



EU-Dap – European Drug Addiction Prevention trial

PRESENTAZIONE DELLO STUDIO

**VALUTAZIONE DI EFFICACIA DI UN PROGRAMMA
SCOLASTICO PER LA PREVENZIONE DELL'USO
DI SOSTANZE STUPEFACENTI**



Università degli Studi
di Torino



Osservatorio
Epidemiologico delle
Dipendenza



Università degli Studi
del Piemonte Orientale

© 2004, Torino, EU-DAP trial

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior permission of the copyright owner or of the European Commission.

Contact Address:

*Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze
Servizio di Epidemiologia – ASL 5
Via Sabaudia n. 164
10095 Grugliasco (TO)-ITALY
tel. +39011 40188309/310 - fax +39011 40188301
e-mail: eudap@oed.piemonte.it - www.eudap.net*

EU Dap is co-funded by the European Commission

This publication is the sole responsibility of its publisher(s), and that it in no way represents the views of the Commission or its services.

Sommario

1. INTRODUZIONE	1
2. IL RUOLO DELLA SCUOLA NELLA PREVENZIONE DEL CONSUMO DI DROGHE	2
3. INTERVENTI A BASE SCOLASTICA CONTRO L'ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI	3
4. VALUTAZIONE RIGOROSA DELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI	4
5. PERCHÉ IL PROGETTO EU-DAP?	5
6. COME SI CONFIGURA IL PROGETTO?	6
7. METODI	7
7.1 Popolazione	7
7.2 Assegnazione delle scuole	8
7.3. Valutazione dei risultati	8
7.4. Chi effettuerà il programma?	9
7.5. Durata e calendario del programma	9
7.6. Analisi e diffusione dei risultati	10
8. ULTERIORI INFORMAZIONI	12
9. COMPOSIZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO EU-DAP	13
10. BIBLIOGRAFIA	15

1. Introduzione

La tossicodipendenza è generalmente descritta, secondo la prospettiva medica e sociale, come una patologia cronica, recidivante, caratterizzata dagli effetti dell'uso prolungato della droga stessa e dai disturbi comportamentali dovuti alla sua dipendenza [1].

Successivamente, una volta creata, la dipendenza si caratterizza spesso come un impulso incontrollabile alla ricerca e al consumo di droghe [2]. Tuttavia, sono stati identificati almeno due gruppi di tossicodipendenti, i "cercatori di sensazioni" e chi fa uso di droghe "per affrontare i problemi della vita o con disforia". Inoltre, non tutti coloro che iniziano ad assumere stupefacenti passano dall'uso sperimentale alla dipendenza; infatti, generalmente si ritiene che l'*uso sperimentale* sia tipico degli adolescenti, che "fanno uso di droghe semplicemente per le sensazioni piacevoli o per l'euforia che queste possono produrre, o ancora per sentirsi accettati dai propri pari"[3]; anche se bisogna prendere in considerazione la vulnerabilità individuale, dovuta a suscettibilità neurologica o psicologica, "anche il consumo occasionale di sostanze stupefacenti può inavvertitamente portare alla *dipendenza*" [1-2]. Per spiegare le origini della dipendenza, altri autori suggeriscono la cosiddetta "ipotesi stepping-stone"; secondo questa ipotesi il consumo di droghe segue passi predeterminati a livello culturale, per esempio il consumo di superalcolici e di tabacco vengono definiti passi intermedi, tra bere birra/vino e fumare marijuana; mentre il consumo di marijuana rappresenta un passo ulteriore verso altri tipi di droga [3]. Ricordando che questi modelli esplicativi non sono reciprocamente alternativi; qualunque modello si decida di scegliere, gli interventi primari dovrebbero mirare sia ad impedire l'inizio (da un punto di vista della popolazione, ridurre l'incidenza del primo uso di stupefacenti), sia a bloccare la progressione, ossia la transizione dall'*uso sperimentale* alla *dipendenza*. Alcuni modelli di intervento specifici potrebbero mirare ad un unico approccio; il tabagismo, per esempio, è un prototipo dell'ultimo approccio presentato, in quanto l'inizio del comportamento è quasi universale, mentre la progressione riguarda il 30-50% di chi ha provato a fumare; la progressione dal consumo di marijuana (prevalenza dell'uso per l'intera vita >30%) a quello di droghe pesanti (prevalenza <5%) potrebbe essere un target sia di un intervento mirato a ridurre l'inizio, sia di un altro il cui obiettivo è ridurre la progressione [4].

