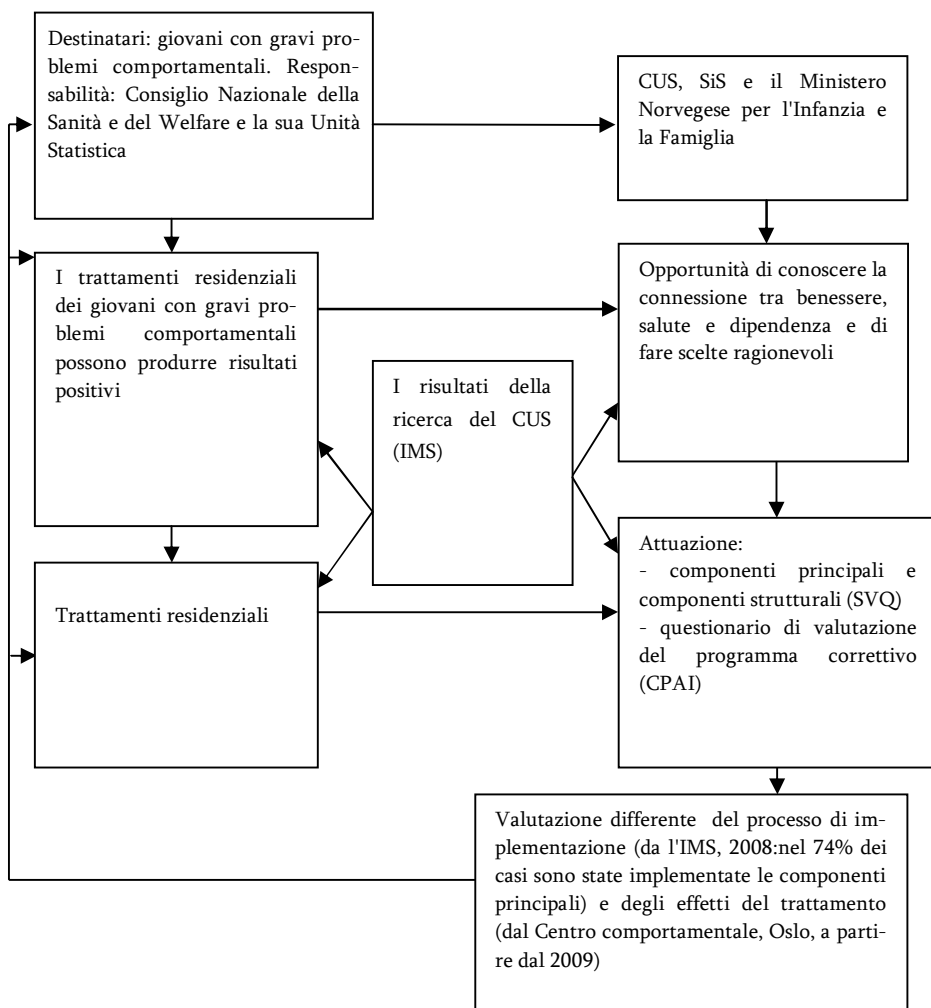
Polonia, Children coming from families who have alcohol-related problems, staying in care and educational centres (bambini provenienti da famiglie con problemi alcol-correlati inseriti in centri di cura e educativi)

