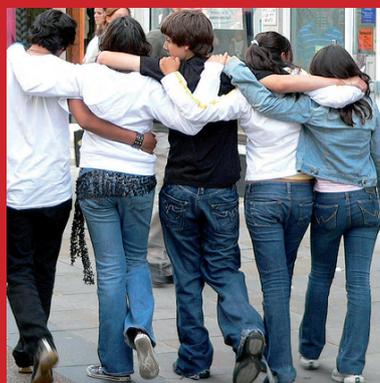


> **IN** ADOLESCENZA

GUADAGNARE SALUTE



Linee di indirizzo per la prevenzione

Gruppo di progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti

Renata Magliola - *Direttore Dipartimento Integrato della Prevenzione, ASL TO1*

Giuseppe Salamina - *Struttura Complessa Centro Controllo Malattie, Dipartimento Integrato della Prevenzione, ASL TO1*

Maria Teresa Revello - *Settore Promozione della Salute e Interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva, Direzione Sanità, Regione Piemonte*

Chiara Pasqualini - *Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (SeREMI), ASL AL*

Patrizia Brigoni - *DoRS Piemonte*

Mauro Croce - *REPES ASL VCO*

Franca Beccaria - *Eclectica*

Antonella Ermacora - *Eclectica*

Roberta Molinar - *Eclectica*

Francesca Olivero - *Eclectica*

Autori

La redazione del documento è stata curata dal gruppo di progetto. In particolare la sintesi delle evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche per gli interventi relativi alla salute sessuale in adolescenza è stata curata da Manuela Bina, Federica Graziano, Gabriella Borca, Tatiana Begotti, Emanuela Calandri. La sintesi delle evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche per gli interventi relativi al consumo di tabacco, alcol e sostanze e agli incidenti stradali in adolescenza è stata curata da Patrizia Brigoni. Le indicazioni operative relative alla prevenzione nell'area della salute sessuale, del consumo di tabacco, alcol e sostanze e degli incidenti stradali è stata curata da Franca Beccaria, Antonella Ermacora, Roberta Molinar, Francesca Olivero. Gli operatori della sanità piemontese hanno attivamente collaborato alla definizione delle indicazioni operative per la prevenzione in tutte e tre le aree tematiche sopracitate.

Si ringrazia per il contributo:

Elena Coffano

Fabrizio Faggiano

Lucia Gabriele

Rita Longo

Giampiero Vellar

Il documento è scaricabile all'indirizzo web www.inadolescenza.it

INTRODUZIONE	5
Il progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti	5
Bambini oggi, adolescenti domani	8
1. METODOLOGIA	11
1.1 INDICAZIONI OPERATIVE	11
1.2 EVIDENZE DI EFFICACIA E INDICAZIONI DI BUONE PRATICHE	15
1.2.1 Salute sessuale	16
1.2.2 Consumo di tabacco, alcol e sostanze	17
1.2.3 Incidenti stradali	19
2. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE IN ADOLESCENZA	21
2.1 SALUTE SESSUALE	21
2.1.1 Indicazioni operative	21
Box informativi	
La prevenzione dell'abuso e della violenza	29
Gli anticoncezionali	31
Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST)	32
Identità sessuale, identità di genere e orientamento sessuale	34
L'educativa di strada	37
I ragazzi e la comunicazione virtuale	38
La peer education	42
L'edutainment	43
La capacità di relazione	44
Il counseling	45
2.1.2 Evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche	51

2.2 CONSUMO DI TABACCO, ALCOL E SOSTANZE	87
2.2.1 Indicazioni operative	87
Box informativi	
I moltiplicatori	91
Gli adulti significativi	93
Il ruolo della famiglia nella prevenzione delle dipendenze	94
Le dipendenze senza sostanze	97
Le life skills	102
2.2.2 Evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche	107
2.3 INCIDENTI STRADALI	129
2.3.1 Indicazioni operative	129
Box informativi	
I moltiplicatori nella prevenzione degli incidenti stradali	134
La guida sotto effetto di sostanze	137
Prevenire nei “non luoghi”	140
L’approccio terroristico	145
La capacità di prendere decisioni	146
L’autoefficacia	147
2.3.2 Evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche	151

INTRODUZIONE

IL PROGETTO GUADAGNARE SALUTE NEGLI ADOLESCENTI

L'adolescenza è un periodo cruciale, nel ciclo evolutivo della persona, caratterizzato da molteplici trasformazioni, che riguardano l'individuo nella sua totalità e in cui si intrecciano eventi che ne coinvolgono la sfera biologica, psicologica, culturale e sociale. Proprio in questa età, si manifestano, e sempre più diffusamente sono oggetto di studio, comportamenti a rischio che possono avere conseguenze negative per la salute e per il benessere psicosociale.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale del Piemonte per il 2006-2010, afferma “il primato della prevenzione e il ruolo strategico delle attività di promozione della salute” e sottolinea l'importanza di “operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi, per migliorare le condizioni di salute, razionalizzare gli interventi e implementare un processo di miglioramento qualitativo dei risultati”.

Tra gli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti attivati sul territorio nazionale, esistono numerosi esempi di buone pratiche¹ ormai consolidate nel tempo. Tuttavia la loro diffusione sul territorio è ancora complessivamente insufficiente, frammentaria e disarticolata. La situazione della Regione Piemonte non si discosta da quella nazionale in quanto non sempre è presente una strategia comune di azione e un coordinamento multisettoriale dei programmi di prevenzione.

¹ Per buone pratiche si intendono “quegli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi, i valori, le credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione” (Kahan, Goodstadt, 2001, Best Practices in Health Promotion: the Interactive Domain Model, www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html).

Il programma Guadagnare Salute del Ministero della Salute tiene in considerazione questi elementi. Tale programma consente di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari, ma anche a quelli ambientali, sociali ed economici e prevede la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati) e la definizione di reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni e interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Il progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti, che vede il Piemonte come regione capofila a livello nazionale, si inserisce anch'esso nel processo di costruzione di una programmazione unitaria di interventi di prevenzione e promozione della salute.

Il progetto si è articolato in due fasi:

- la prima fase ha previsto la realizzazione di una ricognizione sul territorio nazionale, coordinata dalla Regione Piemonte, delle iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte agli adolescenti effettuate in tutte le regioni. Tale ricognizione ha riguardato 6 aree tematiche specifiche: salute sessuale; incidenti stradali; consumo di tabacco, alcol e sostanze; salute mentale; alimentazione; attività fisica. Il rapporto finale è consultabile e scaricabile dal sito web della Rete Nazionale dei Centri di Documentazione all'indirizzo www.retepromozionesalute.it. È stata inoltre prodotta una sintesi delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche disponibili in letteratura relative a tre aree tematiche, quali salute sessuale, consumo di tabacco, alcol e sostanze e incidenti stradali. Infine, sono stati costituiti, a livello regionale piemontese, tavoli tematici composti da operatori a vario titolo coinvolti nella programmazione e nell'attuazione degli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti che hanno contribuito attivamente all'analisi e all'individuazione di indicazioni utili per la progettazione degli interventi.
- la seconda fase prevede l'organizzazione di un piano nazionale unitario di promozione della salute negli adolescenti, sui 5 ambiti tematici (tabacco, alcol e sostanze; incidenti stradali; sessualità; alimentazione e attività fisica; salute mentale e benessere), da realizzarsi in coordinamento con le Regioni, per l'avvio di interventi di prevenzione finanziati con i fondi del progetto, nell'ambito del Programma Nazionale Guadagnare Salute negli Adolescenti. Le azioni realizzate e in programma in questa seconda fase sono visualizzabili sul sito web dedicato all'indirizzo www.inadolescenza.it.

Il documento

A livello regionale e locale, sono in fase di realizzazione numerosi interventi di educazione e promozione della salute rivolti agli adolescenti, altri hanno già alle spalle anni di sperimentazione. Molti progetti

sono proposti dalle ASL, nelle loro numerose articolazioni (Consultori, Dipartimenti di Sanità Pubblica, Ambulatori specializzati, ecc.), dalle scuole, dagli Enti locali, da gruppi professionali, da associazioni di volontariato. Esistono, tuttavia, anche realtà in cui è carente una programmazione degli interventi di prevenzione orientata dalle evidenze di efficacia e dalle indicazioni di buone pratiche. Le stesse istituzioni hanno spesso necessità di strumenti utili a definire e indirizzare la programmazione mirando a un progetto unitario, per sostenere, armonizzare e arricchire ulteriormente le azioni rivolte ai giovani e agli adolescenti e per evitare gravose sovrapposizioni di interventi, ottimizzando le risorse umane ed economiche messe in campo.

Questo documento è rivolto a tutti coloro, istituzioni, enti locali, gruppi professionali, operatori della sanità e del sociale che, nel programmare, progettare e realizzare interventi di promozione ed educazione alla salute rivolti agli adolescenti, hanno necessità di elementi di conoscenza e di buone pratiche.

A garanzia di una maggiore riproducibilità di buone esperienze, questo documento raccoglie oltre alle indicazioni provenienti dalla letteratura, indicazioni e suggerimenti frutto dell'esperienza maturata negli anni nella nostra Regione da parte degli operatori che hanno lavorato con e per i giovani.

Il documento è uno strumento a disposizione di chi lavora con gli adolescenti, per una progettazione efficace che dovrà rafforzarsi e consolidarsi nel tempo, in un processo che troverà al suo interno le motivazioni e le risorse per proseguire.



*Che i ragazzi non sappiano ciò che vogliono
è opinione concorde di tutti i sapientissimi maestri e precettori.
Che però anche gli adulti, come i ragazzi, brancolino su questa
terra senza sapere da che parte vengono e dove vanno [...]
ecco, questo nessuno vuole ammetterlo.*

Johann Wolfgang Goethe

BAMBINI OGGI, ADOLESCENTI DOMANI

La promozione della salute in adolescenza si fonda prevalentemente su interventi mirati all'evitare comportamenti o stili di vita dannosi o a ridurne le conseguenze. È noto infatti che nella fase adolescenziale il rischio esercita una forte attrazione e ciò in un processo di crescita è in un certo senso fisiologico. Incuranza, sottovalutazione delle conseguenze, sopravvalutazione delle proprie capacità o della propria fortuna, attrazione, ricerca, sfida sono elementi che fanno parte della psicologia adolescenziale. Tuttavia taluni comportamenti possono costituire un pericolo per il soggetto o per altri; ciò può accadere nell'immediato oppure nel corso dell'esistenza attraverso l'acquisizione di stili di vita impostati nel periodo adolescenziale: ecco quindi l'importanza di concentrare attenzioni, sforzi e interventi in questa fase evolutiva. Ciò nonostante l'adolescenza non è una fase a sé: l'adolescente di oggi è il bambino di ieri e quanto si è costruito o non costruito nelle precedenti fasi evolutive, rischia di incidere sulle sue scelte future. Se è vero ad esempio che il tema della sessualità, anche per evidenti ragioni biologiche, esplose in tutte le sue implicazioni nel periodo adolescenziale, i presupposti per un corretto rapporto con l'universo emotivo che contraddistingue tale dimensione trovano terreno fertile in epoche precedenti. Molte di quelle che appaiono e si presentano come problematiche tipicamente adolescenziali (si pensi alla vasta area dei disturbi alimentari, al bullismo, al consumo di sostanze, alla guida pericolosa, ai comportamenti sessuali a rischio e così via) possono essere, insieme ad altri importanti fattori, il risultato di un percorso evolutivo in cui, carenze di varia natura come uno stile educativo-affettivo inadeguato, si sono andate via via strutturando, senza la consapevolezza e l'intervento di azioni correttive mirate sin dal concepimento e la nascita di un figlio. Si pensi all'importanza degli interventi e delle attenzioni nel facilitare l'attaccamento precoce del neonato al seno della mamma, nel ridurre le ansie rispetto alla crescita fisica del neonato e nell'orientare verso stili di attaccamento "sicuri", agendo sui modelli operativi interni del bambino

e permettendo l'affermazione di modalità di relazione genitore-bambino funzionali al benessere evolutivo. La capacità di istituire una buona relazione con il bambino fin da subito (anche prima della nascita) costituisce come noto un fattore protettivo molto importante ma frequentemente sottovalutato.

Possiamo allora pensare alla realizzazione di corsi di accompagnamento alla nascita fin dal 4° mese di gravidanza; alla promozione di buone pratiche relativamente alle prime fasi di vita con particolare riferimento alla nascita attiva e all'allattamento al seno; alla costituzione di gruppi di sostegno alla genitorialità a partire dal dopo-parto; a interventi di promozione di uno stile alimentare adeguato a partire dallo svezzamento. Avere un figlio rappresenta un importante e delicato momento di transizione dove nascita biologica e nascita psicologica e sociale stravolgono equilibri interni all'individuo e al sistema e un neogenitore può trovarsi nella necessità di un dialogo, di un aiuto, di un confronto, non sempre possibili. L'approccio di chi si appresta a diventare padre e madre tuttavia è spesso orientato - per necessità economiche, professionali, sociali - allo sforzo quotidiano di conciliare molteplici istanze, con il rischio, in molte situazioni, di perdere di vista l'universo mentale che avvolge i propri bambini e l'idea che lo stile di accudimento e cura influenzi in modo importante lo sviluppo della loro personalità futura.

Un confronto con altri genitori che condividono la stessa esperienza e con esperti attraverso la creazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e spazi di incontro, già nelle scuole dell'infanzia, e la costruzione di una rete tra contesti formali e informali di sostegno alle famiglie, possono allora costituire ambiti di intervento utili e talvolta necessari per molti genitori che altrimenti non hanno l'opportunità di condividere con altri le proprie scelte e le proprie difficoltà. Ma soprattutto, l'adesione a gruppi che si mantengono stabili nel tempo, può consentire ai genitori di contare su relazioni consolidate e durature e di avere un riferimento che potrà risultare importante nella fase adolescenziale, quando si porranno determinati nodi critici che causeranno fatica e tensione. Ecco quindi perché è importante pensare e realizzare un percorso di accompagnamento, di sostegno, di promozione di una cultura della salute che nasca molto prima dell'adolescenza: dalla prima infanzia, dal concepimento.

Oltre a strutturare interventi in termini individuali e di gruppo e a sviluppare situazioni di incontro formali e informali, la grossa sfida che la prevenzione adolescenziale si trova ad affrontare riguarda la capacità da parte degli adulti e delle figure protettive di individuare, leggere e decodificare in modo appropriato segnali di difficoltà che spesso si esprimono attraverso sintomi somatici, modificazioni delle abituali modalità relazionali, calo nel rendimento scolastico. È evidente che tanto più è precoce la corretta rilevazione di tali segnali, quanto più l'intervento può definirsi preventivo rispetto all'instaurarsi di possibili quadri di psicopatologia che possono avere il loro esordio in età adolescenziale, ovvero nel momento in cui si rielaborano e consolidano modelli, strategie, abilità metacognitive.

1. METODOLOGIA

Nel presente capitolo sono illustrate le metodologie di lavoro, gli obiettivi e gli strumenti utilizzati per la costituzione dei tavoli tematici composti da operatori impegnati nell'ambito della prevenzione con gli adolescenti in Piemonte e per la revisione della letteratura relativa ad alcuni ambiti di prevenzione quali salute sessuale, consumo di tabacco, alcol e sostanze e incidenti stradali.

1.1 INDICAZIONI OPERATIVE

Uno degli obiettivi del progetto “Guadagnare Salute negli Adolescenti” è quello di definire indicazioni utili alla programmazione di interventi di promozione della salute tra gli adolescenti efficaci e realizzabili. L'attenzione è stata circoscritta a tre macro-temi ritenuti prioritari: salute sessuale, consumo di tabacco, alcol e sostanze e incidenti stradali. Si è scelto quindi di costituire tre gruppi tematici sulle aree identificate così da favorire la discussione e il confronto relativamente alle buone pratiche e alle iniziative messe in atto in tema di prevenzione e promozione della salute. L'intento è stato quello di allargare il più possibile il panorama delle realtà coinvolte a livello regionale favorendo la presenza di operatori con esperienza diretta nell'ideazione e conduzione di progetti e interventi rivolti agli adolescenti.

