

CAPITOLO IV.3.

PROGETTO EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EUDAP)

IV.3.1 Introduzione

IV.3.2 Il programma “Unplugged”

IV.3.3 Metodo di valutazione

IV.3.4 Risultati

IV.3.5 Discussione

IV.3.6 Finanziamenti

IV.3.7 Bibliografia

PAGINA BIANCA

IV.3. PROGETTO EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EUDAP)

Fabrizio Faggiano^{1,2}, Maria Rosaria Galanti³, Federica Vigna-Taglianti^{1,2}, Luca Cuomo², Leila Fabiani⁴, e il Gruppo Studio EU-Dap

(1) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Avogadro, Novara

(2) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze – OED Piemonte, Grugliasco (TO)

(3) Dept. of Medicine, Clinical Epidemiology Unit, Karolinska Institutet, Sweden

(4) Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, , Università de L'Aquila

IV.3.1 Introduzione

L'abuso di sostanze, compresi il tabacco, le droghe e l'alcol, è attualmente il più rilevante problema di salute tra i giovani nei paesi sviluppati, essendo responsabile del 20% delle morti e del 22% degli anni di vita persi (Single 2000). Data la natura di brain disease della dipendenza, l'intervento dotato di maggiore efficacia teorica è la prevenzione (Leshner 1997). Dal momento che quattro consumatori su cinque iniziano l'uso di sostanze prima di avere raggiunto l'età adulta, l'età scolare rappresenta il momento più appropriato per intervenire. Un programma preventivo effettuato nel contesto scolastico può inoltre raggiungere un numero significativo di studenti ogni anno, con un'elevata partecipazione in quanto offerto all'interno del curriculum scolastico (UNICRI 2003).

Nell'ultimo decennio però la prevenzione dell'uso di sostanze fra i giovani è stata dibattuta con toni spesso di aperto scetticismo, in particolare per ciò che riguarda l'efficacia di interventi di prevenzione primaria a livello scolastico (Gorman 2005). Nonostante a partire dagli anni '80 fosse stata sviluppata una nuova generazione di programmi basati su teorie quali la social influence (Flay 1985, Bruvold 1993) che aveva generato un qualche ottimismo, la maggior parte degli interventi non reggeva ad una rigorosa valutazione di efficacia.

A partire dagli anni '90 è stato possibile analizzare i diversi studi valutativi in modo aggregato, attraverso metanalisi e reviews. I numerosi studi randomizzati e controllati che hanno valutato l'efficacia di programmi di prevenzione scolastici per l'uso di tabacco, droghe ed alcol sono stati sintetizzati dapprima da Tobler (2000) e quindi più recentemente da alcune revisioni Cochrane (Thomas 2004, Foxcroft 2004, Faggiano 2005). I risultati di queste revisioni hanno messo in luce la totale assenza di efficacia degli interventi basati sulle conoscenze e la maggiore efficacia dei programmi basati sullo sviluppo di capacità di resistenza, abilità generali e sociali (programmi skill-based) rispetto a quelli "affettivi"; in particolare, viene stimata una riduzione di circa il 30% dell'uso di cannabis tra gli studenti che hanno ricevuto interventi di tipo skill-based rispetto a quelli che hanno ricevuto il normale curriculum.

Un limite di questi studi è il fatto che la maggior parte dei programmi valutati sono stati condotti in Nord America, dove le caratteristiche socio-culturali, il contesto sociale e familiare, la struttura e l'organizzazione scolastica non corrispondono a quelle dei Paesi Europei. Un recente articolo ha messo in evidenza le difficoltà metodologiche e di disseminazione dei programmi skill-based americani in un contesto Europeo (Ashton 2003). Un altro limite è il fatto che molti studi valutativi presentano seri problemi metodologici (selezione di particolari scuole, perdite al follow-up, campioni di popolazione troppo piccoli, analisi di efficacia non basata sul comportamento ma su variabili intermedie). La mancanza di programmi valutati in Europa rende difficile lo sviluppo di politiche di prevenzione basate su prove di efficacia, e giustifica in parte la variabilità delle pratiche di prevenzione che in Europa è eccezionale, non solo da paese a paese, ma anche all'interno dello stesso paese (Gregor Burkhart, EMCDDA,

**Limiti degli studi
valutativi**

comunicazione personale).

Ciò determina un quadro ancora mai descritto in dettaglio a livello nazionale, dalle conseguenze sconosciute. Se infatti la diffusione di programmi inefficaci, come ad esempio quelli informativi, determina “soltanto” uno spreco di risorse, sono ben conosciuti in letteratura scientifica programmi che appaiono teoricamente fondati e dotati di tutte le caratteristiche di qualità, ma che hanno sortito effetti dannosi: ad esempio il programma Life Education in Australia ha aumentato l’uso di sigarette, di alcool e di altre sostanze di più del 50% fra gli studenti a cui è stato offerto (Hawthorne 2006), rispetto ai controlli, ed è recentissima la pubblicazione dei risultati di un programma prodotto dal NIDA negli USA, denominato Take Care of Your Life, che aumenta significativamente il consumo di tabacco e alcool (Sloboda 2009).