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



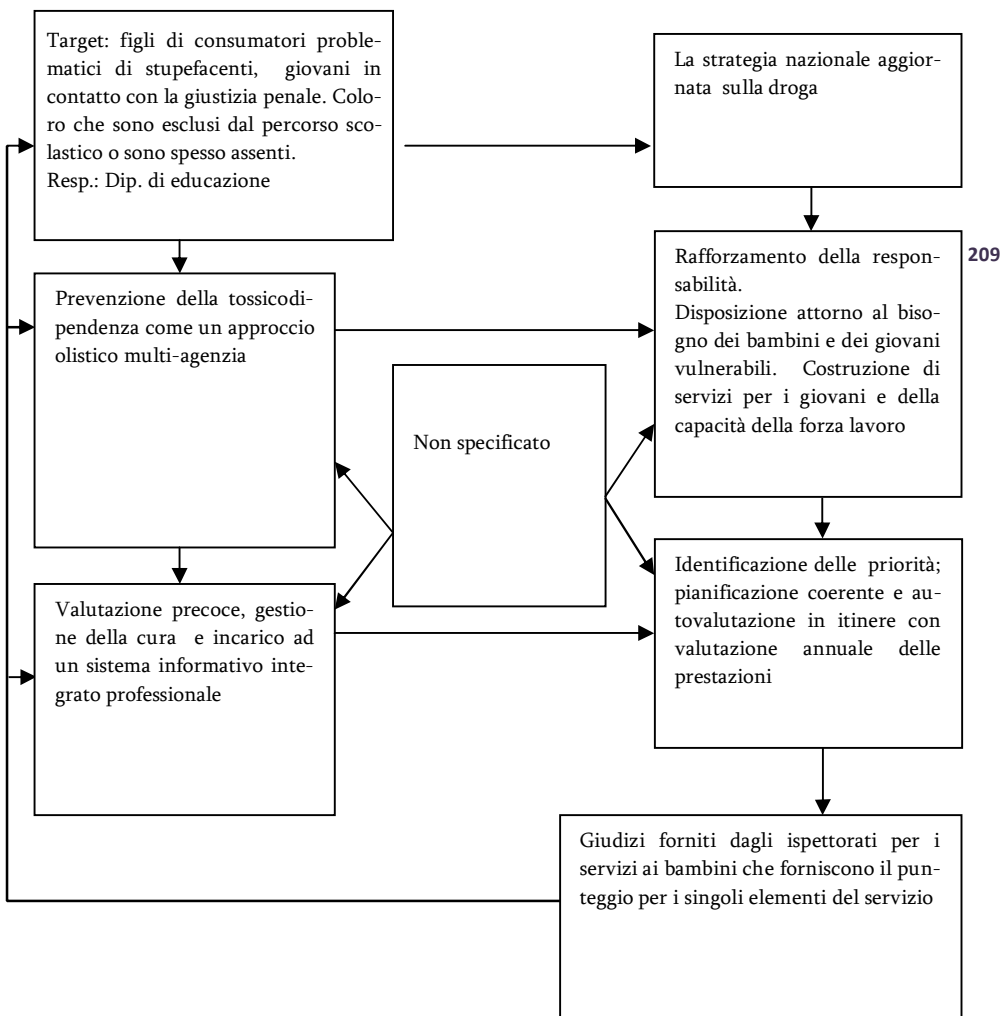
Slovacchia, Development of secondary and tertiary prevention of drug addiction among children in court-imposed institutional care (Sviluppo di programmi di prevenzione secondaria e terziaria nei bambini che hanno l'obbligo giuridico di stare in istituzioni di cura)

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



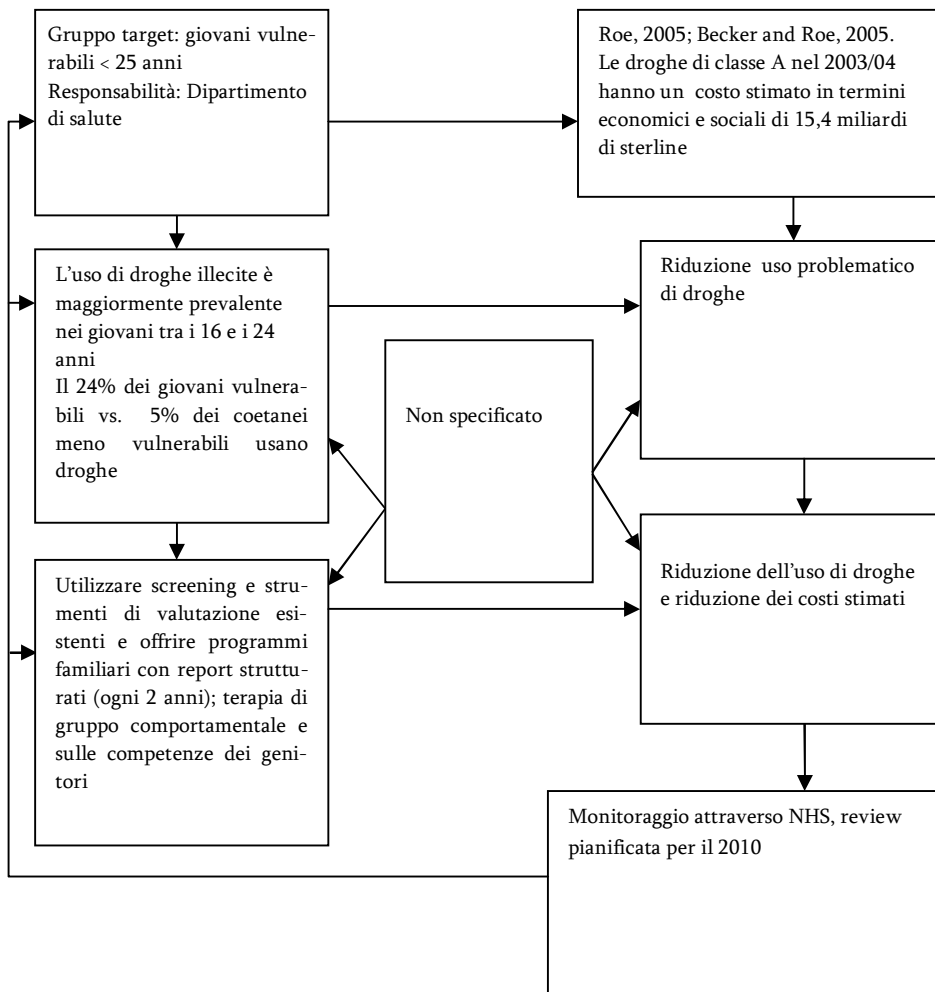
Norvegia e Svezia, Institutional model (MultifunC) (Modello istituzionale (Multifunzione C).