LA COSTITUZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO

Nella costituzione dei gruppi di lavoro sono stati scelti partecipanti con profili professionali differenti al fine di rendere la rilevazione quanto più completa possibile. La differenziazione delle competenze ha così favorito il confronto tra punti di vista diversi e conseguentemente tra i diversi ruoli agiti nella prevenzione, alcuni più teorici, altri più operativi.

Per facilitare il processo di scambio e condivisione sulle specifiche tematiche si è scelto di limitare il numero dei partecipanti a un massimo di dodici; per questo motivo, nell'ambito dei tavoli di lavoro, non è stato possibile invitare tutti gli interlocutori che a vario titolo avrebbero avuto esperienze e opinioni da portare. Nella scelta dei partecipanti si è tenuto conto della professionalità maturata nell'ambito della prevenzione, della quantità delle esperienze messe in atto e della specifica funzione istituzionale riconosciuta agli enti deputati all'attività di prevenzione.

I tre gruppi di lavoro risultano così composti:

GRUPPO DI LAVORO SULLA SALUTE SESSUALE	
<i>Celeghin Emanuela</i>	Provincia di Torino - Servizi Didattici Ce.Se.Di.
<i>Cucco Enzo</i>	Regione Piemonte - Assessorato Pari Opportunità
<i>Dal Conte Ivan</i>	ASL TO2 - Ospedale Amedeo di Savoia - Ambulatorio MST
<i>Di Chio Caterina</i>	Arcobaleno AIDS - Settore Educativo
<i>Giolito Maria Rosa</i>	ASL TO2 - SC Consultori Familiari e Pediatria di Comunità
<i>Gnemmi Andrea</i>	Contorno Viola
<i>Graziano Federica</i>	Università di Torino - Dipartimento di Psicologia Laboratorio di Psicologia dello sviluppo
<i>Mina Lorenzo</i>	ASL TO3 - REPES
<i>Obbia Paola</i>	ASL CN1 - Servizi Consultoriali
<i>Robotti Nicoletta</i>	Gruppo Abele - Settore Accoglienza
<i>Stura Roberto</i>	ASL AL - Distretto Sanitario di Casale Monferrato Gruppo di Educazione alla Salute
<i>Veglia Fabio</i>	Università di Torino - Facoltà di Psicologia - Scuola di Psicoterapia Cognitiva

GRUPPO DI LAVORO SU TABACCO, ALCOL E SOSTANZE

<i>Bellini Andrea</i>	ASL TO1 - SerT - Servizio Nuove Droghe Onda 1
<i>Bignamini Emanuele</i>	ASL TO2 - Dipartimento Dipendenze 1 - SerT
<i>Cormaio Maria Luisa</i>	ASL AL - Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
<i>Dutto Silvana</i>	ASL CN1 - Distretto di Saluzzo Savigliano Fossano - SerT
<i>Gagliardo Michele</i>	Gruppo Abele - Settore Giovani
<i>Giordano Livia</i>	Centro Prevenzione Oncologica CPO Piemonte - Gruppo Tecnico anti-tabacco
<i>Giubbolini Carla</i>	ASL TO1 - SerT
<i>Martinotti Antonio</i>	ASL BI - SerT
<i>Occhetto Carmen</i>	ASL CN2 - SerT - Centro di Documentazione Steadycam
<i>Scarfò Cristina</i>	ASL TO4 - SerT - Gruppo Religo
<i>Sibona Luca</i>	ASL CN2 - SerT - Centro di Documentazione Steadycam

GRUPPO DI LAVORO SUGLI INCIDENTI STRADALI

<i>Bina Manuela</i>	Università di Torino - Dipartimento di Psicologia Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo
<i>Carannante Giuseppe</i>	BIP BIP
<i>Carmazzi Federica</i>	ASL TO4 - Distretto di Chivasso Settimo - Servizio di Alcologia Progetto Multicentrico del quadrante Torino e Provincia
<i>Crosa Lenz Chiara</i>	ASL VCO - Dipartimento delle Dipendenze - Progetto "Scegliere la strada della sicurezza" - Progetto Multicentrico del Quadrante BI, NO, VC, VCO
<i>Lenti Giovanna</i>	Provincia di Torino - Osservatorio dell'Incidentalità - Progetto Timoteo
<i>Marinaro Laura</i>	ASL VC - Direzione Integrata della Prevenzione
<i>Miroglio Tiziana</i>	ASL AT - Servizio Educazione e Promozione alla Salute - Commissione Regionale Sicurezza Stradale - Progetto Multicentrico del quadrante Asti Alessandria

Molino Rita	ASL TO4 - Servizio di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute - Progetto "Scegliere la strada della sicurezza" - Progetto Multicentrico del quadrante Torino e Provincia
Quero Olga	Regione Piemonte - Assessorato Trasporti - Piano Regionale Sicurezza Stradale (PRSS)

GLI OBIETTIVI

I gruppi tematici costituiti avevano il mandato di contribuire attivamente all'analisi e all'individuazione delle indicazioni utili per la progettazione di interventi di promozione della salute rivolti agli adolescenti.

Gli obiettivi dei tre gruppi tematici sono stati:

- fornire informazioni riguardanti progetti di prevenzione e promozione della salute nei rispettivi ambiti, esplicitando la rilevanza dei singoli fattori e le eventuali criticità connesse, rilevati non solo nell'esperienza diretta degli intervistati, ma anche nella letteratura di riferimento;
- gestire la raccolta di informazioni riguardanti esperienze significative e la relativa letteratura di riferimento;
- favorire la creazione di reti, identificando altre persone di riferimento in grado di portare un contributo interessante al progetto al fine di ampliare i gruppi di lavoro.

LA FASE OPERATIVA

Ogni gruppo di lavoro si è incontrato quattro volte. Tra un incontro e l'altro sono stati inviati tramite posta elettronica aggiornamenti e materiali su cui ogni componente ha potuto lavorare a distanza.

I quattro incontri sono stati articolati nel seguente modo:

- nel **primo incontro** sono stati presentati gli obiettivi del progetto, con particolare riferimento al ruolo dei gruppi di lavoro tematici e all'impegno, in termini di attività e tempo, richiesto a ogni singolo partecipante;
- nel **secondo incontro** è stato condotto un *focus group* finalizzato a raccogliere le opinioni dei partecipanti. Questa tecnica di ricerca qualitativa ha permesso di stimolare l'interazione dei presenti e di

massimizzare l'apporto di informazioni e il contributo di ognuno. L'obiettivo non era quello di raggiungere il consenso tra i diversi punti di vista, ma quello di trarre il maggior beneficio possibile in termini di partecipazione e di apporto di professionalità ed esperienze differenti. I partecipanti sono stati invitati a fare riferimento non tanto ai singoli progetti attuati, ma piuttosto alla loro esperienza professionale complessiva. La traccia di discussione utilizzata verteva sui fattori ritenuti prioritari e sulle difficoltà incontrate nella gestione di interventi di prevenzione e, nello specifico, su destinatari, attori, contenuti, ambiti e metodi di intervento;

- nel **terzo e nel quarto incontro** sono state declinate e approfondite le informazioni precedentemente rilevate e opportunamente elaborate in griglie di sintesi. L'obiettivo dei due incontri è stato quello di evidenziare punti di forza e criticità di quanto evidenziato negli incontri precedenti, così da esplorare le opportunità e le sfide rilevanti ai fini di uno sviluppo futuro. Al termine del percorso il gruppo ha condiviso le informazioni emerse.

I contenuti discussi nei tavoli di lavoro sono stati successivamente rielaborati dal gruppo di coordinamento del progetto e costituiscono parte della presente pubblicazione. Il lavoro di ogni gruppo è stato trattato separatamente e rappresenta materiale tematico a sé sulla prevenzione rispettivamente nelle aree salute sessuale, consumo di tabacco, alcol e sostanze, e incidenti stradali che verrà descritto nel secondo capitolo.

1.2 EVIDENZE DI EFFICACIA E INDICAZIONI DI BUONE PRATICHE

Uno degli obiettivi del progetto nazionale “Guadagnare Salute negli Adolescenti” è quello di identificare le evidenze di efficacia, le linee guida e le raccomandazioni di buona pratica emerse dalla letteratura scientifica più recente in relazione agli interventi di prevenzione e di promozione della salute in adolescenza sulle seguenti aree di intervento:

- salute sessuale,
- consumo di tabacco, alcol e sostanze,
- incidenti stradali.

Per ognuna di queste aree, di seguito sono descritte la metodologia di lavoro e le strategie di ricerca utilizzate per il reperimento della letteratura scientifica, da cui è stata ricavata una sintesi delle evidenze di efficacia e di indicazioni di buone pratiche presentata nel secondo capitolo.

1.2.1 Salute sessuale

L'obiettivo dell'indagine condotta è quello di identificare le evidenze di efficacia e le raccomandazioni di buona pratica in relazione agli interventi di prevenzione degli STD (*Sexual Transmitted Diseases*), delle gravidanze indesiderate e ai programmi di educazione alla sessualità in adolescenza emerse dalla letteratura scientifica più recente. Più precisamente si farà riferimento alle pubblicazioni relative agli anni che vanno dal 2004 al 2008 e quelle relative ai primi mesi del 2009. I documenti antecedenti al 2004 sono stati oggetto di una precedente ricerca documentale condotta dal Servizio di Riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SeREMI) dell'ASL di Alessandria. Tale indagine ha individuato 32 studi che sono stati raggruppati in nove categorie tematiche: popolazione generale, adolescenti, donne, consumatori di droghe per via endovenosa, circoncisione, eterosessuali, omosessuali, gravidanza, condom. Per quanto riguarda gli interventi rivolti al *target* adolescenti sono state considerate tre revisioni sistematiche (Oakley *et al.*, 1995; Juárez, Díez, 1999; Mullen *et al.*, 2002¹). La presente indagine intende completare la ricerca documentale precedentemente realizzata con le evidenze più recenti.

Le fonti utilizzate sono state di diversa natura. In primo luogo sono stati presi in considerazione gli articoli scientifici sul tema (singoli studi e ricerche, *reviews* e metanalisi) pubblicati sulle principali riviste nazionali e internazionali; in secondo luogo sono state prese in considerazione le pubblicazioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), le rassegne sistematiche (*Health Promotion and Public Health Reviews*) sul tema pubblicate dall'EPPI-Center (*Evidence for Policy and Practice Information Centre*) e le pubblicazioni (disponibili online) dell'ETR Associates (*Education, Training, Research Associates*) in relazione al programma "*HIV, STD and Unplanned Pregnancy Prevention*".

Le ricerche in merito agli articoli scientifici è stata condotta sui seguenti database: PsychINFO, EMBASE, Ovid MEDLINE, PsycARTICLES Full Text e Journals@Ovid Full Text² per quel che riguarda le riviste in-

1 Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnold, S., France-Dawson, M., Kelley, P., McGrellis, S. (1995). Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *British Medical Journal*, 310 (6973): 158-162; Juárez, O., Díez, E. (1999). Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gaceta Sanitaria*, 13 (2): 150-162; Mullen P. D., Ramirez, G., Strouse, D., Hedges, L. V., Sogolow, E. (2002). Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30 (1): 94-105.

2 La strategia di ricerca utilizzata (per *keywords and related terms*) è stata la seguente: *adolescents OR young OR teen-agers OR high school students OR college students AND, STD OR HIV OR AIDS OR pregnancy OR contraceptive OR condom use OR sexual behavior AND, intervention OR prevention OR programs OR meta-analysis*, limitando la ricerca agli

ternazionali e quelle nazionali indicizzate nei database specificati. Per quel che riguarda le riviste italiane non incluse in tali banche dati si è fatto riferimento alla banca dati del Centro Studi Gruppo Abele (<http://centrostudi.gruppoabele.org/>). Per l'esame delle pubblicazioni OMS, EPPI ed ETR si è fatto riferimento ai siti delle rispettive organizzazioni (<http://www.who.int>; <http://eppi.ioe.ac.uk>; <http://www.etr.org>;). Sono stati presi in considerazione tutti i documenti relativi a evidenza di efficacia o raccomandazioni di buone pratiche inerenti a interventi di prevenzione universale e sono stati esclusi quelli facenti riferimento a interventi rivolti a gruppi di soggetti fortemente a rischio o già affetti da patologie (es. tossicodipendenti, individui affetti da HIV, adolescenti che hanno già sperimentato una gravidanza).

La presente sintesi intende riassumere le principali evidenze di efficacia emerse dall'esame della letteratura in relazione a specifici aspetti degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuate dai gruppi di lavoro istituiti nell'ambito del progetto "Guadagnare Salute negli Adolescenti" e, in particolare, dal gruppo di lavoro sulla "Salute Sessuale". Verranno quindi distinte evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche relative a: destinatari, attori, contesti, contenuti e metodologia degli interventi. Si farà riferimento a documenti precedenti il 2004 rispetto a evidenze di efficacia o raccomandazioni di buona pratica riprese in modo non sufficientemente approfondito dalla letteratura più recente e originariamente frutto di studi antecedenti. Gli studi, le rassegne e i documenti citati nella sintesi (indicando autori e anno di pubblicazione) sono riportati nella bibliografia conclusiva. Un'ulteriore sezione della bibliografia è dedicata a fonti citate nei documenti presi in esame ma non direttamente esaminati; si è ritenuto importante citare tali fonti in quanto facenti riferimento a particolari evidenze di efficacia (emergenti da un numero limitato di studi o da un singolo studio) oppure a modelli teorici di riferimento. In caso di documenti di libero accesso online è stato riportato il relativo indirizzo Internet.

1.2.2 Consumo di tabacco, alcol e sostanze

L'obiettivo dell'indagine condotta è di identificare e sintetizzare le evidenze di efficacia, le linee guida e le raccomandazioni di buona pratica per la prevenzione emerse dalla letteratura scientifica più recente in materia di dipendenze e abuso di sostanze in adolescenza. In particolare, sono stati analizzati gli interventi che si propongono di ridurre la sperimentazione dell'uso di sostanze e il consumo problematico attraverso la trasmissione di conoscenze e il cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti degli adolescenti. Inoltre la revisione ha preso anche in considerazione la prevenzione delle dipendenze senza sostanze, come la dipendenza da gioco d'azzardo, da internet, ecc.

Gli studi hanno analizzato specifici aspetti degli interventi, individuati dai gruppi di lavoro istituiti nell'ambito del progetto "Guadagnare Salute negli Adolescenti" e, in particolare, dal gruppo di lavoro sulle

anni 2004-2009 e ai documenti disponibili in *full-text*.

“Dipendenze”. I partecipanti al gruppo hanno evidenziato che la prevenzione delle dipendenze è frutto dell’interazione di diverse dimensioni; verranno quindi distinte evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche relative a destinatari, attori, contesti, contenuti e metodologia degli interventi.

La revisione non si è occupata di interventi normativi e strutturali (quali ad esempio, le limitazioni alla vendita e al consumo di bevande alcoliche, i controlli alcol-metrici e le relative sanzioni) e di interventi che non erano oggetto del progetto “Guadagnare Salute negli Adolescenti” né di studi che valutavano interventi specifici di prevenzione dell’iniziazione al fumo ³.