EU-DAP è il primo progetto multicentrico europeo finalizzato alla elaborazione di un programma di prevenzione science based dell’iniziazione dell’uso di droghe, fumo e dell’abuso di alcool, e alla sua valutazione scientifica. Il progetto è stato promosso dall’Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - OED Piemonte, con le Università del Piemonte Orientale e di Torino, è finanziato dalla Commissione Europea ed è condotto in collaborazione con 7 Paesi Europei e con l’EMCDDA. I Paesi europei coinvolti sono stati: Svezia, Belgio, Germania, Austria, Spagna, Grecia, Italia.

EU-DAP

L’intervento di prevenzione è stato concepito specificamente per le scuole europee, ed è basato sulla somministrazione di un programma skill-based interattivo.

IV.3.2 Il programma “Unplugged”

Il programma scolastico, denominato Unplugged nella versione internazionale in lingua inglese (www.eudap.net), è stato progettato da un gruppo internazionale di psicologi, esperti in scienze del comportamento e in sanità pubblica, nel corso di un intenso lavoro durato 15 mesi. E’ mirato alla fascia di età 12-14 anni e consiste di 3 parti: la prima è finalizzata al miglioramento delle conoscenze sui rischi dell’uso di tabacco, alcol e droghe e allo sviluppo di un atteggiamento non favorevole alle sostanze; la seconda si concentra sulla consapevolezza e sul consolidamento delle competenze interpersonali (life skills), tra cui la comunicazione efficace e l’empatia; la terza ha lo scopo di sviluppare abilità intrapersonali, come per esempio il problem solving e la capacità di prendere decisioni. In generale le sue caratteristiche sono:

- l’adozione di un modello basato sull’influenza sociale globale (comprehensive social influence) (Sussman 2004), che include un equilibrata miscela di apprendimento di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erranee riguardanti la diffusione e l’accettabilità dell’uso di sostanze psicotrope (il normative belief);
- la sua composizione in 12 unità modulari, ciascuna della durata approssimativa di un’ora scolastica, con la seguente struttura generale: introduzione e formazione del gruppo-classe, dichiarazione degli obiettivi formativi, attività centrale (spesso un gioco interattivo o un gioco di ruoli), riflessione e chiusura. Le unità modulari sono adattabili a qualsiasi schema scolastico, anche se la raccomandazione è di condurle con cadenza preferibilmente settimanale;
- la costruzione delle unità segue i suggerimenti della teoria cognitivo-comportamentale che prevede l’uso di metodologie interattive, quali il role play, il brain storming e le discussioni di gruppo;

- la possibilità di essere condotto da un insegnante di qualsiasi materia della scuola dell'obbligo, previa formazione all'uso di metodi interattivi. La formazione degli insegnanti, nella fase sperimentale del programma, è stata condotta da un unico esperto in ogni centro nazionale, che aveva a sua volta frequentato una formazione congiunta a livello internazionale.

Per capire se l'efficacia del programma scolastico potesse essere incrementata qualora oltre alle lezioni in classe si fossero coinvolti i genitori o si fossero aggiunte attività interne condotte da compagni di scuola, in alcune delle scuole designate per l'intervento si sono aggiunti dei seminari serali per genitori oppure delle sessioni di discussione fra compagni di classe, condotte da un paio di essi appositamente formati allo scopo.

IV.3.3 Metodo di valutazione

Per valutare se l'intervento è in grado di raggiungere i suoi obiettivi è stato scelto un disegno dello studio a *cluster* randomizzato e controllato: nonostante l'individuo resti l'unità di analisi, l'intera scuola è assegnata in modo random ai gruppi di intervento o di controllo. Criteri di eleggibilità per le scuole erano: avere almeno due classi di livello considerato per lo studio (in Italia prima classe superiore), non avere in atto programmi per la prevenzione dell'uso di droghe e aver espresso la disponibilità a partecipare. Le scuole eleggibili sono state randomizzate in 3 gruppi di intervento (curriculum base, curriculum dei pari, curriculum genitori) e 1 gruppo di controllo (abituale curriculum scolastico). Tutte le classi della scuola sono state assegnate al braccio di intervento risultato dalla randomizzazione. Per ulteriori dettagli sui metodi della valutazione si vedano (Galanti 2007, Faggiano 2007 e Faggiano 2008).

Gli insegnanti delle scuole coinvolte sono stati invitati ad una formazione di 2.5 giorni e sono stati assistiti nello svolgere il programma Unplugged nelle loro classi.