Livello: 1



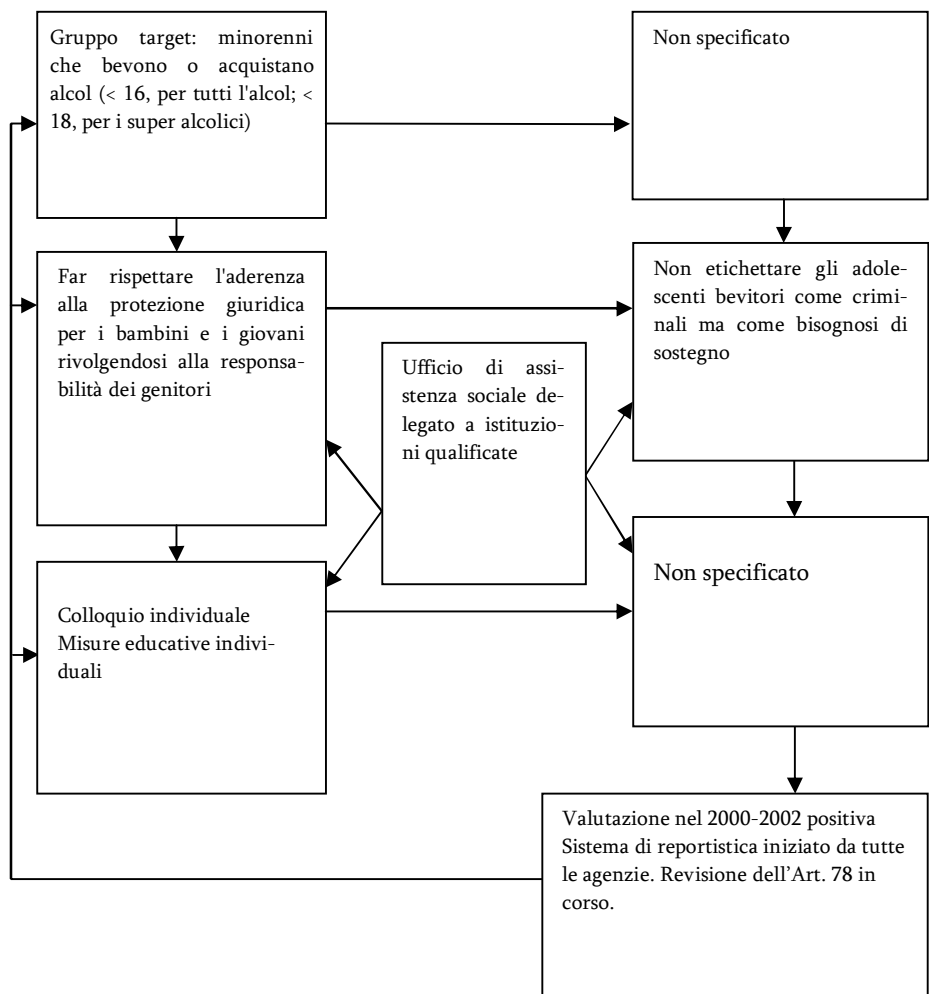
Regno Unito, Every child matters (Ogni bambino conta)