L’indagine ha individuato e valutato revisioni sistematiche, linee guida e raccomandazioni sia nazionali sia internazionali. La ricerca di ulteriori prove di efficacia si è limitata agli ambiti di conoscenza per i quali le linee guida e le revisioni sistematiche esistenti non fornivano elementi utili oppure richiedevano un aggiornamento. Per reperire gli studi è stata effettuata una ricerca bibliografica sulle banche dati MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, PsychINFO fino a novembre 2009. Sono state inoltre esaminate le pubblicazioni dell’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), dell’Osservatorio Europeo per le Droghe e le Dipendenze (OEDT), e siti istituzionali nazionali, internazionali e regionali. Non sono stati posti limiti temporali alla ricerca e si è data priorità ai termini MeSH⁴ quando possibile. Sono stati presi in considerazione tutti i documenti relativi a evidenza di efficacia o raccomandazioni di buone pratiche inerenti a interventi di prevenzione universale, e sono stati valutati anche i lavori facenti riferimento a interventi rivolti a gruppi di soggetti in condizioni di alto rischio. Gli studi, le rassegne e i documenti citati sono riportati in bibliografia.

La valutazione della qualità metodologica e l’estrazione dei dati delle revisioni e degli studi primari hanno utilizzato le schede elaborate dallo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, tradotte in lingua italiana dal Programma Nazionale Linee Guida (PNLG), specifiche per tipologia di studio. La valutazione degli interventi tiene conto sia della qualità complessiva delle prove di efficacia così come emerse dalle sintesi, sia del bilancio in termini di effetti negativi tra il danno e il beneficio prodotto dall’intervento.

Le linee guida reperite sono state sottoposte a una valutazione della qualità metodologica concentrandosi sui seguenti aspetti:

- descrizione della metodologia utilizzata per reperire e analizzare gli studi primari
- descrizione della metodologia utilizzata per elaborare le raccomandazioni
- descrizione del gruppo che ha elaborato la linea guida
- presenza di una bibliografia completa.

3 Tale argomento è oggetto di una revisione finalizzata alla produzione di Linee Guida per la prevenzione del fumo di sigarette tra i giovani a cura del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell’Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro e finanziata dal CCM.

4 I *Medical Subject Headings* o MeSH sono termini medici che vengono assegnati a un articolo per rappresentarne il contenuto e che sono utilizzati per cercare gli articoli contenuti nelle banche dati su un particolare argomento.

Gli esiti considerati per tutti documenti esaminati sono i seguenti:

- conoscenze sui rischi legati al consumo di alcol e droghe
- acquisizione di competenze generali e specifiche
- intenzioni legate al consumo di alcol e altre sostanze
- sperimentazione di alcol e sostanze
- abuso di sostanze
- policonsumo di sostanze.

Per la ricerca sono state selezionate e analizzate 23 revisioni sistematiche, 5 linee guida internazionali e 44 articoli.

1.2.3 Incidenti stradali

L'obiettivo dell'indagine condotta è di identificare e sintetizzare le evidenze di efficacia, le linee guida e le raccomandazioni di buona pratica per la prevenzione e la promozione della salute emerse dalla letteratura scientifica più recente in materia di sicurezza stradale per gli adolescenti. In particolare, sono stati analizzati gli interventi volti a:

- informare ed educare gli adolescenti sulla sicurezza stradale
- promuovere comportamenti di guida responsabile
- promuovere e comunicare la sicurezza stradale.

Gli studi hanno analizzato specifici aspetti degli interventi, individuati dai gruppi di lavoro istituiti nell'ambito del progetto "Guadagnare Salute negli Adolescenti" e, in particolare, dal gruppo di lavoro sugli "Incidenti Stradali". I partecipanti al gruppo hanno evidenziato che la prevenzione è un atto complesso, in cui interagiscono diverse dimensioni; verranno distinte evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche relative a: destinatari, attori, contesti, contenuti e metodologia degli interventi.

La revisione non si è occupata di interventi legislativi e di interventi che riguardano infrastrutture e veicoli, che non erano oggetto del progetto "Guadagnare Salute negli Adolescenti", quali ad esempio le limitazioni alla vendita e al consumo di bevande alcoliche, gli obblighi di revisione/manutenzione dei veicoli, la progettazione di piste ciclabili e i controlli alcol metrici e le relative sanzioni.

Sono state ricercate e valutate revisioni sistematiche esistenti, linee guida e raccomandazioni sia nazionali sia internazionali. La ricerca di ulteriori prove di efficacia si è limitata agli ambiti di conoscenza per i quali le linee guida e le revisioni sistematiche esistenti non fornivano elementi utili oppure richiedevano

un aggiornamento. Per reperire gli studi è stata effettuata una ricerca bibliografica sulle banche dati MEDLINE, EMBASE, Cochrane library, CHINAIL, PsychINFO fino a settembre 2009. Sono state inoltre esaminate le pubblicazioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), le rassegne sul tema pubblicate dall'*EPPI-Center (Evidence for Policy and Practice Information Centre)* e siti istituzionali nazionali, internazionali e regionali (in particolare il focus "Incidenti Stradali" presente sul sito web del Centro di Documentazione per la Promozione della Salute – DoRS Piemonte – www.dors.it). Non sono stati posti limiti temporali alla ricerca e si è data priorità ai termini MeSH quando possibile. La valutazione della qualità metodologica e l'estrazione dei dati delle revisioni e degli studi primari hanno utilizzato le schede elaborate dallo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, tradotte in lingua italiana dal Programma Nazionale Linee Guida (PNLG), specifiche per tipologia di studio. La valutazione degli interventi tiene conto sia della qualità complessiva delle prove di efficacia così come emerse dalle sintesi, sia del bilancio in termini di effetti negativi tra il danno e il beneficio prodotto dall'intervento.

Le linee guida reperite sono state sottoposte a una valutazione della qualità metodologica concentrandosi sui seguenti aspetti:

- descrizione della metodologia utilizzata per reperire e analizzare gli studi primari
- descrizione della metodologia utilizzata per elaborare le raccomandazioni
- descrizione del gruppo che ha elaborato la linea guida
- presenza di una bibliografia completa.

Gli esiti considerati per tutti documenti esaminati sono i seguenti:

- diminuzione degli incidenti stradali
- diminuzione degli incidenti con lesioni e fratture
- diminuzione degli incidenti con esito mortale
- diminuzione delle infrazioni al codice della strada
- adozione di comportamenti sicuri relativamente alla sicurezza stradale.

Per la ricerca sono state selezionate e analizzate 18 revisioni sistematiche, 72 articoli, 6 linee guida e raccomandazioni, riportati nella bibliografia.

2. LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE IN ADOLESCENZA

2.1 SALUTE SESSUALE

*“Chi sei?” chiese il bruco.
Alice rispose, intimidita: “Io... ecco... in questo momento
non lo so... però so chi ero quando mi sono alzata, stamattina,
ma da allora ci sono stati molti cambiamenti”.*

Lewis Carroll

Di seguito sono riportati gli esiti delle attività effettuate sul tema della prevenzione e promozione della salute sessuale in adolescenza. La prima parte riporta le indicazioni emerse all'interno degli incontri del tavolo tematico composto da operatori socio-sanitari del Piemonte sul tema della prevenzione nell'area della salute sessuale. La seconda parte include una sintesi delle evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche per gli interventi relativi alla salute sessuale in adolescenza tratte dalla letteratura scientifica più recente.

2.1.1 Indicazioni operative

La salute sessuale di adolescenti e giovani è uno dei temi più attuali negli ultimi tempi. Se si parte dal presupposto che una quota considerevole di adolescenti e giovani non utilizza precauzioni con sistematicità, sia nelle relazioni occasionali che in quelle più stabili e regolari, non si può che concludere che costoro

stanno correndo dei rischi per la salute e più in generale per il loro benessere. I rischi legati al comportamento sessuale adolescenziale non sono infatti solo fisici e non riguardano soltanto le malattie sessualmente trasmesse o le gravidanze indesiderate. Sul piano psicologico, i rischi riguardano soprattutto l'attività sessuale precoce e sono legati alla carenza delle competenze relazionali ed emotive necessarie per vivere positivamente l'esperienza sessuale. Proprio perché le capacità necessarie per impegnarsi in un'attività sessuale non rischiosa sono tante e hanno notevoli ricadute sia a livello di benessere psicologico che a livello di salute fisica, gli interventi di prevenzione e di promozione della salute sessuale in adolescenza non si devono limitare alla prevenzione del rischio di contagio o delle gravidanze indesiderate, ma devono prendere in considerazione anche gli aspetti emotivi e relazionali della sessualità.

Diventa quindi importante promuovere quelle competenze che, pur non essendo specifiche del comportamento sessuale, svolgono un ruolo di protezione e permettono di stabilire relazioni sessuali soddisfacenti e paritarie. Educare alla sessualità implica quindi educare alla relazione e alla comunicazione con l'altro in un clima di rispetto e non di sopraffazione. Ciò significa anche tenere conto di quali sono i modelli di comportamento e di giudizio dell'attività sessuale in adolescenza nei diversi sottogruppi culturali e in relazione al genere. Si tratta certo di un lavoro complesso, che parte da molto lontano nello sviluppo individuale, ma al quale non sono estranei gli interventi educativi della famiglia, della scuola e della comunità. Accanto al forte ruolo educativo dell'adulto, non può però mancare la centralità dell'adolescente, attore cruciale e risorsa principale da potenziare in tutti i suoi contesti di riferimento. Più in generale, gli interventi di promozione della salute sessuale in adolescenza devono tener conto che non sono tanto le conoscenze a mancare, quanto le competenze per saperle utilizzare. Ciò conferma la necessità di progettare interventi che vadano oltre la realizzazione di lezioni frontali tenute da esperti nel contesto scolastico e che prevedano il coinvolgimento e la collaborazione di più attori. La costruzione di progetti di promozione della salute sessuale integrati tra soggetti diversi, istituzionali e non, sebbene richieda tempo ed energia per trovare un linguaggio comune, è infatti condizione necessaria per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Di seguito sono riportate le indicazioni operative elaborate con i componenti del tavolo di lavoro sulla prevenzione nell'area della salute sessuale in adolescenza, a cui sono stati aggiunti alcuni approfondimenti teorici sottoforma di box informativi con l'intento di fornire alcuni spunti di riflessione e i principali riferimenti teorici su alcuni specifici aspetti.



Attenzione!

- *L'età dei destinatari da coinvolgere negli interventi di prevenzione dipende dai contesti specifici.*
- *Prima dell'intervento è utile rilevare alcune caratteristiche dei destinatari avvalendosi di strumenti quantitativi (questionari) e/o qualitativi (interviste, focus group, ecc.).*

Facendo riferimento all'universo scolastico, a seconda del contesto, è indicato programmare gli interventi di educazione sessuale e di prevenzione delle condotte sessuali a rischio a partire dalla preadolescenza e in particolare durante il **III anno della scuola secondaria di I grado** (13-14 anni), prima che la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze inizi l'attività sessuale (secondo le più recenti ricerche circa i tre quarti dei giovani iniziano la propria attività sessuale dopo i 15 anni).

In alcuni casi specifici, se l'analisi del contesto in cui si intende agire fa emergere condizioni predisponenti (composizione della classe, richieste specifiche, ecc.), può risultare opportuno intervenire anche prima, durante il **secondo anno della scuola secondaria di I grado**.

È altrettanto importante prevedere degli interventi nella fascia di età successiva, poiché adolescenti di età diverse hanno in genere livelli diversi di coinvolgimento nelle condotte sessuali a rischio e non. Nelle scuole secondarie di II grado è opportuno intervenire su ragazzi e ragazze che frequentano il secondo anno, quando sono inseriti stabilmente nel nuovo contesto scolastico e risultano particolarmente interessati al tema della sessualità, delle relazioni e dei rischi che queste possono comportare. Il secondo anno dalla scuola secondaria di II grado può inoltre rappresentare l'ultima occasione utile per intercettare una parte dei destinatari prima che termini il proprio percorso scolastico.

● Target generale

Ragazzi che frequentano il II/III anno della scuola secondaria di I grado

Ragazzi che frequentano il II anno della scuola secondaria di II grado

Target specifici

Ragazzi e ragazze

Ragazzi stranieri

Ragazzi che frequentano diverse tipologie di scuola

È utile porre particolare attenzione a *target* che presentano specificità e bisogni particolari, tra questi si evidenziano:

- **i ragazzi e le ragazze:** in età adolescenziale esistono profonde differenze nel modo di percepire, vivere e sperimentare la sessualità tra maschi e femmine. In relazione a tali diversità, secondo l'OMS, gli interventi dovrebbero tener conto dei differenti modi di vivere la sessualità, favorendo nel contempo, un aperto scambio di opinioni. Inoltre occorre tenere conto dei rapporti di potere che entrano in gioco, nell'ambito delle relazioni affettive, nella decisione di avere rapporti sessuali e di proteggersi da eventuali rischi e quindi promuovere una riflessione sulle relazioni e sul senso di responsabilità;

- **i ragazzi stranieri:** è necessario adattare gli interventi alle specificità culturali dei ragazzi (stili di vita, contesti di appartenenza, religioni, pressioni sociali, ecc.) tenendo conto dei ruoli, dei significati attribuiti al comportamento sessuale nelle specifiche culture d'origine e del confronto fra tali modelli e quelli presenti nella cultura del paese di immigrazione. A questo si aggiunga che i ragazzi provenienti da alcuni contesti stranieri possono avere difficoltà nell'individuare i servizi di prevenzione e nel riferirsi ad alcune figure professionali per loro non consuete;

- **i ragazzi che frequentano diverse tipologie di scuole:** è opportuno adattare gli interventi al contesto scolastico; particolare attenzione va posta a difficoltà e opportunità presenti nei vari istituti scolastici, i licei, gli istituti tecnici e professionali, le scuole pubbliche e quelle private. Gli istituti professionali, in particolare, rappresentano spesso una delle poche possibilità di aggancio di quei ragazzi che escono precocemente dal percorso scolastico e non sono più facilmente raggiungibili.

Destinatari intermedi

Insegnanti

Genitori

Per migliorare l'efficacia degli interventi preventivi è importante coinvolgere come destinatari intermedi gli adulti di riferimento per questi ragazzi, e, nello specifico, **insegnanti e genitori.** 

Al fine di trasmettere ai ragazzi messaggi coerenti e ottenere effetti prolungati nel tempo è necessario infatti promuovere e sostenere i comportamenti corretti nell'ambito della famiglia e della comunità.

È importante favorire il coinvolgimento degli insegnanti, così da facilitare l'integrazione della tematica specifica nell'attività curricolare e un abbassamento delle resistenze nell'affrontarla.

Anche se non sempre è facile raggiungere i genitori , è importante impegnarsi a tal fine, non solo per trasmettere loro informazioni corrette ma anche per fornire strumenti in grado di migliorare la loro capacità di comunicazione e le competenze nel gestire la relazione educativa con i figli rispetto alla sessualità. È importante coinvolgere i genitori quando i figli frequentano le scuole elementari, ma è necessario renderli nuovamente partecipi negli anni delle scuole medie, durante i quali possono maturare bisogni e richieste nuovi.

È necessario adottare strategie e modalità organizzative (orari, luoghi) e relazionali (modalità di comunicazione) che facilitino la partecipazione affinché i genitori possano riconoscere l'importanza dell'obiettivo e sentirsi parte del progetto.

ATTORI E RUOLI



Attenzione!

- *Tutti gli adulti significativi devono essere coinvolti in percorsi formativi sulla tematica specifica.*
- *Tutti i professionisti che intervengono direttamente con gli adolescenti devono avere competenze specifiche nella conduzione e gestione delle dinamiche di gruppo.*
- *Tutti i soggetti che sono coinvolti devono promuovere e facilitare la collaborazione con i servizi socio-sanitari presenti sul territorio in modo da costruire un'ampia e trasversale rete di prevenzione.*

Attori ●
Mondo
della scuola
Operatori
socio- sanitari
Genitori

Per garantire l'efficacia dei programmi di promozione risulta prioritario coinvolgere tutti gli attori che a vario titolo e con ruoli differenti possono avere un ruolo nella prevenzione della salute sessuale dei ragazzi.