I comportamenti oggetto dello studio (uso di sigarette, uso e abuso di alcool, uso di droghe) sono stati rilevati al baseline (un mese prima dell'avvio del programma di intervento) e a 3 diversi follow-up (alla fine del primo anno scolastico dopo la conclusione del programma di intervento, alla fine del secondo e alla fine del terzo). I dati sono stati rilevati con questionari anonimi, dotati di un codice personale autogenerato dagli stessi ragazzi. Il questionario raccoglie informazioni relative alla frequenza dell'uso di tabacco, droghe ed alcool, così come altre informazioni quali dati socio-demografici, dati sulle conoscenze delle sostanze stupefacenti, e dati relativi al contesto sociale, alla famiglia, al clima scolastico, alle percezioni e alle intenzioni di uso. Per quanto riguarda i comportamenti in studio, sono state misurate le frequenze di uso di tabacco, di cannabis e la frequenza di ubriacature (considerata dalla letteratura internazionale come migliore predittore dell'abuso di alcool nell'età adulta rispetto al consumo di alcool - Scheier 2001) negli ultimi 30 giorni, nell'ultimo anno e nella vita. La maggior parte delle domande del questionario sono derivate o adattate da quelle del database EDDRA (www.emcdda.europa.org).

La popolazione al baseline era costituita da 7079 studenti. Tra questi, 3547 erano inclusi in uno dei tre gruppi d'intervento e 3532 nel gruppo di controllo.

Il consumo di sostanze nei quattro bracci dello studio è stato analizzato con un modello di regressione Multi Level che tiene conto del disegno dello studio con campionamento a cluster, e delle differenze nell'uso rilevate al baseline tra i centri e i diversi bracci di intervento. Sono qui presentati i risultati relativi al primo anno di follow-up (Faggiano 2008) e i risultati preliminari del secondo anno, attualmente in pubblicazione. I risultati sono presentati come Odds Ratio (OR), che corrispondono a Rischi relativi, e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

IV.3.4 Risultati

La Tabella IV.3.1 riporta alcune caratteristiche del campione in studio al *baseline*, comprese le prevalenze dei comportamenti in studio almeno una volta nella vita. Il 15,5% degli studenti poi ha dichiarato di aver fumato sigarette negli ultimi 30 giorni, il 6,4% di aver fumato quotidianamente. Negli ultimi 30 giorni, il 3,8% degli studenti ha fumato cannabis, il 6,7% si è ubriacato almeno una volta. Tra i 14enni tutti i comportamenti in studio hanno una prevalenza maggiore: il 28,8% ha fumato almeno una sigaretta, e la percentuale di fumatori quotidiani è del 13,3%; l'11,6% si è ubriacato almeno una volta mentre il 3,7% lo fa regolarmente; l'8,4% degli studenti ha fumato cannabis almeno una volta negli ultimi 30 giorni, ed il 5,3% lo fa regolarmente.

Tabella IV.3.1: Campione degli alunni partecipanti allo studio multicentrico EU-DAP

GRUPPO SPERIMENTALE	Intervento	Controllo	Totale	
	(n=3547)	(n=3532)	N	(n=7079)
	%	%		%
Sesso				
Maschi	52,5	51,5	3.679	52,0
Femmine	46,0	46,9	3.289	46,5
Manca informazione sul sesso	1,5	1,6	111	1,6
Età in anni *				
12	25,6	28,8	1.924	27,2
13	38,5	31,4	2.474	34,9
14	35,9	39,8	2.681	37,9
Almeno una volta nella vita:				
ha usato tabacco	33,9	35,9	2.469	34,9
si è ubriacato	23,5	24,7	1.704	24,1
ha usato cannabis	7,6	8,9	583	8,2

* Età* mediana della classe
Fonte: Progetto EU-Dap

Alla fine del primo anno scolastico in cui è stato somministrato Unplugged, gli studenti appartenenti alle scuole dei bracci di intervento mostrano una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente (RR=0,70, IC95% 0,52-0,94), una riduzione di probabilità del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol (RR=0,69, IC95% 0,48-0,99) e una riduzione di probabilità del 23% di fare uso di cannabis (RR=0,77, IC95% 0,60-1,00) (Tabella IV.3.2).

Tabella IV.3.2: Principali risultati dello studio multicentrico EU-DAP: rischi relativi di prevalenza dei principali comportamenti oggetto dell'intervento al follow-up di 1 anno e a quello di 2

Ultimi 30 giorni	Follow up 1° anno	Follow-up 2° anno
	RR* (95%CI)	RR* (95%CI)
Almeno 1 sigaretta	0,88 (0,71-1,08)	0,94 (0,80-1,11)
Almeno 6 sigarette	0,86 (0,67-1,10)	0,89 (0,72-1,09)
Più di 20 sigarette	0,70 (0,52-0,94)	0,92 (0,73-1,16)
Almeno 1 ubriacatura	0,72 (0,58-0,90)	0,80 (0,67-0,97)
Più di 3 ubriacatura	0,69 (0,48-0,99)	0,62 (0,47-0,81)
Almeno 1 uso di cannabis	0,77 (0,60-1,00)	0,83 (0,65-1,05)
Più di 3 usi di cannabis	0,76 (0,53-1,09)	0,74 (0,53-1,00)

* I Rischi Relativi sono stimati come Odds Ratio di Prevalenze e derivati da un modello *Multilevel* che tiene conto del comportamento al baseline e della prevalenza dei centri.