Livello: 1



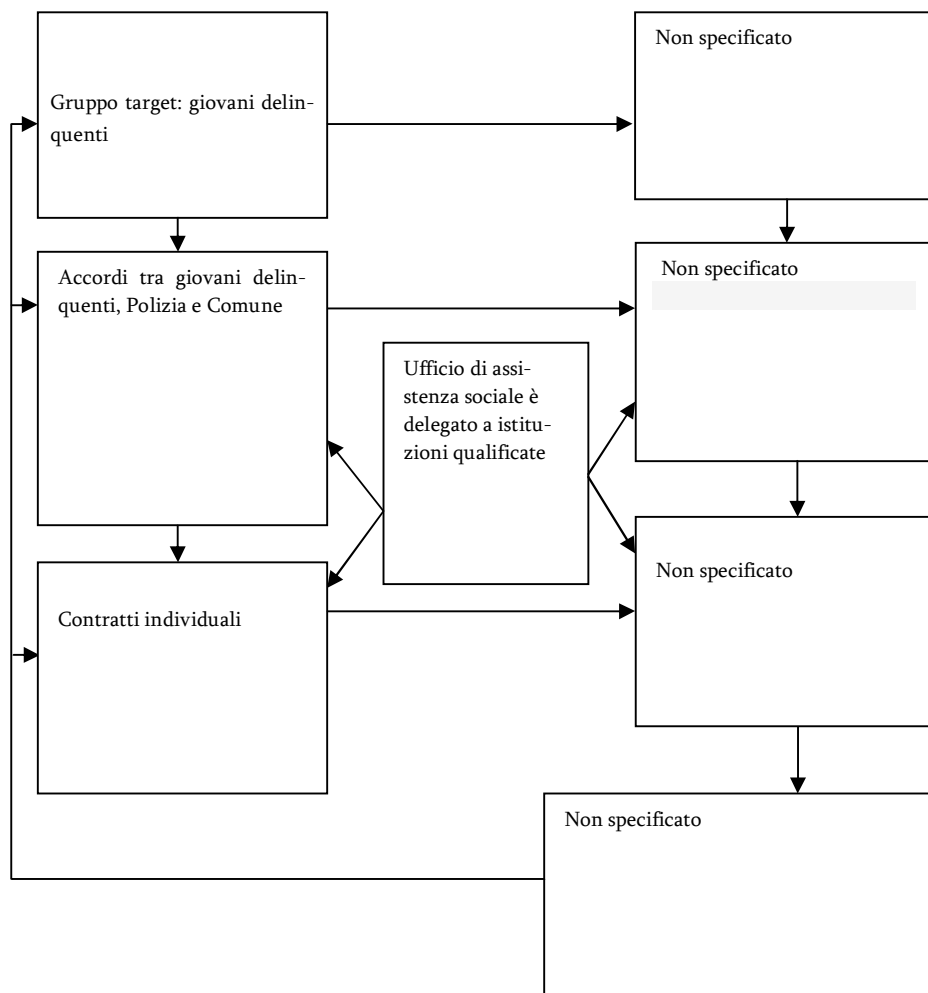
Regno Unito, Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantages children and young people (Interventi basati sulla comunità per ridurre l'abuso di sostanza tra bambini e giovani vulnerabili e svantaggi)