Prendendo in considerazione questi modelli e le teorie più recenti [5-6], la dipendenza può essere considerata come un problema con caratteristiche uniche e gli interventi di prevenzione devono essere mirati a specifiche fasce d'età piuttosto che a droghe

specifiche (questo è l'approccio che abbiamo seguito nella progettazione di "Unplugged"). Questo programma tiene anche conto del fatto che la nostra comprensione delle dinamiche e dei determinanti dell'abuso di sostanze stupefacenti sono tutt'altro che soddisfacenti [7].

2. Il ruolo della scuola nella prevenzione del consumo di droghe

Le scuole sono un setting adatto all'attivazione di programmi di prevenzione delle dipendenze da alcool, droghe e tabacco, per diverse ragioni: innanzitutto, quattro persone su cinque tra chi fuma inizia a fumare prima di raggiungere l'età adulta; la prevenzione dell'abuso di sostanze stupefacenti deve perciò, focalizzarsi sui bambini e gli adolescenti in età scolare, prima che le loro opinioni ed aspettative sul fumo e l'uso di altre sostanze si siano radicate. In secondo luogo, le scuole offrono il modo più sistematico ed efficiente per raggiungere un numero significativo di studenti ogni anno. Terzo, in quasi tutti i Paesi le scuole hanno la possibilità di attivare e sostenere politiche scolastiche articolate. Queste, se applicate con coerenza, possono aiutare gli studenti a decidere di smettere di fumare, bere o assumere sostanze stupefacenti [8-25].

La politica scolastica dovrebbe:

- spiegare la logica che sta alla base della prevenzione dell'uso di droghe (per esempio, il tabacco è la principale causa di morte, malattia e disabilità);
- proibire il consumo di tabacco, alcool ed altre droghe da parte degli studenti, del personale scolastico e dei visitatori all'interno della scuola, nei veicoli scolastici e nelle strutture finanziate dalla scuola ma fisicamente lontane dall'edificio scolastico;
- proibire la pubblicità di alcool e tabacco nella scuola, nelle strutture e nelle pubblicazioni finanziate dalla scuola;
- permettere agli studenti e al personale di accedere a programmi che li aiutino a smettere di utilizzare tali sostanze;
- includere procedure per comunicare la politica agli studenti, al personale, ai genitori o alle famiglie, ai visitatori e alla comunità.

Infine, le scuole sono per definizione impegnate in interventi pedagogici riguardanti diversi comportamenti, e il personale scolastico deve affrontare una formazione minima per essere in grado di implementare un programma efficace a tale proposito.

Come già ricordato, gli interventi basati sulla scuola non devono essere mirati ad una data sostanza stupefacente, in quanto, per esempio, anche la prevenzione del tabagismo può contribuire in modo significativo alla prevenzione del consumo di droghe illegali. Questi programmi presentano il vantaggio di essere progettati in modo da prevenire il consumo di qualsiasi tipo di sostanza stupefacente.

3. Interventi a base scolastica contro l'assunzione di sostanze stupefacenti

In generale, gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti in ambito scolastico si basano sulla teoria comportamentale [9-10-], e mirano a ridurre il primo utilizzo di alcool, tabacco o droghe da parte degli adolescenti, diminuendo i fattori di rischio personali e sociali, e rafforzando i fattori protettivi personali e sociali [11].

Molti studi hanno confrontato l'efficacia di diversi interventi a base scolastica. Life Skills [12], Project Northland [13], The Midwestern Prevention Project [14], Project SMART [15] e Project ALERT [16] sono esempi di programmi scolastici di prevenzione che insegnano agli adolescenti, capacità di resistenza, generali, sociali e personali. Sebbene gli interventi basati sul modello Life Skills sembrano i più promettenti per quanto riguarda la riduzione dell'iniziazione alla droga [17-18-19], i risultati di diversi progetti evidenziano generalmente un effetto moderato sul tabagismo ed effetti incoerenti sull'alcolismo e la tossicodipendenza [10-20].