La collaborazione fra i vari soggetti risulta fondamentale non solo per la gestione dei singoli interventi ma anche per la creazione di una rete di intervento e sostegno più ampia che includa:

- **insegnanti:** l'educazione sessuale nelle scuole non va relegata ai soli interventi di esperti e di operatori esterni, ma deve essere parte integrante del percorso educativo e affidata a insegnanti con formazione specifica. Per garantire una pianificazione degli interventi condivisa e continuativa risulta inoltre utile il coinvolgimento, all'interno della scuola, degli organi preposti alla programmazione (collegio docenti, referente alla salute, dirigente, ecc.);
- **operatori dei servizi socio-sanitari** (medici specialisti, referenti per l'educazione alla salute, operatori del consultorio familiare/giovani, operatori dei centri MST, mediatori culturali, ecc.), esperti nella relazione (educatori, psicologi, ecc.), educatori territoriali: apportano una competenza tecnica di contenuto imprescindibile. È indispensabile garantire loro un raccordo con quelle figure che costruiscono una relazione continuativa e stabile con i ragazzi;
- **genitori:**  sono importanti alleati per favorire l'efficacia degli interventi.

A fianco di esperti e operatori è quindi indispensabile coinvolgere tutti gli adulti significativi  che possono costituire dei punti di riferimento importanti per i destinatari finali. Quest'attenzione permette di conciliare da un lato, l'importanza di interventi fondati su solide basi teoriche e, dall'altro, le differenti specificità che i programmi di prevenzione devono avere in relazione alle caratteristiche del contesto e del gruppo con cui si intende intervenire.

Gli attori degli interventi rivolti ai ragazzi devono possedere, come da indicazioni dell'OMS, caratteristiche e competenze specifiche:

1. abilità a trattare i giovani con rispetto;
2. capacità di mantenere la confidenzialità;

3. capacità di porsi come modelli di ruolo credibili;
4. apertura mentale e atteggiamento non giudicante;
5. sentirsi a proprio agio nel discutere argomenti di interesse per i giovani;
6. credere nel programma di educazione e dedicarvisi con impegno;
7. comprensione e impegno nel sostenere i diritti e la dignità dei giovani.

I CONTENUTI



Attenzione!

- *I comportamenti sessuali devono essere oggetto di interventi di promozione della salute così come la dimensione affettiva in senso più ampio.*
- *Gli interventi vanno integrati all'interno di un progetto che non veda la sessualità solo in una logica di rischio.*
- *I contenuti vanno adattati ai target specifici, considerando in modo particolare le differenze di genere e di orientamento sessuale.*
- *Gli interventi devono orientare i ragazzi e le ragazze a rivolgersi ai servizi socio-sanitari in caso di bisogno.*

In tutti gli interventi di prevenzione nell'area della salute sessuale è indispensabile fornire informazioni corrette sui rischi che riguardano le gravidanze indesiderate e la trasmissione delle infezioni sessualmente trasmissibili , nonché indicazioni sui comportamenti salutari che consentono di ridurre ed evitare tali rischi.

Gli interventi, oltre a fornire informazioni chiare, devono anche prendere in considerazione atteggiamenti, credenze e valori personali relativi ai rapporti sessuali e più in generale all'affettività.

Un'attenzione particolare deve essere dedicata alla relazione e, nello specifico, alla **sessualità inserita nella relazione**. Educare alla sessualità significa infatti educare alla relazione e conseguentemente al rispetto, alla reciprocità e allo scambio.

Con i ragazzi

Sessualità
nella relazione

Abilità
socio-cognitive

Capacità
comportamentali

Immagine
corporea

Identità di ruolo

Identità di genere

Metodi
anticoncezionali

Accesso ai servizi
socio-sanitari

Violenza e abuso

Gli interventi, devono proporsi di potenziare quelle **abilità socio-cognitive, o capacità comportamentali** , che possono costituire fattori di protezione rispetto a specifici comportamenti a rischio. Nell'ambito di tali abilità particolare importanza riveste il potenziamento del senso di autoefficacia  nel valutare criticamente la pressione dei pari e l'adesione passiva a modelli imposti da altri, sviluppando la capacità critica nei gruppi, la capacità comunicativa nelle relazioni sessuali, la gestione delle emozioni. Tenendo conto dell'età del campione di riferimento, è importante affrontare alcune tematiche legate alla salute sessuale e in particolare:

- **l'immagine corporea legata alla pubertà:** affrontando il tema della crisi che le profonde trasformazioni corporee dell'età puberale suscitano in tutti i ragazzi;
- **l'identità di ruolo:** offrendo occasioni di riflessione sull'approvazione, le pressioni, l'influenza e il sostegno sociale percepito da parte di amici e coetanei e sulla costruzione della propria identità di ruolo che risponda ai propri bisogni emotivi e relazionali;
- **l'identità di genere:**  aiutando il percorso di conoscenza e costruzione della propria identità sessuale;
- **i metodi anticoncezionali:**  informando sui rischi derivanti dalle malattie sessualmente trasmissibili e nello specifico sull'HIV nelle scuole secondarie di II grado; sottolineando le differenze fra l'utilizzo della pillola anticoncezionale e l'utilizzo del preservativo, soprattutto in merito alla trasmissione delle IST e alle conseguenze derivanti da quest'ultime;
- **i servizi socio-sanitari:** informando sulle caratteristiche e le modalità di accesso ai servizi che si occupano della salute sessuale, così da favorire la fruizione degli stessi (gratuità, tutela della *privacy*, ecc.);
- **violenza e abuso:**  affrontando questa tematica con un corretto approccio che preveda attenzione ai contenuti e ai metodi.

Tutti gli attori che a vario titolo partecipano a interventi di prevenzione devono essere coinvolti in attività di formazione dedicate che mirino alla costruzione di un sapere e di un linguaggio comune e quindi di una sinergia tra i diversi interventi e ruoli.

La formazione per gli attori coinvolti dovrebbe comprendere, oltre ai **contenuti informativi specifici**, anche lo sviluppo di **competenze relazionali**  **adatte ad affrontare l'argomento all'interno del gruppo classe**. Gli operatori scolastici, in generale, hanno poche opportunità di misurarsi su questo specifico tema, sia rispetto agli aspetti specifici che a quelli pedagogici e psicosociali connessi; è importante quindi che gli insegnanti siano preparati e in grado di rispondere in maniera adeguata alle domande specifiche che i ragazzi possono porre.



Con gli attori coinvolti

Conoscenze sul tema

Competenze relazionali

Tecniche di conduzione di gruppo



La prevenzione dell'abuso e della violenza

Prevenire l'abuso sessuale e la violenza sui minori significa sviluppare e potenziare quelle caratteristiche individuali, familiari e sociali che svolgono un ruolo di protezione nei confronti del minore, ostacolando il verificarsi di un abuso o di una violenza (Di Blasio, 2000). Una prevenzione efficace parte, ancor prima che da interventi strutturati e focalizzati sul tema dell'abuso e della violenza, da un contesto familiare, scolastico e sociale capace di ascoltare il minore e i suoi bisogni nelle differenti fasi evolutive. La promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti infatti non può essere delegata solo ai cosiddetti "esperti", ossia agli operatori socio-sanitari: nonostante sia importante avvalersi della loro consulenza, il punto di partenza per interventi mirati alla prevenzione dell'abuso e della violenza deve essere nel contesto in cui il minore è inserito. Gli interventi, per essere efficaci, devono coinvolgere l'intera comunità in cui i minori vivono, crescono e in cui devono essere protetti (Pellai, Tamborini, 2008) e avere un carattere multidisciplinare (Filisetti et al., 2003). Inoltre, un'efficace azione preventiva non può esimersi dall'approfondire quei casi di trascuratezza, all'apparenza non gravi e urgenti, che però spesso nascondono forme di violenza ai danni dei minori (ivi). La prevenzione dell'abuso e della violenza sui minori può essere considerata lungo un continuum: a un estremo si trovano gli interventi volti a promuovere il benessere dei minori e a sviluppare la consapevolezza del fenomeno in questione nella popolazione adulta; a un altro si trovano gli interventi che mirano a ridurre gli effetti negativi della violenza e dell'abuso. Il gruppo di ricerca europeo denominato "Action for the prevention of child abuse in Europe" (CAPCAE) ha classificato gli interventi di prevenzione della violenza e dell'abuso come segue:

- 1) interventi di prevenzione primaria finalizzati a ridurre l'incidenza del fenomeno, a promuovere una cultura di tutela dell'infanzia e a identificare le situazioni a rischio di abuso e violenza;
- 2) interventi di prevenzione secondaria destinati a minori in cui si sono già manifestati i segni dell'abuso e della violenza, finalizzati a una presa in carico precoce e a una riduzione della prevalenza del fenomeno;
- 3) interventi di prevenzione terziaria volti a ridurre i danni fisici e psicologici connessi all'aver subito violenza o abuso (Kooijman, Wattam, 1998).

In generale, l'adozione di programmi di prevenzione primaria è uno dei principali fattori responsabili della diminuzione dell'incidenza della violenza sui minori (Jones et al., 2001). Gli interventi di prevenzione primaria dell'abuso e della violenza possono essere indirizzati sia agli adulti che ai bambini e adolescenti. Nel primo caso si tratta di interventi di sensibilizzazione e formazione rivolti a genitori, insegnanti e operatori socio-sanitari: è importante che la sensibilizzazione sui diritti dei minori e sulle conseguenze negative dell'abuso e della violenza si estenda anche all'intera opinione pubblica per favorire una presa di coscienza generalizzata del problema e una cultura di reale attenzione al minore e ai suoi bisogni (Pellai, 2004). In particolare, il ruolo dei genitori e degli insegnanti è fondamentale nella prevenzione dell'abuso e della violenza. I genitori vanno sostenuti nel loro compito educativo e aiutati a migliorare le loro competenze parentali e a sviluppare la capacità di ascolto e di dialogo e l'educazione emotiva. Nel secondo caso si tratta di potenziare competenze e abilità cognitive, emotive e sociali del minore in modo che sia in grado di proteggersi, di evitare situazioni potenzialmente pericolose e di allontanare un possibile individuo abusante. Tali competenze di carattere generale possono essere potenziate nel contesto scolastico attraverso l'azione quotidiana dell'insegnante in classe. Esistono anche interventi di prevenzione specifici per l'abuso sessuale e la violenza sui minori che l'insegnante può realizzare con la consulenza di persone esperte e che prevedono di insegnare ai bambini a conoscere il proprio corpo, i comportamenti sessuali appropriati, le strategie per fronteggiare un'aggressione subita da conoscenti o estranei e per chiedere aiuto a un adulto in caso di bisogno (Pellai, Tamborini, 2008). La maggior parte dei bambini che ha partecipato a interventi specifici di prevenzione dell'abuso ha riportato un miglioramento delle proprie abilità volte all'autoprotezione e all'autoconsapevolezza (MacIntyre, Carr, 1999). Gli interventi specifici di prevenzione dell'abuso e della violenza sono generalmente destinati agli alunni della scuola primaria. In adolescenza, tali interventi devono essere inseriti in una cornice più ampia che tenga conto dei cambiamenti fisici e cognitivi a cui l'individuo è sottoposto. La prevenzione secondaria e terziaria sono invece funzioni dei servizi e delle istituzioni deputati alla tutela e alla protezione dei minori.



Gli anticoncezionali

L'uso di metodi anticoncezionali in adolescenza è abbastanza diffuso, anche se rimane un'alta percentuale di adolescenti e giovani che non ricorrono ad alcun contraccettivo o non lo utilizzano regolarmente durante i rapporti sessuali (Bonino et al., 2003; Simonelli et al., 2000). Ciò significa che la maggior parte dei rapporti sessuali tra adolescenti e giovani avviene in condizioni di rischio, nonostante i programmi e le campagne informative attuate a livello nazionale e internazionale. Secondo un'indagine condotta recentemente dall'Istituto Superiore di Sanità su un ampio campione di adolescenti di età compresa tra i 14 e i 16 anni, più della metà degli intervistati condivide l'affermazione secondo la quale i giovani utilizzano poco i metodi contraccettivi più sicuri (Donati et al., 2000). Le motivazioni addotte più frequentemente dagli adolescenti per giustificare il mancato uso della contraccezione sono l'imbarazzo e la vergogna nel procurarsi, la convinzione che tolgano spontaneità al rapporto sessuale, il timore di essere scoperti dai genitori e la mancanza di conoscenze sui metodi anticoncezionali e sul loro funzionamento (Bonino et al., 2003; Donati et al., 2000; Simonelli et al., 2000). Emerge dunque la necessità di fornire agli adolescenti informazioni corrette e adeguate sul funzionamento degli anticoncezionali e su come e dove procurarsi, ma è anche importante "evitare di confondere la conoscenza dei metodi anticoncezionali con le competenze necessarie per saperli utilizzare in un contesto a forte risonanza emotiva come quello sessuale. La decisione contraccettiva non è solo un problema tecnico e conoscitivo, ma investe la globalità della relazione con il partner e rimanda quindi a problematiche psicologiche ben più complesse. Queste riguardano in primo luogo l'integrazione tra affettività e sessualità" (Bonino, 1999; p. 27).

Pertanto, a livello di prevenzione e promozione della salute, è utile insistere su quest'ultimo aspetto, centrando il messaggio non solo sul singolo individuo ma sulla coppia. L'uso di un contraccettivo richiede non solo di averlo a disposizione o di verificare che lo abbia il partner, ma anche di concordarne l'uso. La contrattazione sull'uso della contraccezione, soprattutto durante i primi rapporti sessuali, incontra particolari ostacoli quali la paura di fare brutta figura, il timore di mostrare sfiducia nelle condizioni fisiche o nel comportamento del partner e il desiderio di mantenere una maggiore vicinanza fisica e emotiva (Simonelli, 1998). Ad esempio, l'uso del preservativo è percepito come problematico dagli adolescenti in quanto "può inibire i ragazzi inesperti, può spaventare le giovani ragazze le quali possono essere inibite per vari motivi non per ultimo a causa di un atteggiamento, proprio o altrui, moraleggiante. Esse ne devono chiedere o discutere l'utilizzo, in una maniera che spesso è estranea alle percezioni dei ruoli sessuali di entrambi i partner. Probabilmente, ancora oggi, il dato tecnico che fa sì che sia il maschio a indossare il profilattico durante il rapporto sessuale, ha un peso determinante su tale scelta; nello stesso tempo sollecita attenzione alla complessità delle relazioni uomo-donna. Nel momento in cui un

uomo desidera proteggere il rapporto sessuale può farlo, indipendentemente dal fatto che la partner lo richieda, mentre nel caso contrario è necessario che la donna sia in grado di proporlo“ (Simonelli et al., 2000; p. 22).

I programmi di educazione sessuale rivolti agli adolescenti dovrebbero quindi essere finalizzati sia all'acquisizione delle informazioni per un utilizzo corretto dei metodi anticoncezionali sia al potenziamento delle abilità relazionali. Tali abilità permettono da un lato, di proporre al partner l'uso di un contraccettivo e di accertarsi che lo utilizzi in maniera corretta, dall'altro di rifiutare un partner che non coopera, sapendo respingere eventuali argomentazioni portate a sostegno del non uso fondate su aspetti di carattere fiduciario e morale. Una adeguata educazione sessuale contribuisce infatti allo sviluppo della personalità dell'individuo nella sua globalità e all'affermazione della propria unicità come valore e ricchezza (Arcidiacono, Gelli, 1994).



Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST)

Le infezioni sessualmente trasmesse costituiscono un gruppo di oltre 30 malattie che possono colpire in modo particolare la popolazione vulnerabile degli adolescenti. La diffusione di tali patologie in questa età è determinata oltre che da fenomeni psico-sociali, da peculiarità biologiche legate sia ad agenti patogeni sia a caratteristiche degli organi riproduttivi e del sistema immunitario che nell'età adolescenziale non hanno ancora raggiunto la loro funzione completa. Questo è particolarmente vero per infezioni come la *Chlamydia* che, contratta in età adolescenziale, incide profondamente sulla capacità riproduttiva negli anni successivi all'adolescenza (Holmes et al., 1999). Gli adolescenti mostrano una discreta conoscenza del fenomeno HIV/AIDS (Bonino et al., 2003; Donati et al., 2000; Simonelli et al., 2000). Lacunose risultano invece soprattutto le conoscenze che gli adolescenti hanno relativamente alle modalità di trasmissione del virus dell'HIV (ad esempio, alcune modalità sono sovrastimate quali il rischio di contagio attraverso una trasfusione di sangue o il contatto di saliva) e alle strategie di prevenzione (ad esempio, usare la pillola è da molti ritenuta una misura efficace quando non lo è), molto scarse le conoscenze relative alle altre malattie sessualmente trasmissibili quali sifilide, clamidia e gonorrea (Donati et al., 2000; Tozzi et al., 1991; Ara et al., 1993; Signorelli et al., 1992; Fanelli et al., 1994; Carducci et al., 1995; Simonelli et al., 2000). Nonostante gli adolescenti siano consapevoli che l'infezione da HIV riguarda tutta la società, a essa non corrisponde una valutazione obiettiva del rischio personale in quanto gli adolescenti, soprattutto i più giovani, si percepiscono lontani dal pericolo

della trasmissione dell'HIV (Spizzichino, 2002; Simonelli et al., 2000; Cicognani, Zani, 1994). La sottostima del rischio di contrarre l'HIV tra gli adolescenti è ben nota nella letteratura scientifica sia nazionale sia internazionale (Fisher, Fisher, 1992; Malagoli Togliatti, 1998; Cerchierini et al., 2000): essa è in relazione a diversi fattori quali la percezione di invulnerabilità tipica degli adolescenti, la tendenza ad associare questa infezione a gruppi di popolazione specifici, il bisogno di ridurre o negare l'ansia associata alla malattia. Per un adolescente ammettere il rischio personale di poter incorrere nelle malattie sessualmente trasmissibili può minacciare l'immagine che si ha di se stessi e la propria autostima. Al contrario, la percezione di essere invulnerabili conferma la propria identità di persone capaci di controllare le proprie azioni e comportamenti, ma al contempo può indurre l'adolescente a ignorare alcune precauzioni quali l'uso di contraccettivi.

In generale, la maggior parte degli adolescenti giunge alla scoperta della sessualità senza conoscenze e informazioni adeguate. Nonostante gli adolescenti abbiano accesso a numerose fonti di informazione, le conoscenze e informazioni in tema di contraccezione e malattie sessualmente trasmissibili sono approssimative e insufficienti (Rumiati et al., 1995; Zani, 1997; Buzzi, 1998; Bonino et al., 2003). Sono gli stessi adolescenti a richiedere maggiori e più approfondite informazioni soprattutto su igiene sessuale e malattie sessualmente trasmissibili, seguite dagli aspetti psicologici connessi alla sessualità e dai metodi anticoncezionali (Donati et al., 2000), a patto però che tali informazioni siano veicolate all'interno di contesti e relazioni strutturate e significative. "La possibilità di confrontarsi con adulti e coetanei, anziché dover fare affidamento solo sulle informazioni dei mass media, svolge un ruolo positivo: gli adolescenti che hanno tale opportunità dimostrano di avere una visione più complessa del fenomeno e riconoscono la presenza di un rischio psicologico, accanto a quello fisico nel comportamento sessuale non protetto" (Bonino et al., 2003; p. 219). Da una parte ne deriva che sui temi della sessualità e della prevenzione dell'infezione da HIV in adolescenza sia utile adottare l'approccio della peer education (Croce, Gnemmi, 2003; Renfrew et al., 2002), che prevede la formazione di adolescenti per coinvolgerli con un ruolo attivo nella progettazione e realizzazione di interventi diretti ai loro coetanei: su tali temi infatti sembrano funzionare meglio i canali formativi meno convenzionali, ma più funzionali e a portata di mano degli adolescenti. Dall'altra, affrontare un confronto con gli adolescenti sui temi della salute e della sessualità richiede agli adulti, siano essi genitori, insegnanti, educatori o operatori socio-sanitari, non solo competenza di tipo tecnico, ma anche e soprattutto la capacità di affrontare i propri problemi personali e i propri pregiudizi (Solfaroli Camillocci, 1999). In questi contesti dovrebbe trovare spazio anche la promozione della distribuzione dei preservativi, la cui disponibilità è essenziale all'apprendimento dell'uso e all'interruzione del contagio (Blair et al., 2002). I programmi di prevenzione primaria delle infezioni sessualmente trasmissibili non possono prescindere da questo dettame fortemente promosso dall'OMS stessa.



Identità sessuale, identità di genere e orientamento sessuale

L'identità sessuale è determinata da cinque fattori biologici: i cromosomi sessuali, la presenza di gonadi maschili o femminili, la componente ormonale, le strutture riproduttive interne, gli organi sessuali esterni. La maggior parte degli individui è chiaramente definibile come maschio o femmina attraverso la presenza discriminante di questi cinque fattori, anche se esiste una minoranza di casi in cui uno o più di questi aspetti non possono esser definiti in modo esclusivo come maschili o femminili. In questo caso si parla di intersessualità, o di "Disordini della Differenziazione Sessuale" (Disorders of Sex Differentiation o DSD) che ha un'incidenza sulla popolazione generale pari a 1 su 4500 bambini. Si considera invece identità di genere il sesso a cui l'individuo, indipendentemente dalla sessualità biologica, sente di appartenere (Rogers, 2000). L'identità di genere è quindi la percezione di se stessi come appartenenti al genere maschile e femminile (Simonelli, 2002). Si deve fare attenzione a non confondere i casi di intersessualità o di DSD con la transessualità o il transgenderismo (Disturbi dell'Identità di Genere o DIG) (DSM IV, 1994) che invece sono termini che definiscono la condizione esistenziale di persone con identità di genere non congruente con il proprio sesso biologico (transessualità) o di persone che non vogliono definirsi attraverso una rigida classificazione maschile - femminile (transgenderismo). La condizione transessuale interessa meno dello 0,005 % della popolazione mondiale. Le persone transessuali, in genere, avviano un percorso di adeguamento dei caratteri sessuali (compreso l'intervento chirurgico di riattribuzione dei caratteri sessuali maschili o femminili) e chiedono la riattribuzione anagrafica sulla base della Legge 164/1982. L'orientamento sessuale definisce la direzione del desiderio sessuale: eterosessuale nel caso di persona con identità sessuale opposta, omosessuale nel caso di persona con identità sessuale uguale.

Lo sviluppo dell'identità di genere è un processo che inizia molto presto: la percezione di sé come maschio o femmina è presente già a due o tre anni e dà un contributo fondamentale alla consapevolezza della propria identità (De Wit, Van de Veer, 1993; Coates, Cook, 2001). Lo sviluppo dell'identità di genere assume importanza decisiva in adolescenza (Palmonari, 2001), periodo in cui si assiste a una rinegoziazione dei comportamenti sesso tipici in base a una minore o maggiore mascolinità e femminilità e si selezionano comportamenti di ruolo maggiormente corrispondenti al senso soggettivo del proprio genere (Cammarella, 2002; Simonelli, 2002). I cambiamenti fisici vissuti dall'adolescente comportano necessariamente un lavoro di ridefinizione del proprio ruolo in termini maschili o femminili (Confalonieri, Grazzani Gavazzi, 2005). Tale lavoro di ridefinizione è influenzato non solo da fattori biologici, ma anche da fattori ambientali, ossia dalle norme e dalle aspettative che i vari contesti di socializzazione dell'adolescente veicolano riguardo al genere e che riguardano comportamenti sociali, interessi, occupazioni,

espressione delle emozioni (Speltini, 1997). "Il raggiungimento di un'identità di genere non confusiva è sicuramente un compito evolutivo primario nel periodo adolescenziale, spesso origine di profonde lacerazioni e ambivalenze irrisolte. Essere maschi e essere femmine oggi significa confrontarsi con una realtà più complessa, articolata e in qualche modo più sfumata rispetto ad alcuni anni fa, dove forse l'idea di femminilità e mascolinità era più facilmente rintracciabile. Aspetti di somiglianza e di differenza di genere permangono, ma richiedono nuove articolazioni e un costante confronto con i modelli sociali e culturali che il contesto in cui si vive rimanda" (Confalonieri, Grazzani Gavazzi, 2005; p. 49). Ogni cultura o gruppo sociale definisce caratteri e valori dell'identità di genere, prescrive una gamma di funzioni ritenute proprie per il maschio e la femmina e sancisce che cosa si debba attendere dalla mascolinità e dalla femminilità (Riva, 2004; Dettore, 2005).



Attenzione!

- *La scuola è il luogo privilegiato per gli interventi di prevenzione e promozione della salute sessuale, ma non deve essere l'unico ambito di intervento.*
- *È necessario potenziare la realizzazione di interventi di prevenzione in luoghi di aggregazione diversi dalla scuola.*
- *I responsabili dei diversi contesti in cui si sceglie di operare vanno sempre coinvolti nella programmazione degli interventi.*
- *È auspicabile potenziare l'attività dei servizi che devono costituire dei punti di riferimento stabili per gli adolescenti.*
- *Ogni servizio del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che a vario titolo entra in contatto con gli adolescenti può essere un luogo dove si attuano interventi di prevenzione e promozione della salute sessuale.*

I luoghi

La scuola

I luoghi del divertimento

L'educativa di strada

I luoghi di aggregazione informali

Le istituzioni religiose

Il mondo virtuale e i nuovi media

I servizi socio-sanitari

La **scuola** costituisce un ambito di azione insostituibile, ma non può essere l'unico, perché alcuni ragazzi abbandonano la scuola o vivono in una condizione di isolamento ed emarginazione che rende difficile il loro coinvolgimento in interventi di prevenzione.

Per raggiungere questi adolescenti è necessario coinvolgere tutte le realtà e le organizzazioni rivolte ai giovani e tutti gli altri soggetti in grado di svolgere un ruolo complementare rispetto alla scuola, senza trascurare i **luoghi del divertimento** che, soprattutto in questa età, rappresentano uno spazio di relazione e di sperimentazione molto importante.

L'**educativa di strada**  è una risorsa importante che permette di raggiungere nei **luoghi di aggregazione informale** un gran numero di ragazzi, soprattutto stranieri tra i 15 e i 18 anni.

È necessario trovare una collaborazione con le diverse **istituzioni religiose** che costituiscono per molte famiglie e ragazzi un importante luogo di riferimento e di incontro.

Risulta poi importante dedicare attenzione e sviluppare interventi nell'ambito del **mondo virtuale e dei nuovi media** , quegli spazi di incontro e di scambio da cui gli adulti restano per lo più esclusi. Sempre più spesso è qui che i giovani cercano e trovano informazioni non sempre attendibili sul tema.

La prevenzione dei comportamenti a rischio e la promozione della salute sessuale sono compiti di tutti i **servizi del SSR** che a vario titolo si occupano di adolescenti. È strategico il coinvolgimento di questi servizi come luoghi dove attuare gli interventi ed è importante favorirne l'accesso da parte dei ragazzi; in queste sedi è importante promuovere l'uso del preservativo, anche attraverso la distribuzione diretta, come parte integrante dei programmi di prevenzione.



L'educativa di strada

Per educativa di strada si intendono quelle attività di promozione del benessere e prevenzione del rischio rivolte ad adolescenti e giovani e attuate nei contesti di aggregazione informale e spontanea. "Il lavoro educativo di strada ha rappresentato e rappresenta un grande mutamento rispetto alle tradizionali logiche di intervento educativo, secondo le quali l'incontro con adolescenti e giovani può avvenire solo nei luoghi e negli ambiti strutturati di aggregazione e di educazione" (Santamaria, Antonini, 2009, p. 42). La strada da luogo di rischio diventa spazio in cui poter incontrare gli adolescenti. Per gli adolescenti, la strada rappresenta l'habitat naturale, quel «luogo identitario e distintivo» (Regoliosi, 2002) che segna il confine tra l'in-group e l'out-group, in cui si è protetti dalle intrusioni degli adulti, ci si può incontrare per parlare, confrontarsi e passare del tempo insieme. È in questi spazi informali, non strutturati e non organizzati dalle regole degli adulti che si possono stabilire dei contatti con gli adolescenti, si può entrare in relazione con loro e si possono ascoltare i loro bisogni e desideri. Nell'ottica dell'educativa di strada infatti i processi educativi vanno avviati là dove gli individui vivono la loro quotidianità (Tonelli, 1997). L'educativa di strada presuppone quindi che spetti all'educatore accostarsi al gruppo

informale di adolescenti per realizzare interventi innovativi e creativi nel suo ambiente naturale (la piazzetta, il giardinetto, un muretto, l'esterno di un bar). L'educatore di strada è quindi "un lavoratore sociale inserito nell'area delle professioni di aiuto, in grado di stabilire una durevole relazione con gruppi informali adolescenziali, di prendere in carico le situazioni problematiche sia di un individuo che di un nucleo di persone (nuclei familiari, piccoli gruppi, ecc...), di inviare le persone con disagio a una rete di servizi e di risorse formali e informali, mantenendo con loro la relazione e provvedendo al loro sostegno durante la realizzazione di progetti specifici" (Progetto Formazione Capodarco, 2001 p. 94). L'educatore di strada si pone come un ponte tra gli adolescenti e la rete sociale e dei servizi attivi in un territorio con l'obiettivo di sviluppare forme di coinvolgimento e di progettazione comuni. L'educativa di strada "ha un senso se non si rivolge soltanto agli adolescenti: ha senso se riesce a creare (...) una piccola città consapevole di sé. Nessuna azione, progettualità, pedagogia di strada è edificabile senza alleanze sociali e relazionali" (Demetrio, 1999, p. 29). Nello specifico, gli interventi di strada rivolti a gruppi informali di adolescenti prevedono quattro fasi di lavoro: mappatura, ossia la frequentazione del territorio e l'osservazione dei gruppi informali presenti, contatto, cioè l'aggancio con i gruppi informali di adolescenti, consolidamento della relazione e realizzazione di micro-progettualità, ossia attuazione di iniziative e attività che rispondano alle esigenze, ai bisogni e ai desideri del gruppo di adolescenti (Cazzin, 1999).



I ragazzi e la comunicazione virtuale

I nuovi sistemi di comunicazione virtuale sono un grande stimolo per gli adolescenti, che possono vivere intense emozioni in rapporti che implicano un impegno limitato in legami che diventano rapidamente intimi. Infatti, nonostante la comunicazione avvenga prevalentemente attraverso testi scritti, c'è una grande attenzione alle emozioni: i partecipanti finiscono molto spesso per mettere a nudo i propri sentimenti, il proprio carattere e i propri desideri. In questo senso le relazioni interpersonali online non sono dissimili da quelle che caratterizzano qualsiasi altra relazione tradizionale, poiché comportano una varietà di sensazioni, sentimenti ed emozioni presenti anche nelle interazioni sociali che avvengono dal vivo.