Fonte: Progetto EU-Dap

Il programma sembra inoltre essere più efficace sui maschi che non sulle femmine (Vigna-Taglianti 2009) e non risultano differenze significative tra i tre curriculum (base, pari e genitori). Non si sono neppure riscontrate differenze rilevanti di effetto tra le classi di età (Faggiano 2008).

Alla fine del secondo anno scolastico, gli studenti appartenenti alle scuole in cui è stato condotto l'intervento mostravano ancora una frequenza del 38% minore di ubriacature frequenti, (RR=0.62, IC95% 0.47-0.81), e del 26% minore di fare uso frequente di cannabis (RR= 0.74, IC95% 0.53-1.00). L'effetto dell'intervento sulla frequenza di fumo di tabacco, invece, seppure abbia continuato a mostrare la direzione attesa, si è notevolmente ridotto e non è più statisticamente significativo.

Per valutare lo stadio del comportamento in cui il programma di prevenzione agisce, è stato analizzato separatamente il suo effetto in coloro che erano non utilizzatori al baseline, oppure utilizzatori sporadici e frequenti. Per il tabacco (tabella 3) il programma mostra al 2° anno dall'intervento di avere ancora un effetto significativo sui non utilizzatori al baseline, mentre coloro che già usavano frequentemente al baseline non hanno modificato il loro comportamento.

Tabella IV.3.3: Stadi del comportamento – transizioni nella frequenza di uso di tabacco negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento.

Frequenza di uso		2° anno di Follow-up				
		non uso	occasion.	giornaliero	totale (n)	
Gruppo di intervento						
BASELINE	non uso	%	83,3	11,5	5,2	2.319
		95%CI	81,7-84,8	10,2-12,8	4,3-6,1	
	Occasion.*	%	30,7	28,6	40,6	192
		95%CI	24,2-37,3	22,3-35,0	33,7-47,6	
	giornaliero**	%	6,6	4,4	89,0	91
	95%CI	1,5-11,7	0,2-8,6	82,6-95,4		
totale (n)			1.996	326	280	2.602
Gruppo di controllo						
BASELINE	non uso	%	81,4	12,4	6,2	2.209
		95%CI	79,8-83,1	11,0-13,8	5,2-7,2	
	occasion.*	%	25,7	35,0	39,4	226
		95%CI	20,0-31,4	28,7-41,2	33,0-45,8	
	giornaliero°	%	7,3	4,9	87,8	123
	95%CI	2,7-11,9	1,1-8,7	82,0-93,6		
totale (n)			1.866	359	333	2.558

* = uso occasionale: fino a 20 volte negli ultimi 30 giorni

° = uso giornaliero: 20 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap

Per quanto riguarda le ubriacature (Tabella IV.3.4) e l'uso di cannabis (Tabella IV.3.5), il programma agisce sia nell'impedire la progressione verso stati di comportamento più frequenti sia nel favorire la regressione da stati di comportamento più avanzati verso quelli meno avanzati.

Tabella IV.3.4: Stadi del comportamento - transizioni nella frequenza di ubriacature negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento

Frequenza		2° anno di Follow-up				
		nessuna	sporadica	frequente	totale (n)	
Gruppo di intervento						
BASELINE	nessuna	%	87,3	9,5	3,2	2.584
		95%CI	86,1-88,6	8,4-10,6	2,5-3,8	
	sporadica*	%	58,6	25,3	16,1	87
		95%CI	48,3-69,0	16,2-34,4	8,4-23,8	
	frequente**	%	59,3	18,5	22,2	27
	95%CI	40,7-77,8	3,9-33,2	6,5-37,9		
totale (n)			2.324	272	102	2.698
Gruppo di intervento						
BASELINE	nessuna	%	85,0	10,5	4,5	2.466
		95%CI	83,5-86,4	9,3-11,7	3,7-5,4	
	sporadica*	%	37,8	28,8	33,3	111
		95%CI	28,8-46,9	20,4-37,3	24,6-42,1	
	frequente°	%	29,3	24,4	46,3	41
	95%CI	15,3-43,2	11,2-37,5	31,1-61,6		
totale (n)			2.149	301	168	2.618