Livello: 1



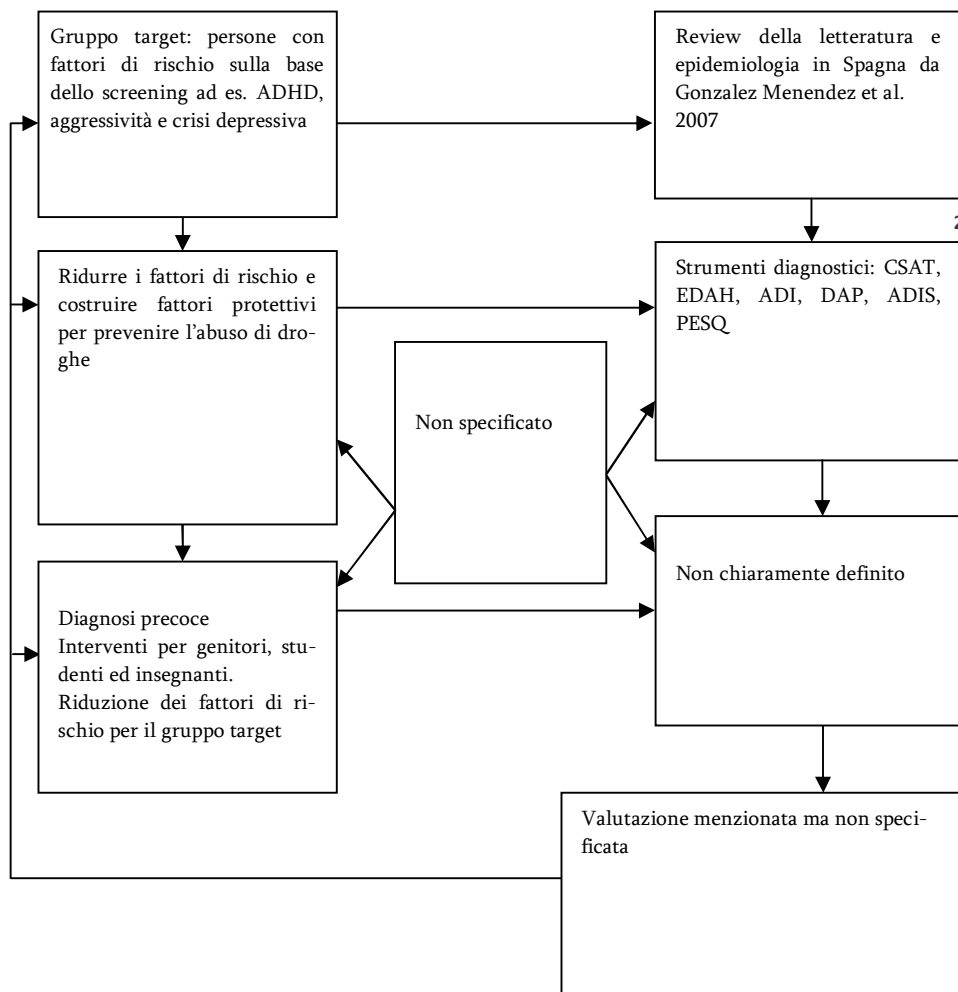
Liechtenstein, Educational intervention after violation of protection of minors rules (Intervento educativo dopo la violazione delle regole di protezione dei minori)