"Agli adolescenti Internet può fornire lo spazio per vivere in modo nuovo quella condizione che

Erik Erickson definì moratoria psicosociale, ossia quel periodo caratterizzato dalla temporanea sospensione delle scelte esistenziali definitive e vincolanti e dominato invece da interazioni intense con la gente e con le idee, da amicizie appassionate e da sperimentazioni di esperienze, ruoli e identità diverse. La moratoria adolescenziale facilita lo sviluppo del sé, del senso personale, di tutto ciò che dà significato alla vita. Nel mondo reale però non esiste mai una moratoria che possa dirsi assoluta. La sperimentazione comporta sempre dei rischi, anche rilevanti... Le comunità virtuali offrono invece una moratoria assoluta e senza rischi. Negli spazi della rete un giovane può osare di più, giocare con i ruoli che vuole e con i sentimenti che crede, indossare maschere diverse, mettersi alla prova negli scenari più svariati, sperimentare sé alternativi, invertire ruoli, mettere in campo più alter-ego contemporaneamente e altro ancora. Con Internet i ragazzi hanno a disposizione un nuovo palcoscenico su cui muoversi senza problemi e senza rischi negli anni della moratoria adolescenziale. Dove trovano, dove troveranno la voglia di scendere? Come sono, come saranno sul palcoscenico della vita, quella vera?" (Oliverio Ferraris, Malavasi, 2001; p. 37).

L'uso eccessivo di Internet da parte dell'individuo può portare progressivamente a difficoltà relazionali in quanto l'individuo viene totalmente assorbito dalla sua esperienza virtuale, restando agganciato alla rete e compromettendo la propria vita sociale (Cantelmi et al., 2000; Ng, Wiemer-Hasting, 2005). In particolare l'intensa partecipazione a chat, blog, newsgroup e MUD (multi user dungeon - giochi di ruolo online) e la tendenza a instaurare relazioni amicali e amorose con le persone incontrate online può portare a un progressivo isolamento dell'individuo: man mano le relazioni virtuali divengono più importanti di quelle reali e il soggetto si isola, vivendo in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate. L'anonimato e l'assenza di vincoli spazio-temporali creano uno spazio psicologico in cui l'individuo può proiettare i propri vissuti e le proprie fantasie, favorendo lo sviluppo di una vera e propria dipendenza dal mondo virtuale (Del Miglio, Corbelli, 2003). Soprattutto l'adolescente, impegnato a elaborare la sua identità, attraverso l'anonimato e l'uso di uno pseudonimo, può presentarsi agli altri con identità del tutto inventate e spesso improbabili, creando una persona online sulla base del "come ci piacerebbe essere" e fingendo di essere qualcun altro. Tale comportamento, se da un lato, può aiutare l'adolescente a definire la sua identità in quanto permette di scoprire ciò che si è e ciò che si desidera essere, dall'altro, "può anche alienarlo in una serie di sé parziali, ambivalenti e contraddittori che non riesce a sintetizzare. Le conseguenze più gravi accadono quando il virtuale prevarica il reale" (Vegetti Finzi, Battistin, 2000; p. 359). Il rischio è infatti quello di privilegiare la propria identità virtuale a scapito di quella reale, a cui peraltro bisogna, prima o poi, riapprodare.



Attenzione!

- *Gli interventi episodici gestiti come lezioni frontali sono da evitare.*
- *A scuola, gli interventi degli esperti devono essere integrati nella programmazione curricolare.*
- *Per favorire la creazione di un clima facilitante è preferibile programmare interventi co-gestiti da due professionalità complementari.*

Metodi

Progettazione
condivisa

Interventi
continuativi
e integrati

Partecipazione
attiva

Comunicazione
adeguata

Promozione
delle *life skill*

L'attività di prevenzione e promozione della salute deve essere **condivisa**: gli interventi devono fondarsi sul sostegno di una rete territoriale, nell'ambito della quale si costruiscono l'interazione e l'integrazione di competenze diverse e si garantisce la razionalizzazione delle risorse impiegate. Di questa rete territoriale devono fare parte scuola, servizi socio-sanitari, associazioni e altre realtà del territorio.

Gli interventi così proposti devono essere **continuativi**. È importante prevedere un percorso educativo che accompagni i ragazzi nel corso degli anni e che sia adatto alle specificità del periodo che stanno vivendo. In quest'ottica, la formazione rivolta agli insegnanti assume un ruolo fondamentale.

Gli interventi degli esperti devono essere **integrati** in un progetto più ampio inserito nella programmazione scolastica e non esaurirsi in singole occasioni di intervento.

È importante che gli interventi di prevenzione siano progettati e realizzati da figure professionali complementari, centrate sia su competenze tecniche che relazionali e di gestione di gruppo.

I ragazzi e le ragazze destinatari degli interventi vanno coinvolti nella fase iniziale di attuazione attraverso metodi che favoriscano la loro **partecipazione attiva**. Tali metodi possono comprendere, a seconda dei contesti e dei gruppi di riferimento, percorsi di espressività corporea, giochi di ruolo, produzione di materiali, *peer education*, ecc. 

Vanno quindi privilegiate **forme di comunicazione e linguaggi** che riescano ad attivare un processo partecipativo. Ad esempio, è auspicabile adottare i principi dell'*edutainment*,  che si propone di raggiungere l'obiettivo educativo attraverso il gioco e sfruttando i mezzi e le forme di comunicazione più diffusi tra i giovani, in primo luogo quelli multimediali.

Gli interventi devono mirare a sviluppare **capacità e risorse individuali (life skills)**  promuovendo risorse personali utili a favorire l'agio e il benessere del soggetto. È necessario quindi aumentare nelle persone la capacità di gestire le relazioni  con gli altri in maniera positiva, che significa essere in grado di stabilire e mantenere le relazioni ma anche, laddove è necessario, di interromperle. In questo senso gli interventi devono puntare a potenziare il senso di autoefficacia nel resistere alla pressione dei pari e all'adesione passiva a modelli precostituiti, promuovendo il concetto di libertà personale, la capacità comunicativa nelle relazioni sessuali, la gestione delle emozioni, ecc.

Può essere opportuno, a seconda del contesto e dell'età dei destinatari, mettere a disposizione spazi separati per i ragazzi e le ragazze, per favorire la disponibilità al dialogo, oppure intervenire sui gruppi misti, in modo da favorire il confronto. Soprattutto nelle scuole secondarie di I grado è necessario prevedere delle **specifiche attività di formazione rivolte agli insegnanti** (ad esempio il *counseling*)  che si rendano disponibili e più in generale **a tutti gli attori coinvolti**.

● **Formazione**
Per gli insegnanti
Per tutti gli attori coinvolti



La peer education

Con il termine *peer education* (che tradotto letteralmente significa educazione tra pari) si intende “un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati” (Boda, 2001; p. 30) per realizzare precise attività con i propri coetanei. Nello specifico, un gruppo di coetanei opportunamente formati mette in atto una serie di azioni finalizzate a informare e influenzare il resto del gruppo su particolari argomenti. Si tratta di una metodologia di intervento utilizzata a partire dagli anni '70 principalmente in programmi di prevenzione e di promozione della salute. Essa prevede una formazione specifica di alcuni adolescenti su particolari argomenti e sulle modalità per comunicarli in modo adeguato ai coetanei (Croce, Gnemmi, 2003; Celata, Leone, 2006). Per tale motivo è importante che gli adolescenti che svolgono il ruolo di *peer educator* siano ben inseriti nel gruppo dei pari. Attraverso l'azione del *peer educator* e le dinamiche relazionali che spontaneamente si creano all'interno di un gruppo di pari, si instaura una forma di comunicazione reciproca. L'uso di un linguaggio comune e una modalità di relazione diretta tra coetaneo e coetaneo permettono di adattare le informazioni da veicolare alle caratteristiche del gruppo dei pari.

L'educazione tra pari è quindi un'utile metodologia di lavoro con gli adolescenti in quanto durante l'adolescenza è maggiore il bisogno di condividere con i propri coetanei esperienze, sentimenti, emozioni e comportamenti. Il confronto con individui ritenuti simili a sé, infatti, da un lato permette di apprendere come i coetanei si pongono di fronte alle difficoltà e quali strategie utilizzano per superarle e dall'altro offre l'occasione di riflettere su se stessi, di mettersi in discussione e di sperimentare nuove competenze e comportamenti (Hurrelman, Engel, 1989). Il gruppo dei pari esercita un ruolo importante non solo nei processi di socializzazione, ma anche a livello della costruzione di sé, compito che impegna costantemente l'agire dell'adolescente (Amerio et al., 1990), oltre a costituire un ambiente supportivo per la crescita e lo sviluppo del sé dell'adolescente (Fonzi, Tani, 2000).

Gli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive attuati dai pari si sono dimostrati più efficaci di quelli attuati dagli adulti (Gottfredson, Wilson, 2003). Nonostante ciò, anche negli interventi di *peer education*, va tenuta presente la necessità che gli adulti sostengano gli adolescenti che svolgono il ruolo di *peer educator* (Bonino, Cattelino, 2008).



L'edutainment

Il vocabolo "edutainment" è un neologismo inglese, coniato da Bob Heyman, composto dalla parola "education" (educazione, istruzione) e dalla parola "entertainment" (intrattenimento, gioco), che si può tradurre in italiano con "imparare giocando". Il significato di questo approccio educativo è ben riassunto dal pensiero di Marshall McLuhan, "coloro che fanno distinzione fra intrattenimento e educazione forse non sanno che l'educazione deve essere divertente e il divertimento deve essere educativo".

Soltanto a partire dalla seconda metà del Novecento si è deciso di studiare più approfonditamente le possibilità di convivenza di due logiche, quella dell'educazione e quella dell'entertainment, che prima di allora erano considerate molto distanti.

L'edutainment consente di acquisire nuove nozioni facilitandone l'apprendimento, di promuovere lo sviluppo delle competenze individuali e di imparare giocando, esplorando e lasciando libera di esprimersi la creatività e la voglia di divertimento. Il miglior metodo per apprendere, infatti, è quello che coinvolge, rende partecipi e permette di sperimentare le conseguenze delle proprie azioni.

Partendo da questi presupposti, l'edutainment propone quindi nuove modalità di insegnamento e di apprendimento basate sulla sinergia fra il processo formativo e il gioco, utilizzando i vantaggi legati all'interattività e alla multimedialità del mondo digitale.

I mezzi dell'educare giocando possono essere diversi: cartoni animati, programmi televisivi, film, musica, opuscoli a fumetti, video, libri interattivi, spettacoli teatrali, Cd-rom e DVD interattivi, siti web. Il computer è il principale supporto dell'edutainment, perché le nuove generazioni, sino dall'età scolare, imparano a usarlo e a interagire con i nuovi prodotti multimediali.

L'edutainment, quindi, è un ottimo strumento per poter trasmettere messaggi di prevenzione anche ai più piccoli, per comunicare con loro in maniera più immediata, perché si adatta facilmente al modello di comunicazione dei bambini utilizzando parole, immagini e situazioni adeguati.



La capacità di relazione

La capacità di stabilire una relazione affettiva e sessuale con un partner costituisce una delle caratteristiche dell'individuo adulto e rappresenta un compito di sviluppo fondamentale in adolescenza (Schulenberg et al., 1997). L'adolescenza, insieme con la giovinezza, rappresenta infatti un periodo cruciale per l'apprendimento della capacità di instaurare rapporti di coppia in grado di coniugare affettività e sessualità e di coinvolgersi in relazioni sessuali paritarie, in cui l'individualità di ciascun partner non subisca coercizioni, ma possa esprimersi liberamente ed essere rispettata (Brooks-Gunn, Paikoff, 1997). Nello specifico si tratta della capacità di saper entrare in relazione con l'altro in modo non dipendente o violento, di saper riconoscere i tentativi di manipolazione e opporvisi, di saper gestire e controllare i propri impulsi sessuali e le proprie emozioni, di saper rispettare le esigenze del partner, di saper usare strategie di negoziazione interpersonale in un contesto di forte emotività, di saper comprendere e valutare le conseguenze del proprio comportamento sia a livello relazionale che a livello riproduttivo, di saper procurarsi e utilizzare un metodo contraccettivo efficace e di saper godere dell'esperienza sessuale. In assenza di tali capacità, la qualità della relazione con il partner è scadente e di conseguenza l'attività sessuale può avvenire in condizioni di rischio sia per la salute fisica che per il benessere psicologico (Beyth-Marom, Fischhoff, 1997; Mitchell, Wellings, 1998; Bonino et al., 2003). Acquisire la capacità di instaurare relazioni affettive e sessuali si configura come un compito di sviluppo complesso, soprattutto per quegli adolescenti che non possiedono le competenze sociali, emotive e cognitive utili a realizzare un'esperienza sessuale che contribuisce allo sviluppo dell'identità e all'acquisizione di una maggiore autonomia (Zani, 1997). In particolare sono fondamentali le competenze comunicative (ad esempio, la discussione), di condivisione (ad esempio, il decentramento mentale del soggetto) e di progettazione del futuro che l'adolescente ha a disposizione in virtù dello sviluppo di nuove modalità di pensiero e ragionamento (Palmonari, 1997; Petter, 2002). Essere in grado di impegnarsi in una relazione affettiva profonda con un partner permette all'adolescente non solo di realizzare un'esperienza sessuale positiva, ma promuove anche il suo benessere, oltre a favorire la costruzione e il rafforzamento della propria identità (Coleman, Roker, 1998). "La scuola, in quanto istituzione educativa, non può esimersi dal trasmettere una cultura del rispetto, deve promuovere azioni positive per favorire quella maturazione emotiva che sta alla base di rapporti maturi tra gli individui, basati sulla consapevolezza dei bisogni e dei diritti dell'altro. La scuola superiore, in particolare, costituisce nella vita dei giovani un momento critico per lo sviluppo psicologico, un passaggio importante per il processo di socializzazione tra i generi, un periodo durante il quale i ragazzi e le ragazze assumono atteggiamenti nei confronti delle relazioni interpersonali e dei ruoli legati a queste interazioni" (Levorato, 2004; p. 35).



Il counseling

“Il counseling è un intervento psicologico finalizzato a migliorare il benessere individuale e a incrementare le abilità personali per aumentare il funzionamento adattivo dell'individuo sia a livello personale che interpersonale, perfezionando e implementando la qualità della sua vita. È un intervento d'elezione per il potenziamento, la riorganizzazione e la mobilitazione delle risorse personali e per il fronteggiamento, la risoluzione e il superamento delle situazioni di crisi (non patologiche), siano esse evolutive o accidentali” (Di Fabio, 2003, p. 41). Il counseling costituisce pertanto una strategia di promozione della salute e di prevenzione della malattia in quanto è un intervento finalizzato a operare in un'ottica di salute più che di malattia. L'obiettivo infatti non è quello di lavorare sul versante della patologia andando alla ricerca di ciò che non funziona e dell'origine delle difficoltà, ma, al contrario, quello di focalizzarsi sulle risorse disponibili per la persona aumentando la consapevolezza rispetto al problema e facendo sperimentare nuove soluzioni e modalità di adattamento all'ambiente. Nel caso degli adolescenti, il counseling ha l'obiettivo di ascoltare e sostenere i ragazzi e le ragazze nel far fronte alle difficoltà connesse con i compiti di sviluppo, rafforzandone le abilità e le competenze e favorendo la messa in atto di strategie e comportamenti adattivi e non pericolosi per la loro salute e il loro benessere psico-sociale. Il counseling con gli adolescenti richiede abilità e competenze specifiche. È infatti necessario evitare ogni dogmatismo teorico, essere ispirati alla massima flessibilità e possedere adeguate competenze comunicative e relazionali (Fuligni, Romito, 2002). “Sebbene alcuni adolescenti siano difficili da trattare, il counseling con loro può essere entusiasmante, stimolante e fruttuoso, a condizione che vengano compresi e rispettati alcuni principi fondamentali. I principi e le pratiche del counseling con gli adolescenti non sono complicati né difficili ma per molti versi sono significativamente differenti da quelli del counseling con i bambini o gli adulti. Se si conoscono adeguatamente i metodi giusti probabilmente arriveranno anche le soddisfazioni e i successi” (Geldard, Geldard, 2009, p. 9).