* = frequenza sporadica: fino a 3 volte negli ultimi 30 giorni

° = frequente: 3 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap

Tabella IV.3.5: Stadi del comportamento - transizioni nella frequenza di uso di cannabis negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento

Frequenza di uso		2° anno di Follow-up				
		non uso	sporadico	frequente	totale (n)	
Gruppo di intervento						
BASELINE	non uso	%	94,4	2,6	3,0	2.720
		95%CI	93,5-95,2	2,0-3,2	2,4-3,7	
	sporadico*	%	48,0	12,0	40,0	25
		95%CI	28,4-67,6	-0,7-24,7	20,8-59,2	
	frequente°	%	26,1	17,4	56,5	23
	95%CI	8,1-44,0	1,9-32,9	36,3-76,8		
totale (n)			2.585	78	105	2.768
Gruppo di controllo						
BASELINE	non uso	%	92,4	3,5	4,2	2.618
		95%CI	91,3-93,4	2,8-4,2	3,4-4,9	
	sporadico*	%	41,2	11,8	47,1	34
		95%CI	24,6-57,7	0,9-22,6	30,3-63,8	
	frequente°	%	25,5	4,3	70,2	47
	95%CI	13,1-38,0	-1,5-10,0	57,1-83,3		
totale (n)			2.444	97	158	2.699

* = uso sporadico: fino a 3 volte negli ultimi 30 giorni

° = uso frequente: 3 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap

IV.3.5 Discussione

I risultati dello studio EU-Dap mostrano che “Unplugged” è efficace a breve termine nel ridurre l’uso di tabacco, alcol e droghe. I risultati non sono tutti statisticamente significativi, ma tutti sono coerenti nella direzione dell’effetto, mostrando tutti una riduzione dell’uso.

Efficacia a breve
termine

Per quanto riguarda gli usi occasionali, la riduzione è del 12% per il fumo di tabacco (almeno una volta negli ultimi 30 giorni), del 28% per essersi ubriacato almeno una volta, del 23% per l’uso di cannabis e dell’11% per l’uso di altre droghe (qualsiasi inclusa cannabis ma esclusi tabacco ed alcol). Per quanto riguarda gli usi regolari, la riduzione è del 14% per aver fumato più di 6 sigarette negli ultimi 30 giorni, del 30% per averne fumate più di 20 (uso quotidiano), del 31% per essersi ubriacato più di 3 volte negli ultimi 30 giorni, e del 24% per aver fumato cannabis più di 3 volte negli ultimi 30 giorni. Il programma mostra quindi maggiori effetti per i consumi più elevati.

A medio termine, cioè al 2° anno dalla somministrazione dell’intervento, l’effetto del programma sul fumo tende a diminuire, seppure si mantiene fra i non fumatori all’inizio dello studio. La spiegazione di tale effetto appare essere nella maggiore accettazione sociale che il fumo di tabacco mostra nei confronti delle ubriacature e dell’uso di cannabis. Ad esempio gli insegnanti che vengono visti fumare fuori dalla scuola hanno da soli un effetto importante nel determinare l’inizio del consumo da parte degli studenti (Poulsen 2002), tanto è che le scuole in cui vengono implementati regolamenti scolastici (policies) dei comportamenti di insegnanti e studenti presentano dei tassi di iniziazione molto più bassi rispetto a quelle senza regolamento (Moore 2001).

Efficacia a medio
termine

D’altra parte l’effetto dell’intervento sul fumo, concentrato sui non utilizzatori, permane anche nel 2° anno, seppure meno forte, e non è invece evidente nei fumatori abituali. Ciò può essere interpretato come segno che la rapidità nel provocare la dipendenza del fumo è maggiore di quella della cannabis e dell’alcol, e fa ritenere che anche per gli adolescenti sarebbe necessario progettare interventi di cessazione. La raccomandazione che si può trarre da queste considerazioni è che è conveniente anticipare l’età di somministrazione dell’intervento in fasce di età che non hanno ancora cominciato a fumare, per aumentare l’impatto del programma.

Una interessante osservazione è che le componenti di rinforzo del programma di base, il coinvolgimento dei pari e dei genitori, non hanno prodotto alcun incremento di efficacia rispetto all’intervento base da solo. La mancanza dell’effetto del braccio genitori è spiegabile con la bassa frequenza ai 3 incontri organizzati per loro la sera; come è esperienza comune in quella fascia di età i genitori frequentano poco assiduamente le riunioni scolastiche. La mancanza di effetto del coinvolgimento di pari può essere interpretabile come una reale mancanza di effetto della tecnica in quella fascia di età, in cui la leadership della classe non è ancora strutturata, mentre hanno sortito ottimi effetti per interventi, quali l’educazione sessuale, che vengono svolti in età superiori.