In una ricerca di ampie dimensioni, Tobler dimostra come un intervento interattivo, che coinvolga maggiormente gli studenti, sia più efficace di uno non interattivo e basato essenzialmente su lezioni frontali, nella prevenzione dell'uso di droghe legali e illegali tra gli adolescenti [10]. Tobler, inoltre, identifica diverse caratteristiche dell'intervento che si rivelano fondamentali nell'aumentare l'efficacia dei programmi scolastici. Queste caratteristiche sono:

1. Informazioni appropriate sulle droghe, incluse informazioni sugli effetti a breve termine e sulle conseguenze a lungo termine

2. Focus sulle capacità di resistenza personale e sociale, identificando i fattori di pressione interni (ansia e stress), o esterni (i pari e la pubblicità)
3. Enfasi sull'educazione normativa e sull'aumento della consapevolezza del fatto che molti adolescenti non fanno uso di alcool, tabacco o altre droghe
4. Formazione di capacità strutturate come la definizione di obiettivi, la gestione dello stress, le capacità di comunicazione, le capacità sociali generali
5. Formazione degli insegnanti e supporto da parte di chi ha sviluppato il programma o di esperti di prevenzione
6. Coinvolgimento attivo delle famiglie e della comunità
7. Sensibilità culturale – per esempio includendo attività che richiedono input dagli insegnanti e dagli studenti e che possono essere adattate all'esperienza culturale della classe [9].

4. Valutazione rigorosa della prevenzione primaria dell'abuso di sostanze stupefacenti

Al fine di valutare scientificamente se un dato intervento promuove la riduzione del consumo di sostanze stupefacenti, bisogna soddisfare due requisiti metodologici:

1. Utilizzo di un gruppo di soggetti a cui non viene somministrato l'intervento (controlli) in modo da potere effettuare un confronto. In effetti, per la valutazione dell'efficacia non si considera valido il semplice confronto del consumo di droghe prima e dopo l'intervento, in quanto moltissimi altri fattori potrebbero influenzare l'outcome (per esempio, le differenze di età, le campagne di prevenzione dei media, ecc). Il gruppo di controllo ricopre un ruolo fondamentale, in quanto mostra quale sarebbe la frequenza di assunzione della sostanza se i ragazzi non fossero esposti all'intervento. Per questa ragione, il gruppo di controllo deve essere trattato nel modo il più possibile simile al gruppo esposto all'intervento, tranne che per l'esposizione stessa, ossia, il gruppo di controllo riceverà gli stessi questionari, seguirà le stesse scadenze, del gruppo esposto all'intervento;
2. assegnazione casuale delle scuole al gruppo di intervento o di controllo. Per rappresentare adeguatamente la popolazione non esposta, all'inizio del progetto il

gruppo di controllo deve essere il più possibile identico a quello esposto all'intervento, sempre escludendo l'intervento stesso. Per esempio, non dovrebbero esistere forti differenze (classe sociale, sesso, ecc.). L'unico modo per garantire che questo avvenga è non permettere alle scuole di scegliere a quale gruppo vogliono prendere parte. Altri faranno questa scelta, che dovrà basarsi esclusivamente sul caso. Per questo motivo, le scuole che saranno invitate a partecipare allo studio, sottoscriveranno un modulo di inclusione nello studio, non in un intervento specifico. Le scuole che accetteranno questa condizione saranno assegnate in modo casuale ad uno dei due gruppi, e sarà comunicato loro a quale gruppo appartengono prima della conclusione dell'anno scolastico.

Su quali risultati la valutazione debba concentrarsi è un altro fattore critico in questo tipo di progetti: le evidenze che mostrano come un intervento migliori la conoscenza sui rischi associati al consumo di tabacco o di alcool non possono essere considerate sufficienti per concludere che l'intervento è realmente efficace. Bisogna provare che l'intervento è in grado di ridurre il numero di "utenti", e che gli studenti che ricevono l'intervento fumano, bevono e consumano droghe in misura minore rispetto ai controlli.

Le altre caratteristiche di un corretto studio di valutazione sono meno rilevanti per questa concisa presentazione; per lo studio EU-Dap, sono spiegate in dettaglio nel Protocollo dello Studio [21].