BIBLIOGRAFIA

- Amerio, P., Boggi Cavallo, P., Palmonari, A., Pombeni, M. L. (1990). *Gruppi di adolescenti e processi di socializzazione*. Bologna: Il Mulino.
- Ara, G., Rosazza, A., Vercellino, P., Bottura, G., Raviglione, M. (1993). AIDS e adolescenti: conoscenza, desiderio di conoscenza, comportamenti a rischio. *Giornale Italiano dell'AIDS*, 4 (1):35-43.
- Arcidiacono, C., Gelli, B. (a cura di) (1994). *Psicologia di comunità ed educazione sessuale*. Milano: Franco Angeli.
- Beyth-Marom, R., Fischhoff, B. (1997). Adolescents' decisions about risks: a cognitive perspective. In J. Schulenberg, J. Maggs, K. Hurrelmann (eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, 110-135.
- Blair, J. M., Fleming, P. L., Karon, J. M. (2002). Trends in AIDS incidence and survival among racial/ethnic minority men who have sex with men. *Journal of AIDS*, 31:33-47.
- Boda, G. (2001). *Life skills e peer education. Strategia per l'efficacia personale e collettiva*. Firenze: La Nuova Italia.
- Bonino, S. (1999). Tra sesso e affetti. *Psicologia Contemporanea*, 153:18-27.
- Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.
- Bonino, S., Cattelino, E. (2008). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Trento: Erikson.
- Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L. (1997). Sexual and developmental transitions during adolescence. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, K. Hurrelmann (eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, 190-21 .
- Buzzi, A. (1998). *Giovani, affettività, sessualità. L'amore tra i giovani in una indagine IARD*. Bologna: Il Mulino.
- Cammarella A. (2002). Il disturbo dell'identità di genere in adolescenza. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Cantelmi, T., Del Miglio, C., Talli, M., D'Andrea, A. (2000). *La mente in internet. Psicopatologia delle condotte on-line*. Padova: Piccin.
- Carducci, A., Frasca, M., Grasso, A., Terzi, I., Avio, C.M. (1995). AIDS related information, attitudes and behaviours among Italian male young people. *European Journal of Epidemiology*, 11 (1): 23-31.
- Cazzin, A. (1999). Quattro fasi nel lavoro di strada con adolescenti. *Animazione Sociale*, 1: 58-63.
- Celata, C., Leone, L. (2006). *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Il Sole 24 Ore.
- Cerchierini L., Cicognani, E., Zani, B. (2000). *L'HIV non va a scuola*. Bologna: CLUEB.
- Cicognani, E., Zani, B. (1994). La percezione del rischio AIDS negli adolescenti. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 211: 39-47.
- Coates, S., Cook, C. (2001). Disturbi dell'identità di genere. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Coleman, J., Roker, D. (eds.) (1998). *Teenage sexuality. Health, risk and education*. Amsterdam: OPA - Harwood academic publishers.
- Confalonieri, E., Grazzani Gavazzi, I. (2005). *Adolescenza e compiti di sviluppo*. Milano: Unicopli.
- Croce, M., Gnemmi, A. (2003). *Peer education. Adolescenti protagonisti nella prevenzione*. Milano: Franco Angeli.
- De Wit, J., Van Der Veer, G. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Firenze: Giunti.
- Del Miglio, C., Corbelli, S. (2003). Le nuove dipendenze. *Attualità in Psicologia*, 18: 9-36.
- Demetrio, D. (1999). È possibile educare in strada? In Aa. Vv., *In strada con bambini e ragazzi*. Firenze: Istituto degli Innocenti.
- Dettore, D. (2005, a cura di). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw Hill.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.
- Di Fabio, A. (2003). *Counseling e relazione d'aiuto. Linee guida e strumenti per l'autoverifica*. Firenze: Giunti.
- DSM IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association.

- Donati, S., Andreozzi, S., Medda, E., Grandolfo, M. E. (2000). *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. Rapporto ISTISAN 00/7, Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Fanelli, M., Fontana, A., Sanguedolce, A., Troiano, T., Quarto, M., Serio, G. (1994). Il problema AIDS e i giovani: risultati di un'indagine nelle scuole. *Igiene Moderna*, 101: 289-312.
- Filisetti, V., Carini, R., Di Blasio, P., Bertotti, T., Buratti, P., Carini, A., Mazucchelli, F., Scotti, D., Vadilonga, F., Pisaniello, E. (2003). *Bozza delle Linee Guida su trascuratezza, maltrattamenti e abuso sessuale in danno all'infanzia e all'adolescenza*. Regione Lombardia.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A. (1992). Changing Aids-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111: 455-474.
- Fonzi, A., Tani, F. (2000). Gli amici del cuore. *Psicologia Contemporanea*, 159, 58-64.
- Fulgini, C., Romito, P. (2002). *Il counselling per adolescenti*. Milano: McGraw Hill.
- Geldard, K., Geldard, D. (2009). *Il counseling agli adolescenti. Strategie e abilità*. Trento: Edizioni Erickson.
- Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4 (1): 27-38.
- Jones, L. M., Finkelhor, D., Kopiec, K. (2001). Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect*, 25: 1139-1158.
- Holmes, K. K. (ed.) (1999). *Sexually transmitted diseases*. New York : McGraw-Hill Medical.
- Hurrelman, K., Engel, U. (eds.) (1989). *The social world of adolescents*. Berlin: De Gruyter.
- Kooijman, K., Wattam, C. (1998). *Moving towards effective child maltreatment prevention strategies in Europe. Final report to the European Commission for CAPCAE*. Utrecht/Lancaster: NIZW/Lancaster University.
- Levorato, M. C. (2004). Molestie a scuola. *Psicologia contemporanea*, 181: 28-35.
- MacIntyre, D., Carr, A. (1999). Evaluation of the effectiveness of the stay safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23 (12): 1307-1325.
- Malagoli Togliatti, M. (a cura di) (1998). *Psicologi e AIDS. Gruppo e formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., Zannini, M., (2004). *Educare le life skills*, Erickson, Trento.

- Mitchell, K., Wellings, K. (1998). Risks associated with early sexual activity. In J. Coleman, D. Roker (eds.), *Teenage sexuality. Health, risk and education*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 81-100.
- Ng, B. D., Wiemer-Hasting, P. (2005). Addiction to the internet and on-line gaming. *CyberPsychology and Behaviour*, 8: 110-113.
- Oliverio Ferraris, A., Malavasi, G. (2001). La maschera dei desideri. Tra Mud, Irc e Chat: il nuovo gioco dell'identità in rete. *Psicologia Contemporanea*, 166: 30-37.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: Il Mulino.
- Palmonari, A. (a cura di) (1997). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Pellai, A. (2004). *Un'ombra sul cuore. L'abuso sessuale: un'epidemia silenziosa*. Milano: Franco Angeli.
- Pellai, A., Tamborini, B. (2008). *Il segreto di fata Lina. Per una prevenzione dell'abuso sessuale in età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.
- Petter, G. (2002). *L'adolescente impara a ragionare e a decidere. Introduzione allo studio del pensiero formale e delle condizioni in cui si formano le decisioni*. Firenze: Giunti.
- Progetto Formazione Capodarco (a cura di) (2001). *L'operatore di strada*. Roma: Carocci.
- Regoliosi, L. (2002). *La strada come luogo educativo. Orientamenti pedagogici sul lavoro di strada*. Milano: Unicopli.
- Renfrew, M., Fothergill, K., Hauser, D., Jackson, K., Klindera, K. (2002). *Guide to Implementing TAP (Teens for AIDS Prevention). A Peer Education Program to Prevent HIV and STI*. Washington, D. C.: Advocates for Youth.
- Riva, E. (2004). La formazione dell'identità maschile e femminile. In A. Maggiolini, G. Pietropoli Charmet, *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli.
- Rogers, L. (2000), *Sesso e cervello*. Torino: Einaudi.
- Rumiati, R., Legrenzi, P., Bonini, N. (1995). Percezione e valutazione del rischio. In M. D'Alessio, N. Dazzi, P. Ricci Bitti (a cura di), *Gli indicatori psicologici e sociali del rischio: modelli teorici e ricerca empirica*. Napoli: Gnocchi, 3-20.
- Santamaria, F., Antonini, T. (2009). Stare sulla strada da educatori. *Animazione Sociale*, 1: 41-48.
- Schulenberg, J., Maggs, J.L., Hurrelmann K. (eds.) (1997). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Signorelli, C., Tartisani, G., Zantedeschi, E., Dal Mas, A., Fara, G. (1992). Prevenzione primaria dell'AIDS: analisi delle conoscenze individuali e delle fonti di informazione. *Igiene Moderna*, 98: 167-175.
- Simonelli, C. (a cura di) (2002). *Psicologia dello sviluppo sessuale e affettivo nell'arco di vita*. Roma: Carocci.
- Simonelli, C. (1998). AIDS e sindromi correlate: la vita socio-affettiva e l'intervento psicologico. In M. Malagoli Togliatti (a cura di), *Psicologi e AIDS. Gruppo e formazione*. Milano: Franco Angeli, 131-142.
- Simonelli, C., Coppi, R., Palaia, B., De Curtis, M. (2000). I giovani e la prevenzione dell'HIV: valutazione di un intervento. *Rivista di Sessuologia Clinica*, VII (2): 5-27.
- Solfaroli Camillocci, D. (1999). *La tana del coniglio. Consigli e suggerimenti per l'educazione sessuale degli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Speltini, G. (1997). Dall'infanzia all'adolescenza: pubertà e sviluppo fisico. In A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino, 91-126.
- Spizzichino, L., Pedone, G. (2002). Accesso ai servizi pubblici e prevenzione dell'infezione da HIV: un'esperienza di progettazione partecipata con gli adolescenti. *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 38 (4): 367-375.
- Tonelli, R. (1997). La strada come crocevia dei problemi educativi. *Animazione Sociale*, 10: 94.
- Tozzi, A., Binkin, N., Salmaso, S., Pezzotti, P., Greco, D. (1991). Adolescenti e infezione da HIV. Uno studio su conoscenza, attitudine e comportamenti dei giovani. *Giornale Italiano dell'AIDS*, 2 (4): 219-226.
- Vegetti Finzi, S., Battistin, A. M. (2000). *L'età incerta*. Milano: Mondadori.
- Zani, B. (1997). L'adolescente e la sessualità. In A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.

2.1.2 Evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche

Destinatari

Adattamento dei programmi d'intervento in base alle specificità dei destinatari finali

Le fonti esaminate, con particolare riferimento alle *systematic reviews* relative agli interventi di educazione sessuale, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e delle gravidanze indesiderate (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008), hanno messo in evidenza come programmi di intervento aventi una struttura pre-definita rivolta a tutti gli adolescenti e non adattata alle specifiche caratteristiche dei destinatari dell'intervento risultino inefficaci. Tale inefficacia è legata alla numerose e profonde differenze nei livelli di coinvolgimento nel rischio e negli antecedenti (fattori di rischio o protezione) del comportamento sessuale per i diversi gruppi di adolescenti. Gli interventi che sono risultati efficaci sono stati specificamente progettati tenendo conto delle caratteristiche specifiche della popolazione adolescenziale cui sono stati indirizzati e in particolare di:

- età
- genere
- appartenenza etnica e culturale
- orientamento sessuale
- livelli di coinvolgimento nel rischio degli adolescenti (rilevate prima dell'intervento).

Considerare tali caratteristiche permette di tenere conto dei diversi bisogni (Kelly *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Wallcott *et al.*, 2008), espressi dai diversi gruppi di adolescenti, che sono alla base del coinvolgimento in condotte sessuali a rischio.

Le raccomandazioni dell'OMS (2004a) suggeriscono di prendere in considerazione ulteriori specificità dei destinatari quali: luogo di residenza, livello culturale, stato civile, condizione lavorativa. Tortolero *et al.* (2005) sottolineano la necessità di adottare particolari accorgimenti, proponendo una specifica metodologia, nell'adattare programmi di intervento originariamente rivolti a un diverso *target*, data la necessità di tenere conto delle specificità dei destinatari.

La quasi totalità degli interventi, le cui valutazioni di efficacia sono state direttamente esaminate nella presente ricognizione (Downs *et al.*, 2004; Pantin *et al.*, 2004; Sikkema *et al.*, 2005; Dilorio *et al.*, 2006; Thomas, Dimitrov 2007; Dolcini *et al.*, 2008; Lemieux *et al.*, 2008; Roberto *et al.*, 2007), ha tenuto conto in particolare delle prime tre caratteristiche sopra elencate (età, genere, appartenenza etnica e culturale) e dell'ultima (livello di coinvolgimento nelle condotte sessuali a rischio degli adolescenti). Rispetto alla quarta caratteristica (orientamento sessuale), Harper (2007), evidenzia come esistono scarsi esempi di interventi specificamente rivolti ad adolescenti non etero-sessuali.

Le raccomandazioni di buone pratiche, tuttavia, insistono fortemente sull'importanza di tenere conto, nelle fasi di ideazione, progettazione e implementazione dell'intervento, non solo di genere, età e appartenenza etnica e culturale dei soggetti, ma anche dell'orientamento sessuale (Kelly *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006; Harper, 2007), affinché si possa giungere a una reale modificazione dei comportamenti per tutti gli adolescenti.

Età

I documenti esaminati sottolineano in generale la necessità di indirizzare interventi di educazione sessuale e prevenzione delle condotte sessuali a rischio già a partire dalla pre-adolescenza e in particolare nella fascia d'età che va dagli 11 ai 14-15 anni, quindi prima che la maggioranza dei ragazzi e le ragazze sia coinvolta in rapporti sessuali (Thomas, Dimitrov, 2007). Tuttavia, sono ritenuti ugualmente importanti interventi attuati nella fascia d'età successiva 15-17 anni, in particolare su adolescenti che adottano condotte sessuali che comportano rischi rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili e alle gravidanze indesiderate, con un particolare focus sull'utilizzo del preservativo (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Wallcott *et al.*, 2008).

Tali interventi, rivolti ad adolescenti fra 11-14 anni e fra 15-17 anni, devono avere necessariamente caratteristiche diverse, in quanto il contenuto e le metodologie applicate negli interventi per le due fasce d'età devono tenere conto delle seguenti aspetti:

- livello di sviluppo cognitivo raggiunto (Kelly *et al.*, 2005)
- bisogni e significati attribuiti al comportamento sessuale
- comportamenti legati al coinvolgimento e alla salute sessuale (Kelly *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Wallcott *et al.*, 2008).

È stato evidenziato in particolare come i pre-adolescenti (11-14 anni) non siano ancora in grado di ragionare in modo astratto, comprendere appieno i ragionamenti probabilistici e l'importanza della pianificazione; ciò suggerisce l'utilizzo di diverse metodologie didattiche da utilizzarsi nel corso dell'intervento. Inoltre, riguardo ai diversi bisogni degli adolescenti, al significato attribuito alle condotte sessuali e agli antecedenti di tali condotte, si è sottolineato come i più giovani subiscano maggiori pressioni da parte del *partner* e dei pari rispetto al coinvolgimento nei rapporti sessuali, mentre, dopo i 15-16 anni siano prevalentemente motivi legati all'attrazione fisica e ragioni affettive a guidare le scelte relative al coinvolgimento sessuale. Infine, adolescenti di differenti età hanno in genere diversi livelli di coinvolgimento nelle condotte sessuali a rischio e non. Tutto ciò dovrebbe riflettersi in particolar modo sui contenuti trattati nel corso degli interventi, che dovrebbero essere differenziati per età (Kelly *et al.*, 2005).