Qualche parola merita la valutazione. Il disegno dello studio è complesso, e ha determinato problemi diversi, dalla necessità di controllare per l’effetto cluster, cioè il fatto che i ragazzi di una stessa classe sono più simili fra di loro che rispetto a quelli di un’altra, la differenze di prevalenza di uso nei diversi centri, dovuti alle diverse età, ma anche alle diverse prevalenze basali, alle differenze di uso fra le braccia in studio. La metodologia statistica utilizzata per analizzare i dati ha dovuto essere particolarmente robusta, per tenere conto di questi problemi. L’analisi Multilevel è uno strumento affidabile di analisi in queste condizioni.

Valutazione

A parte la metodologia di analisi già descritta, e il disegno dello studio, anche la coerenza di effetto riscontrabile in tutti gli esiti valutati, e la consistenza dei

risultati con la letteratura internazionale sono da citare come punti di forza dello studio. La numerosità campionaria e la partecipazione di 7 centri Europei diversi fra di loro (grandi città e aree urbano-rurali) garantiscono da un lato la potenza statistica dell'osservazione e dall'altro la generalizzabilità dei risultati ai diversi contesti.

In conclusione, Unplugged è un programma efficace nel prevenire alcuni comportamenti a rischio in una fascia di età, i 12-14 anni, che di questi comportamenti rappresenta l'inizio dell'incremento dell'incidenza. Si tratta di un intervento che, per scelta degli autori, è di *public domain*, i cui materiali possono essere scaricati dal sito www.eudap.net, seppure per garantire l'efficacia gli insegnanti devono essere formati da personale a sua volta formato in modo standard.

Fare prevenzione nella scuola è certamente un obbligo "etico", ma lo è ancor di più essere certi che il programma proposto sia efficace e non induca effetti secondari dannosi, frequentemente documentati in letteratura scientifica. E' dunque evidente l'assoluta necessità utilizzare nella pratica soltanto interventi dotati di prove di efficacia di qualità. E invece di valutare, con disegni di studio rigorosi, tutti gli interventi che sono usati nella pratica prima di continuarne l'uso. Ci auguriamo che la disponibilità di un programma efficace faciliterà l'operatore della prevenzione nella scelta dell'intervento da utilizzare.

IV.3.6 Finanziamenti

EU-Dap è un progetto finanziato dalla Commissione Europea (European Public Health program 2002 grant # SPC 2002376). Finanziamenti nazionali sono stati assicurati dalla Compagnia di San Paolo (grant # 2002-0703) e dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (grant # 2003 43/4).

IV.3.7 Bibliografia

1. Ashton B. The American Star comes to England. *Drug Alc Findings* 2003; 8: 43-48
2. Bruvold W.H. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993 Jun;83(6):872-80
3. Faggiano F, Richardson C, Bohrn K, Galanti MR and the EU-Dap Study Group. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drugs use: the EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine* 2007; 44: 170-173. (IF 2007: 2.314) (2°quint)
4. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine* 2008; 46: 385-396. (IF 2007: 2.314) (2°quint)
5. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
6. Flay B.R. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychol* 1985;4:449-88.
7. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Update Software*. Oxford 2004; Issue 2
8. Galanti MR, Siliquini R, Cuomo L, Meleto JC, Perez T, Panella M, Faggiano F and the EU-DAP study group. Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-Dap pilot study. *Preventive Medicine* 2007; 44: 174-177. (IF 2007: 2.314) (2°quint)

9. Gorman DM. Does measurement dependence explain the effects of Life Skills Training Program on smoking outcomes? *Prev Med* 2005; 40: 479-487 .
10. Hawthorne G. The social impact of Life Education: estimating drug use prevalence among Victorian primary school students and the statewide effect of the Life Education programme. *Addiction*. 1996; 91: 1151-9
11. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278:45-7
12. Moore L, Roberts C, Tudor-Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tobacco Control* 2001;10:117-123
13. Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob. Control* 2002;11:246-251
14. Scheier LM, Botvin GJ, Griffin KW. Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: structural equation modelling analyses using longitudinal data. *Prevention Science* 2001; 2(2): 91-112.
15. Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;162(12):1669-75
16. Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, Grey SF, Teasdale B, Hawthorne RD, Williams J, Marquette JF. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 102: 1-10
17. Sussman S., Earleywine M., Wills T., Cody C., Biglan T., Dent C.W., et al. The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse* 2004;39(10-12):1971- 2016.
18. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). The Cochrane Library, Update Software. Oxford 2004; Issue 2
19. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Primary Prev* 2000; 20(4): 275-336
20. UNICRI. School-Based Drug Education: a guide for practioners and the wider community. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2003
21. Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR, Study Group TE. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Apr 23. [Epub ahead of print]

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.4.