5. Perché il progetto EU-Dap?

Nella maggior parte delle scuole medie e superiori d'Europa, ogni anno si effettua qualche tipo di intervento contro il fumo, l'alcool e la droga. Tuttavia, quasi tutti questi programmi non sono stati mai valutati secondo la metodologia scientifica descritta in precedenza. Questo problema è particolarmente grave, poiché da un lato come già ricordato, la teoria sull'origine del consumo di sostanze stupefacenti è ancora debole, perciò diversi interventi vengono basati su principi non totalmente validi; dall'altro, le valutazioni dell'efficacia effettuate fino ad ora non permettono di trarre conclusioni inequivocabili e di agire di conseguenza. In alcuni casi, è stata studiata solo la capacità dell'intervento di modificare la conoscenza o alcune attitudini dei soggetti. In altri, la metodologia non si è rivelata soddisfacente, per esempio in assenza del gruppo di controllo. Queste premesse possono

creare ulteriori danni. L'importanza di una corretta valutazione è facilmente desumibile dall'esempio seguente: gli autori di un noto programma di prevenzione, Life Education, hanno dichiarato: *“Quando i risultati”* dello studio *“sono riferiti alla popolazione generale dei bambini, possiamo pensare che il 25% delle bambine e il 19% dei bambini che fumano a 6 anni potrebbero essere attribuiti alla partecipazione a Life Education, come pure il 22% dei ragazzi che iniziano a bere”*. Gli autori concludono che *“I risultati suggeriscono come questi programmi debbano essere valutati in modo preciso prima di essere implementati su vasta scala...”* [22]. Da un punto di vista etico, è assolutamente inaccettabile che un intervento, effettuato senza un bisogno specifico espresso, possa danneggiare la popolazione [23].

In assenza di programmi di prevenzione basati su solide prove di efficacia, diventa necessario effettuare una completa valutazione dei programmi attivati, in particolare nelle nazioni europee. Il progetto EU-Dap è nato per colmare questa lacuna nelle conoscenze. Il programma che desideriamo valutare è stato concepito specificamente per le scuole europee, ed utilizza principi e metodi che la letteratura scientifica ha indicato come i più utili al fine di ridurre la prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti [10-18].

L'ambizione dei ricercatori EU-Dap consiste nel dare alla scuola europea e alle autorità sanitarie alcune informazioni che si possano rivelare utili nell'implementazione di interventi efficaci mirati alla prevenzione dell'abuso di sostanze stupefacenti e per implementare metodi di valutazione dell'efficacia degli interventi attivati nelle scuole.

Il progetto EU-Dap è finanziato dalla Commissione Europea (European Public Health programme 2002 grant n. SPC 2002376).

6. Come si configura il progetto?

Il programma “Unplugged” sottoposto a valutazione nell'ambito di questo progetto, è stato creato dal gruppo EU-Dap IPG, ed è presentato in dettaglio in un documento separato [24]. In questa sede, desideriamo presentare il piano di valutazione.

È previsto un intervento di base, che sarà somministrato in tutte le scuole (tranne che a quelle appartenenti al gruppo di controllo). In alcune scuole, saranno valutate altre due attività: il coinvolgimento dei genitori e dei compagni di scuola.

In altre parole, il progetto valuterà tre curricula differenti, somministrati a tre diversi gruppi di scuole:

- **curriculum base:** intervento di base con i soli studenti;
- **curriculum compagni di classe:** intervento di base più il coinvolgimento dei pari.
- **curriculum genitori:** intervento di base più il coinvolgimento dei genitori;

7. Metodi

7.1 Popolazione

La popolazione target consiste di adolescenti di 13-14 anni d'età e residenti nell'area dei Centri Partecipanti (vedi tabella).