Livello: 1



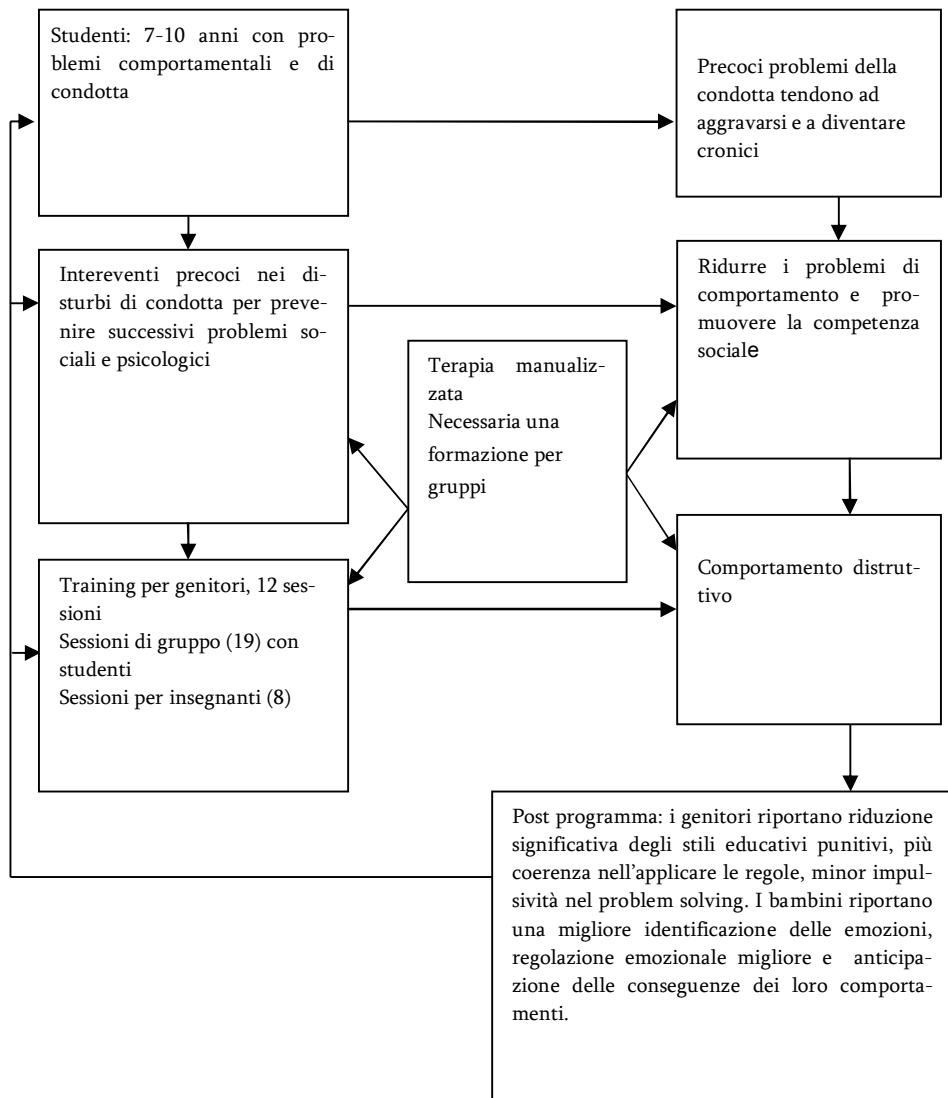
Norvegia, Juvenile contract (Contratti giovanili)

Livello: nessun livello per la valutazione delle evidenze di efficacia



Spagna, Early detection and treatment of adolescents at risk for addiction (La diagnosi precoce e il trattamento degli adolescenti a rischio di dipendenza).

Livello 1



Spagna, Empecemos. Multi-component intervention for behavioural problems in primary education) (Intervento multicomponente per problemi comportamentali in istruzione primaria).

Livello 3

L'EMCDDA

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea. Fondata nel 1993 e con sede a Lisbona, è la fonte centrale di informazioni complete sulle droghe e tossicodipendenza in Europa.

215

L'OEDT raccoglie, analizza e divulga informazioni fattuali, obiettive, affidabili e comparabili sulle droghe e sulle tossicodipendenze. In tal modo, fornisce al pubblico con un'immagine basata sull'evidenza del fenomeno della droga a livello europeo.

Le pubblicazioni dell'Osservatorio sono una fonte primaria di informazioni per una vasta gamma di interlocutori, fra cui i responsabili politici ed i loro consulenti, professionisti e ricercatori che lavorano nel campo delle droghe e, più ampiamente, i media e il pubblico in generale.

I saggi tematici dell' OEDT sono relazioni scientifiche su temi selezionati, basati su aspetti del fenomeno droga.

Le serie rendono disponibili i risultati della ricerca condotta dall'agenzia per un target di specialisti e professionisti nel campo delle droghe, tra cui scienziati, accademici e politici.

I Quaderni della Prevenzione sono un'iniziativa dell'Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze - OTDT del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASLMI2.

Quaderni della prevenzione:

N. 1 - Sintesi dei risultati della ricerca realizzata dal Progetto Religio

N. 2 - La prevenzione selettiva

N. 3 - I Centri di Aggregazione Giovanile dell'ASL Milano Due

N. 4 - Strumenti: EDDRA – Parte I°

N. 5 - La prevenzione nell'ASL Milano Due: i progetti (2009-2010)

Per avere una copia dei numeri arretrati, per segnalare nominativi di persone alle quali volete far pervenire i “Quaderni della prevenzione” o per eliminare il vostro nominativo dalla mailing list, potete inviare una richiesta utilizzando i riferimenti riportati sotto.

Tel. 0292654500

Fax: 0292654501

E-mail:

bertolini.elena@aslmi2.it

postadisalviati@gmail.com