PROTOCOLLO “DRUGS ON STREET: NO CRASH”

IV.4.1 Introduzione

IV.4.2 Metodologia

IV.4.3 Risultati

IV.4.4 Conclusioni

IV.4.5 Bibliografia

PAGINA BIANCA

IV.4. PROTOCOLLO “DRUGS ON STREET: NO CRASH” PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI DROGA E ALCOL CORRELATI

Diana Candio¹, Giovanni Serpelloni², Elisabetta Simeoni², Claudia Rimondo¹

¹Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

²Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza Consiglio Ministri

IV.4.1 Introduzione

Introduzione

Il protocollo “Drugs on street: no crash” è il risultato di un progetto promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con l'intento di ridurre e contrastare il fenomeno della guida sotto effetto di alcol e sostanze stupefacenti, in condizioni psicofisiche alterate e non idonee alla guida, causa di incidenti e morti sulle strade.

Il Codice della Strada regolamenta la guida in stato psicofisico alterato con due articoli specifici, l'articolo 186 “Guida sotto l'influenza dell'alcool” e l'articolo 187 “Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti”. Tuttavia, considerata la diffusione dei comportamenti a rischio per la sicurezza stradale nel nostro paese, compresa la guida sotto effetto di alcol e droghe, è stata intrapresa un'azione preventiva dal punto di vista normativo attraverso provvedimenti sanzionatori più severi per i trasgressori (legge n.125 del 24/07/2008), e attraverso un'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

In questo contesto si inserisce la sperimentazione avvenuta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Ulss 20 di Verona, che ha dato avvio ad una collaborazione sinergica tra Forze dell'Ordine impegnate nell'attività di controllo su strada, e un'equipe di medici e infermieri che mettono a disposizione la propria professionalità per eseguire gli esami clinici e tossicologici necessari per l'accertamento dei reati di guida in stato psicofisico alterato da sostanze stupefacenti.

In seguito ai risultati emersi dalla fase sperimentale, con il coordinamento della Prefettura di Verona è stato istituito un gruppo di lavoro permanente, formato da un'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica, composta di medici ed infermieri, e da un gruppo interforze composto di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale).

L'attività di controllo consente di individuare i conducenti che pur non avendo assunto alcol, risultano comunque in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro, non sarebbero individuati per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per sé stessi e per gli altri sulla strada.

IV.4.2 Metodologia

Metodologia

Le modalità operative del Protocollo “Drugs on Street” si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.

I controlli outdoor, letteralmente “all'aria aperta”, sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell'Ordine e prevedono l'allestimento di un'area

sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente “al chiuso”, vengono invece svolti presso la struttura del Dipartimento delle Dipendenze di Verona che per l’occasione rimane aperta in orario notturno e offre un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.

L’attività di controllo svolta dalle Forze dell’Ordine e dall’Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica si svolge sulle strade del comune e della provincia di Verona, nelle notti tra venerdì e sabato dalle ore 24.00 alle ore 6.00. Il target destinatario è rappresentato dall’intera popolazione dei conducenti, fermati con criterio casuale nell’ambito dell’attività di controllo stradale.

L’Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica ha adottato un protocollo operativo che definisce la tipologia e le modalità di esecuzione degli esami clinici e tossicologici a cui sono sottoposti tutti i conducenti, indipendentemente dall’esito del test per l’alcolemia.

Accertamenti

Il protocollo operativo prevede l’iniziale raccolta del consenso del conducente a sottoporsi agli accertamenti e una ricostruzione anamnestica dell’assunzione di sostanze nelle ultime 12 ore. Si eseguono, quindi, un test di screening preliminare su urina e un esame dello stato psico-motorio specificatamente mirato alla valutazione dello stato di vigilanza, coordinamento, reattività e orientamento, anche con l’ausilio di un misuratore dei Tempi di Risposta Nervosa (TRN) a stimoli di tipo visivo ed uditivo (esami non invasivi).

In caso di esito positivo dei test preliminari, e solo dopo aver ottenuto il consenso diretto dell’interessato, viene proposto il prelievo di sangue (non obbligatorio e volontario) che, assieme agli altri campioni biologici raccolti, viene inviato in laboratorio per l’analisi di verifica e conferma con metodi gas cromatografici.

La diagnosi di positività, quindi, viene formulata sulla base di più elementi concordanti (dichiarazione di assunzione, visita medica, test di screening, esami strumentali, esami di laboratorio). Gli accertamenti si concludono con l’emissione finale di un referto diagnostico per le competenti Autorità.

IV.4.3 Risultati

Nel periodo che va da agosto 2007 ad aprile 2008 sono stati eseguiti 25 interventi sul territorio della provincia veronese, durante i quali sono stati sottoposti agli accertamenti clinici e tossicologici circa 900 conducenti. I conducenti esaminati sono nella maggior parte dei casi di genere maschile (circa 88%); il 47% ha un'età compresa tra i 21 e i 30 anni (Tabella IV.4.1).

Conducenti
esaminati

Tabella IV.4.1: Caratteristiche socio-anagrafiche e positività riscontrate sui conducenti a seguito degli accertamenti clinici tossicologici.