Centro Partecipante	n. di abitanti	Caratteristiche economiche	Coordinatore	n. di scuole / n. di studenti
GRECIA Atene	500.000	Settore industriale e agricolo	Greece REITOX Focal Point	15/600
SPAGNA Comunidad Autonoma del Pais Basco	2 milioni	Settore terziario, industriale e agricolo	EDEX	15/600
GERMANIA Kiel	280.000	Settore turistico, industriale e agricolo	IFT – Nord Institute for Therapy and Health Research	15/600
BELGIO Merelbeke			De Sleutel	15/600
ITALIA Novara	100 000	Comunità urbana di media dimensione	Università del Piemonte Orientale	15/600
SVEZIA Regione di Stoccolma (escluso il comune di Stoccolma)	1.1 milioni	Comunità urbana di grandi e medie dimensioni	Centre for Tobacco Prevention - Stockholm centre of Public Health	30/1200
ITALIA Torino	900 000	Città industriale	OED –Università di Torino	30/1200
AUSTRIA Vienna	1.562.482 milioni	Tecnologia urbana, turismo, educazione scolastica + amministrazione	Institut fur social- und Gesundeits Psychologie	15/600
Totale				150/6000

Il numero minimo di scuole che ogni centro deve individuare è 15, ma i centri di Stoccolma e Torino includeranno un campione doppio. Le caratteristiche delle scuole coinvolte sono state definite dal Search Coordinating Group (SCG) e sono descritte nel Protocollo dello Studio.

7.2 Assegnazione delle scuole

I tre interventi saranno confrontati con un gruppo di controllo. L'assegnazione delle scuole ai gruppi di intervento o di controllo sarà effettuata a caso dal centro di coordinamento dello studio. Delle 15 scuole coinvolte in ciascun centro, 3 seguiranno il curriculum base, 3 il curriculum compagni di classe, 3 il curriculum genitori, e 6 faranno parte del gruppo di controllo.

In ogni scuola saranno incluse e seguite almeno 2 classi. Durante il periodo di tempo in cui le scuole seguiranno il programma "Unplugged", i controlli seguiranno il normale programma di educazione sanitaria eventualmente attivato dalla scuola stessa.

7.3. Valutazione dei risultati

L'obiettivo del programma è ridurre il consumo di: tabacco, alcool, marijuana ed altre droghe. Analizzeremo le differenze nel consumo iniziale e regolare dopo gli interventi tra i ragazzi che hanno seguito il programma e le scuole di controllo.

A questo scopo, sarà distribuito un questionario durante il primo mese dell'anno scolastico 2004-2005 al fine di valutare il punto di partenza e di raccogliere dati di ordine socio-demografico e di altra natura.

Le parti principali del questionario sono:

- Contesto sociale
- Uso di sostanze
- Conoscenza e opinioni sulle sostanze stupefacenti
- Uso delle sostanze stupefacenti negli ambienti vicini
- Famiglia e contesto sociale
- Contesto e clima scolastico
- Problemi e capacità

Una seconda valutazione sarà effettuata 3 mesi dopo il completamento dell'intervento per il primo anno (circa Maggio-Giugno 2005). Al fine di valutare l'efficacia a lungo termine del programma, è prevista una valutazione simile dopo 1, 2, e 4 anni. Per preservare l'integrità dei ragazzi e proteggere la natura confidenziale delle risposte, identificheremo i questionari grazie ad un codice generato in forma anonima dagli stessi ragazzi.

7.4. Chi effettuerà il programma?

Il **curriculum base** (12 ore-scuola) sarà effettuato direttamente in classe da insegnanti individuati dalla scuola. Questi parteciperanno ad una sessione di formazione di 2.5 giorni prima dell'inizio dell'intervento.

Il **curriculum compagni di classe** sarà effettuato da alcuni studenti designati in ciascuna classe con una minima supervisione degli insegnanti. A questo scopo, sarà distribuito un manuale specifico per i docenti.

Il **curriculum genitori** (3 seminari serali) sarà condotto da un esperto esterno alla scuola e nominato dal coordinatore locale.

7.5. Durata e calendario del programma

Ogni curriculum sarà condotto per tutto l'anno scolastico 2004-2005. Saranno inoltre effettuati interventi "booster" negli anni seguenti.

Il tempo-classe totale necessario ad implementare i curricula è mostrato nella tabella seguente:

A. Durata dell'intervento nelle classi

	Controlli	Interventi		
		Curriculum Base	Curriculum Genitori	Curriculum Compagni di classe
Formazione degli insegnanti	—	2.5 days	2.5 days	2.5 days
Somministrazione del questionario pre-test	1 ora	1 ora	1 ora	1 ora
Somministrazione dell'intervento base	—	12 ore	12 ore	12 ore

	Controlli	Interventi		
		Curriculum Base	Curriculum Genitori	Curriculum Compagni di classe
Formazione dei pari (studenti)	—	—	—	2.5 ore
Monitoraggio dei pari (insegnanti)	—	—	—	3 ore
Somministrazione del questionario post-test	1 ora	1 ora	1 ora	1 ora
Tempo totale per gli insegnanti	2 ore	34 ore	34 ore	39.5 ore

La tabella seguente presenta il calendario di massima del progetto. La formazione degli insegnanti dovrebbe avere luogo in 2.5 giorni consecutivi, immediatamente precedenti l'inizio dell'anno scolastico; durante le prime due settimane di scuola, verrà somministrato agli studenti il pre-test. L'intervento richiederà circa 3 mesi (1 ora a settimana) e si prevede di somministrare il post-test a Maggio.

B. Calendario del progetto

	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG
Formazione insegnanti			→									
Pre-test					○							
Intervento					→							
Post-test												○

7.6. Analisi e diffusione dei risultati

L'analisi finale sarà effettuata dopo avere terminato la seconda indagine tra gli studenti (tra Giugno 2006 e Settembre 2006). I risultati saranno presentati separatamente:

- ▶ Per ciascun curriculum

- ▶ Per tutte le nazioni coinvolte
- ▶ Per ciascun centro

Si prevede di tenere un congresso conclusivo a Lisbona durante il 2005: tutte le scuole saranno invitate a partecipare e i risultati saranno resi disponibili sul sito internet EU-Dap.

8. Ulteriori informazioni

Per ulteriori informazioni, si faccia riferimento al sito EU-Dap: www.eudap.net o si contatti:

Centro	Persona	E-mail	Telefono
Centro di Coordinamento EU-Dap	Fabrizio Faggiano Valeria Siliquini	fabrizio.faggiano@unito.it eudap@oed.piemonte.it	+39 011 40188309
Centro di Thessaloniki	Vicky Yosidi	Vichyg@ektepn.gr	+30 10 6536902
Centro di Kiel	Gudrum Wiborg	wiborg@ift-nord.de	+49 431 57029
Centro di Gent	Peer van der Kreeft Yannick Weyts	peer.van.der.kreeft@fracarita.org yannick.weyts@fracarita.org	+32 9 2315748
Centro di Novara	Massimiliano Panella Paride Angius	panella@med.unipmn.it angiuspa@yahoo.it	+39 0321 660682
Centro di Bilbao	Juan Carlos Melero Tatiana Pérez	prevencion@edex.es drogas@edex.es	+34 94 442 5784
Centro di Stoccolma	M Rosaria Galanti Ann-Marie Lindahl	rosaria.galanti@smd.sll.se ann-marie.lindahl@smd.sll.se	+46 8 51778055 +46 8 51778043
Centro di Torino	Roberta Siliquini Laura Vitale	roberta.siliquini@unito.it eudap@oed.piemonte.it	+39 011 40188310
Centro di Vienna	Karl Bohrn Elke Lantschik Regina Fenk	isg@chello.at	+431 786 18 10

9. Composizione dei Gruppi di lavoro EU-DAP

9.1 STUDY CO-ORDINATING GROUP

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte –Italia (Coordinator)

Fabrizio Faggiano, Roberta Siliquini, Barbara Zunino, Valeria Siliquini

Institute fur Social-und Gesundeits Psychologie – Austria

Karl Bohm

De Sleutel - Belgio

Peer Van Der Kreeft, Erwin Coppens

University Mental Health Research Institute - Grecia

Vicky Yosidi

IFT-Nord Institute for Therapy and Health Research- Germania

Gudrum Wiborg

EDEX - Spagna

Juan Carlos Melero, Tatiana Pérez

Centre for Tobacco Prevention, Stockholm Centre of Public Health - Svezia

Rosaria Galanti

Università del Piemonte Orientale –Italia

Massimiliano Panella, Daniela Sarasino

9.2 STUDY DESIGN GROUP

**Centre for Tobacco Prevention, Stockholm Centre of Public Health – Svezia
(Coordinator)**

Anne-Marie Lindahl,

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte –Italia

Fabrizio Faggiano

Institute fur Social-und Gesundheits Psychologie – Austria

Karl Bohrn

De Sleutel - Belgio

Peer Van Der Kreeft, Erwin Coppens

University Mental Health Research Institute - Grecia

Vicky Yosidi

9.3 INTERVENTION PLANNING GROUP

De Sleutel – Belgio (Coordinator)