Caratteristiche	N	% c
Genere		
Maschi	812	87,9
Femmine	112	12,1
Totale	924	100
Nazionalità		
Italiani	788	85,3
Stranieri	136	14,7
Età media		
Maschi	30,4 (± 9,2)	
Femmine	27,2 (± 7,0)	
Totale	30,0 (± 9,0)	
Classi di età		
<= 20 anni	115	12,4
21 – 25 anni	235	25,4
26 – 30 anni	198	21,4
31 – 35 anni	158	17,1
36 – 40 anni	99	10,7
>= 41 anni	119	12,9
Esiti degli accertamenti		
Conducenti negativi	491	53,1
Conducenti positivi	433	46,9
Positività riscontrate		
Alcol (art. 186 C.d.S.)	250	57,7
Droghe (art. 187 C.d.S.)	103	23,8
Alcol e droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	80	18,5
Totale	433	100
Tra i conducenti negativi all'alcol (592), il 17,3% (103) risulta positivo alle droghe		

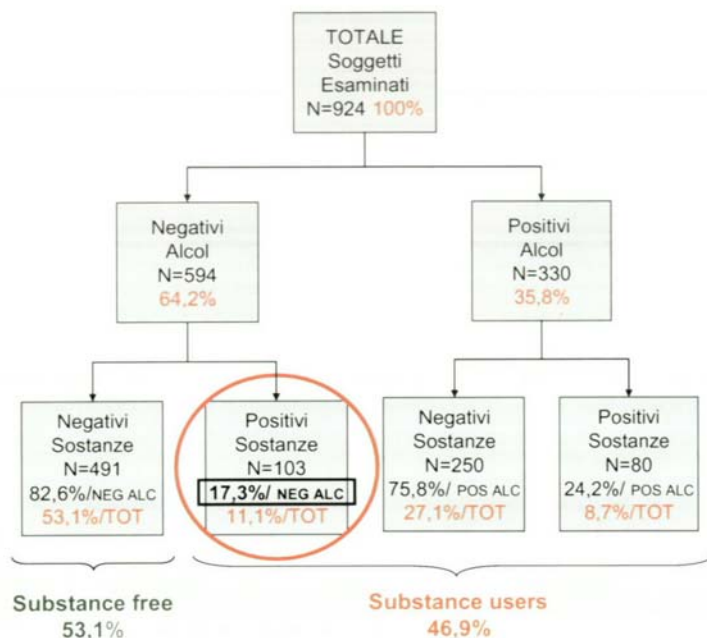
Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze Verona

Rispetto all'intero campione di conducenti che hanno eseguito i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 47%. In particolare, tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 17,3% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici. Tra i conducenti positivi all'etilometro (35,8%), ben il 49% ha un tasso alcolemico compreso tra 0,8 – 1,5 g/l, il 33% un'alcolemia compresa tra 0,5 – 0,8 g/l e il restante 18% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Positività riscontrate

Figura IV.4.2: Analisi delle positività e negatività riscontrate nel campione di conducenti esaminati.

Esiti degli accertamenti



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze Verona

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe (circa 20%), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (55% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (36%), dalle amfetamine (5,4%) e dagli oppiacei (3,6%). L'associazione più frequente di droghe è quella che combina cannabis e cocaina (50%); frequente anche l'associazione di cannabis, cocaina e amfetamine (12,5%). L'uso di alcol è spesso associato alla cannabis (47,5%) e alla cocaina (39%), anche se non manca l'uso associato di tutte e tre le sostanze considerate (9% dei casi).

Sostanze psicoattive

Infine, tra i conducenti risultati positivi alle sostanze stupefacenti e all'alcol, il 23,6% aveva già avuto in passato almeno una sospensione della patente.

IV.4.4 Conclusioni

I risultati positivi ottenuti grazie all'attività di controllo su strada hanno incentivato i Direttori delle Aziende Sanitarie Locali, ULSS 21 Legnago e ULSS 22 Bussolengo, ad aderire al progetto estendendolo ai territori della provincia di Verona. Le modalità operative adottate dalle suddette aziende rispecchiano quelle adottate e caldegiate dal Dipartimento Politiche Antidroga, sulla base dell'esperienza acquisita sul campo.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha provveduto ad inviare un kit per l'attivazione del Protocollo DOS a tutti i Presidenti delle Regioni italiane, alle Prefetture, all'ANCI e, tramite questa, a tutti i Comuni italiani. Attualmente hanno espresso interessamento e sono stati avviati dei tavoli di lavoro da parte di circa una ventina tra le autorità istituzionali contattate, che hanno anche segnalato alcune iniziative di prevenzione promosse a livello locale sul tema della sicurezza stradale (a scuola, nelle discoteche ecc.). Il progetto è stato invece attivato