Peer Van Der Kreeft, Erwin Coppens

Centre for Tobacco Prevention, Stockholm Centre of Public Health - Svezia

Anne-Marie Lindahl

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte –Italia

Roberta Siliquini

Institute fur Social-und Gesundheits Psychologie – Austria

Karl Bohrn

University Mental Health Research Institute - Grecia

Vicky Yosidi, Maro Vassara

IFT-Nord Institute for Therapy and Health Research- Germania

Gudrum Wiborg

EDEX - Spagna

Juan Carlos Melero, Tatiana Pérez

Università del Piemonte Orientale –Italia

Massimiliano Panella, Daniela Sarasino

10. Bibliografia

1. Leshner AI. Drug abuse and addiction treatment research: the next generation. *Arch Gen Psych* 1997; 54: 691-694
2. Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA* 1999; 282: 1314-1316
3. Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975; 190: 912-914
4. Siliquini R, Faggiano F, Geninatti S, Versino E, Mitola B, Ippolito R. Patterns of drug use among young men in Piedmont (Italy). *Drug Alcohol Depend* 2001 (in press)
5. Wise RA. Drug-activation of brain reward pathways. *Drug Alcohol Depend* 1998; 51: 13-22
6. Nestler EJ, Aghajanian GK. Molecular and cellular basis of addiction. *Science* 1997; 278: 58-63
7. Green LW, Kreuter MW. Health promotion today and a framework for planning. In: Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an Educational and Environmental Approach*. Mayfield Pub Co, Mountain View, CA, 1991;1-43.
8. Centre for Disease Control and Prevention (CDC) Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. U.S. (1994) Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centre for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, Atlanta, GA.
9. Kelli A et. al. Strategies to Prevent Underage Drinking, Alcohol and Research Health Vol. 26, No. 1, 2002.
10. Tobler N.S. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis, *The Journal of Primary Prevention* p.275-334, Vol. 20, No 4, 2000.
11. Ennett S.T., A comparison of current practices in School-Based Substance Use Prevention Programs with Meta-Analysis Findings, *Prevention Science*, Vol. 4, No.1, March 2003.
12. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM. Long-term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial in a white middle class population. *JAMA* 1995; 273: 1106-1112

13. Perry, C.L. Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence: Project Northland. *American Journal of Public Health* 86:956-965, 1996.
14. Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP et al. A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug use. *JAMA* 1989; 261: 3259-66
15. Hansen, W.B. and Graham, J.W. Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine* 20:414-430, 1991.
16. Ellickson, P.L. Et.Al. Preventing adolescents drug use: Long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health* 83(6): 856-861, 1993.
17. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
18. Faggiano F, Vigna-taglianti F, Borraccino A, Angius P, Versino E, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. In press in: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
19. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons,
20. Ashton B. 2002, Education's uncertain saviour, *Drug and Alcohol findings* issue 3, 2000.
21. EU-Dap Study Design Group. EU-Dap study protocol. 2004.
22. Hawthorne G. The social impact of Life Education: estimating drug use prevalence among 23:
23. Gillon R (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309, 184-188.
24. EU-Dap IPG group. EU-Dap basic intervention manual. 2004
25. Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *J Sch Health* 1994b. 64: 353-360.
26. Ashton B., The American Star comes to England, *Drug and Alcohol findings* issue 8, 2003.

27. Dejong W. A short-term evaluation of project DARE (drug abuse resistance education): preliminary indications of effectiveness. *J Drug Education* 1987; 17: 279-293
28. Dukes LD, Stein JA, Ullman JB. Long-term impact of drug abuse resistance education (DARE). *Evaluation review* 1997; 21: 483-500
29. Victorian primary school students and the statewide effect of the Life Education programme. *Addiction* 1996; 91: 1151-1159
30. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992; 112: 64-105.
31. Tobler NS. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of a program participants compared to a control or comparison group. *The Journal of Drug Issues* 1986;16: 537-567