Pantin (2004) raccomanda inoltre che gli interventi che coinvolgono i genitori vengano attuati nella fascia d'età fra 11 e 14 anni, quando in genere gli adolescenti non sono ancora coinvolti in rapporti sessuali; infatti l'aumento della comunicazione sui temi della sessualità fra genitori e figli incentivata da alcuni interventi ha messo in evidenza un posticiparsi del coinvolgimento in rapporti sessuali in questa fascia d'età (Prado *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008).

Genere

La letteratura presa in esame sottolinea come esistano profonde differenze nel modo di vivere, percepire e sperimentare la sessualità da parte di ragazzi e ragazze adolescenti. In relazione a tali diversità, molti degli interventi indirizzati contemporaneamente ad adolescenti di entrambi i generi hanno mostrato un'efficacia dissimile per maschi e femmine (Peersman *et al.*, 1996; Coyle *et al.*, 2004). A partire da tali evidenze, alcuni documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2004a; 2004b) sottolineano come sarebbe preferibile che gli incontri di educazione sessuale si svolgessero (almeno parzialmente) in modo separato per maschi e femmine, per tenere conto dei differenti modi di vivere la sessualità di ragazzi e ragazze e per favorire, al contempo, un aperto scambio di opinioni.

Si raccomanda una differenziazione degli interventi per ragazzi e ragazze sia in relazione ai contenuti trattati, sia in relazione al potenziamento di diverse abilità individuali legate all'attuazione di comportamenti sessuali non rischiosi (OMS, 2004a; OMS, 2004b; Kelly *et al.*, 2005). In particolare viene posta attenzione alle diverse implicazioni dell'uso del preservativo durante i rapporti sessuali per i maschi e le femmine, nonché ai rapporti di potere che entrano in gioco, nell'ambito delle relazioni affettive, nella decisione di avere un rapporto sessuale e di proteggersi da eventuali rischi (OMS, 2004a; Kelly *et al.*, 2005).

Rispetto all'uso del preservativo, gli interventi con i maschi adolescenti dovrebbero focalizzarsi su specifiche abilità connesse all'attuazione di tale condotta (Walcott *et al.*, 2008), mentre per le ragazze è necessario sviluppare abilità di negoziazione con il *partner* e abilità di dire di no (Kelly *et al.*, 2005). Più in generale gli interventi rivolti alle ragazze dovrebbero focalizzarsi sul rafforzamento dell'autostima e del sostegno sociale (ad esempio in rapporto all'astinenza) (OMS, 2004a) e a un miglioramento del funzionamento emotivo (il coinvolgimento precoce in rapporti sessuali e in rapporti non protetti è associato a sentimenti di depressione per le ragazze) (Walcott *et al.*, 2008). È inoltre importante che le ragazze giungano alla percezione di avere potere decisionale nell'ambito delle relazioni affettive e possano sentirsi in grado di avere il controllo nelle situazioni sessuali (Kirby *et al.*, 2006). Al contrario, gli interventi rivolti ai ragazzi dovrebbero focalizzarsi in particolar modo sulla pressione e l'influenza esercitate dagli amici rispetto all'attività sessuale (OMS, 2004a; Kelly *et al.*, 2005).

Rispetto alla riflessione sui significati del comportamento sessuale vi sono evidenze che sottolineano come una riflessione sul coinvolgimento emotivo e affettivo nei rapporti sessuali sia in relazione alla modificazione dei comportamenti sessuali a rischio solo per le ragazze (Thomas, Dimitrov, 2007).

Per quel che riguarda i contenuti trattati nel corso degli interventi, emerge come gli adolescenti preferiscano discutere degli aspetti più strettamente fisiologici e biologici (es. pubertà, sviluppo dei caratteri sessuali secondari, caratteristiche degli apparati riproduttivi) con i coetanei dello stesso sesso, mentre preferiscano parlare degli aspetti relazionali ed emotivi in gruppi misti di ragazzi e ragazze (Peersman *et al.*, 1996). Garantire che alcuni contenuti vengano trattati separatamente consente ai ragazzi e alle ragazze di sentirsi a proprio agio e quindi liberi di esprimersi e porre domande sui temi trattati; interventi che hanno utilizzato tale separazione in gruppi per genere si sono rivelati efficaci nel modificare i comportamenti sessuali a rischio (Kirby *et al.*, 2006). Non esistono tuttavia studi che confrontino l'efficacia di interventi condotti separatamente per maschi e femmine con quelli rivolti a entrambi i generi (Peersman, 1996). Le stesse raccomandazioni di buona pratica non sostengono la necessità di attuare interventi rivolti esclusivamente ai maschi e alle femmine, ma raccomandano un approccio differenziato per i due generi almeno rispetto ad alcuni contenuti (OMS, 2004a, 2004b).

Fra gli studi sottoposti a valutazione, tuttavia, quelli risultati maggiormente efficaci sono indirizzati a gruppi specifici per genere (solo maschi o solo femmine) e identità etnica (es. ragazze afro-americane, maschi ispanici). Probabilmente la maggiore omogeneità dei destinatari permette un adattamento ottimale del programma di intervento alle loro caratteristiche e bisogni specifici (Di Clemente *et al.*, 2008).

Fra gli autori che raccomandano la necessità di attuare interventi separati per gruppi di adolescenti di diverso genere ed età riportiamo in dettaglio alcuni suggerimenti di Kelly *et al.* (2005) rispetto ai contenuti da trattare e alle abilità da promuovere per pre-adolescenti (11-14 anni) e adolescenti (15-17) suddivisi per genere. Interventi rivolti a:

- maschi, età 11-14 anni: a) discutere apertamente sui vissuti relativi all'esordio della pubertà e fornire messaggi di normalità rispetto alla masturbazione e ai sogni bagnati; b) predisporre *role play* relativi al resistere alle pressioni dei pari; c) usare appropriate figure del mondo dello sport come modelli; d) analizzare messaggi dei media sulla pressione dei pari; e) esaminare modalità non sessuali per esprimere affetto; f) evidenziare le qualità personali attraverso il confronto col gruppo.
- maschi, età 15-17 anni: a) presentare l'uso del preservativo come comportamento normativo; b) invitare delle ragazze per discutere della pressione che ricevono ad avere rapporti; c) predisporre esercizi di rispetto delle ragazze; d) analizzare i messaggi dei media sulla paternità e la sessualità; e) riflettere sulla relazione fra piani futuri e vita attuale; f) fornire informazioni sulle possibili scelte di carriera.
- femmine, età 11-14 anni: a) discutere apertamente sulle mestruazioni e l'igiene; b) predisporre *role play* sulla comunicazione rispetto al sesso; c) presentare esempi di donne adulte come modelli; d) analizzare i messaggi dei media sul corpo femminile e riflettere sulle aspettative irrealistiche; e) incoraggiare l'attività sportiva.

- femmine, età 15-17 anni: a) presentare l'uso del preservativo come comportamento normativo; b) esplorare ruoli di genere tradizionali e non; c) predisporre programmi di *peer education* con *peers* più grandi di due o tre anni; d) analizzare i messaggi dei media sui temi della sessualità e dei canoni di bellezza femminile; e) riflettere sulla relazione fra piani futuri e vita attuale; f) predisporre *role play* sui colloqui di lavoro.

Identità etnica e culturale

Gli studi esaminati da Di Clemente *et al.* (2008), in particolare nel contesto di società multietniche come quella statunitense, hanno messo in evidenza come gli interventi risultati maggiormente efficaci siano quelli rivolti a gruppi di destinatari con una specifica identità etnica (es. ragazze afro-americane, ragazze ispanico-americane). Tale efficacia è riconducibile alla possibilità di realizzare interventi che si adattino alle specificità culturali ed etniche di una particolare popolazione, tenendo conto dei ruoli, delle identità di genere e dei significati attribuiti al comportamento sessuale presenti nelle specifiche culture d'origine e del confronto fra tali modelli e quelli presenti nella cultura del paese di residenza. Diversi interventi che si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio connesso alle condotte sessuali hanno infatti focalizzato il proprio intervento sui significati culturali della sessualità per maschi e femmine, sui ruoli e le identità di genere (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Sikkema *et al.*, 2005). Una riflessione su tali aspetti sembra dunque rilevante nella prevenzione del rischio connesso ai rapporti sessuali.

Orientamento sessuale

Gli interventi specificamente rivolti ad adolescenti non etero-sessuali sono molto scarsi anche nel contesto internazionale, soprattutto in quanto questi ragazzi e ragazze costituiscono una minoranza all'interno delle popolazioni a cui sono rivolti interventi di prevenzione universale, in particolare nel contesto scolastico (Harper, 2007; Kirby *et al.*, 2006). Gli adolescenti non etero-sessuali (GLBTQ - *gay, lesbian, bisexual, transgender and questioning*) usufruiscono quindi in genere di interventi rivolti a tutti gli adolescenti. Tali programmi si rivelano però inefficaci nel ridurre le condotte sessuali a rischio per questi ragazzi, poiché in molti casi assumono implicitamente che tutti i partecipanti siano eterosessuali. Alla luce di tale evidenza risulta necessario che la prevenzione contempli dei messaggi che tengano conto anche dei bisogni di questa minoranza di ragazzi (Kirby *et al.*, 2006; Wallcott *et al.*, 2008).

Per attuare un intervento che tenga conto delle preferenze sessuali e dei diversi comportamenti e bisogni a esse legati si raccomanda in particolare di non parlare tramite etichette (*gay, transessuale, ecc.*), ma di fare riferimento agli specifici comportamenti (es. ragazzi che hanno rapporti sessuali con altri ragazzi) (Kelly *et al.*, 2005). Harper (2007) sottolinea inoltre la necessità di tenere conto dell'influenza della cultura *gay* in relazione ai comportamenti sessuali salutari o a rischio e includere una riflessione sui valori della cultura eterosessuale e sulla visione tradizionale dell'identità maschile (del "machismo" in particolare) in relazione alle diverse identità culturali ed etniche dei destinatari.

Livello di coinvolgimento nelle condotte sessuali a rischio

Gli interventi che si rivelano efficaci nel modificare le condotte sessuali a rischio per la salute e il benessere psicosociale adattano il proprio intervento in base al livello di coinvolgimento degli adolescenti in tali condotte. Tale caratteristica dei destinatari viene rilevata effettuando prima dell'intervento indagini sul coinvolgimento degli adolescenti nelle condotte sessuali a rischio e sugli antecedenti delle condotte su cui l'intervento intende focalizzarsi avvalendosi di strumenti quantitativi (questionari) e/o qualitativi (interviste e *focus group*), questi ultimi volti in particolare all'esame delle motivazioni del comportamento sessuale, degli atteggiamenti relativi all'aver rapporti sessuali, all'uso dei contraccettivi, alle barriere e alle credenze erranee relative alla contraccezione, ecc. Un'indagine preliminare con simili caratteristiche è sempre presente negli interventi che risultano efficaci (Kirby *et al.*, 2006; 2007).

Attori

Gli interventi che mostrano evidenze di efficacia possono coinvolgere diverse figure:

- adulti: a) educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Walcott *et al.*, 2008), insegnanti (Thomas, Dimitrov, 2007; Walcott *et al.*, 2008) in veste di facilitatori (conduttori di gruppi, formatori, ecc.); b) genitori, come destinatari intermedi (Pantin *et al.*, 2004; Sikkema *et al.*, 2005; Prado *et al.*, 2007; Kirby *et al.*, 2006; Walcott *et al.*, 2008); c) membri significativi della comunità, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori (Sikkema *et al.*, 2005); d) membri di associazioni attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori (Sikkema *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006); e) autorità (pubbliche e scolastiche) ai fini del supporto del riconoscimento e della diffusione dell'intervento (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007);
- coetanei (*peer educator* o *peer leader*): nel contesto statunitense vengono spesso coinvolti nell'intervento *peer educator* di pochi anni maggiori dei destinatari diretti (Kelly *et al.*, 2005) o *peer leader*, anche della stessa età, all'interno del contesto scolastico o di comunità (es. quartiere di residenza) (Sikkema *et al.*, 2005; Lemieux *et al.*, 2008).

Non sono presenti studi che hanno confrontato sistematicamente l'efficacia di programmi che coinvolgono attori diversi (per professionalità, genere, età, appartenenza etnica) in veste di facilitatori/conduttori dell'intervento; vi sono tuttavia alcune evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata alla scelta di facilitatori/conduttori aventi particolari abilità e attitudini e alla loro formazione (precedente o contestuale all'intervento) (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Walcott *et al.*,

2008) piuttosto che alle loro caratteristiche sociodemografiche (genere, età, appartenenza etnica).

Kirby *et al.* (2006) citano in particolare:

- uno studio che ha evidenziato come genere e appartenenza etnica dei facilitatori/conduttori non influenzino l'efficacia dell'intervento (Jemmott *et al.*, 1998);
- due studi che hanno confrontato l'impiego in un medesimo programma di facilitatori/conduttori adulti o *peers*, evidenziando l'assenza di differenze nei risultati ottenuti in base all'età dei facilitatori (Kirby *et al.*, 1997; Jemmott *et al.*, 1999);
- uno studio da cui risulta che la caratteristica dei facilitatori/conduttori a cui è legata l'efficacia dell'intervento è costituita dalle modalità di entrare in relazione con gli adolescenti destinatari dell'intervento, indipendentemente dall'età dei facilitatori stessi (*peers* o adulti) (Kirby *et al.*, 1995);
- una precedente *review* da cui emergono diverse evidenze relative al fatto che la formazione fornita ai facilitatori/conduttori risulta più importante in relazione all'efficacia dell'intervento rispetto alle caratteristiche sociodemografiche (Robin *et al.*, 2004).

Rispetto all'appartenenza etnica dei facilitatori/conduttori, quando essa non coincide con quella dei destinatari dell'intervento (nonostante l'assenza di evidenze che supportino un ruolo decisivo di tale variabile nell'influenzare l'efficacia dell'intervento) si raccomanda l'utilizzo di *peers* o di figure di rilievo nell'ambito della comunità etnica di appartenenza dei destinatari come modelli di ruolo e comportamento coerenti con i messaggi proposti nel corso dell'intervento (Kelly *et al.*, 2005).

Caratteristiche e formazione dei facilitatori/conduttori dell'intervento

In base alle revisioni sistematiche di Kirby *et al.* (2006), Kirby *et al.* (2007) e Walcott *et al.* (2008), gli interventi che si sono dimostrati efficaci presentano le seguenti caratteristiche:

- coinvolgono una molteplicità di figure con *background* e formazione diversi, esperti in: comportamenti legati alla salute, adolescenza, comportamento sessuale in adolescenza e suoi antecedenti, progettazione di interventi, metodi didattici, particolari attività da svolgere con gli adolescenti, mediazione culturale, valutazione;
- selezionano i facilitatori/conduttori in base a caratteristiche desiderate, stabilite in precedenza – nel caso si tratti di adulti possono essere selezionati insegnanti oppure educatori e figure professionali

(in questo caso è più agevole il controllo delle abilità e delle caratteristiche rispetto agli insegnanti reclutati nel contesto scolastico) – nel caso di *peer educator* e *peer leader* i criteri di scelta risultati efficaci fanno riferimento da un lato alle segnalazioni dei coetanei (che identificano amici e coetanei con ruoli di *leadership* o che rappresentano un modello in virtù della loro popolarità) e dall'altro alla valutazione da parte degli ideatori dell'intervento in merito a quanto gli adolescenti segnalati dai coetanei possiedano le caratteristiche ideali per partecipare all'intervento. Quando l'intervento è effettuato nel contesto scolastico anche agli insegnanti può essere chiesto di segnalare potenziali *peer leader* o *peer educator* (Lemieux *et al.*, 2008);

- garantiscono ai facilitatori/conduttori formazione, supporto e monitoraggio delle attività. In particolare, gli studi risultati efficaci dall'esame di Wallcott *et al.* (2008) prevedono un *training* per facilitatori (adulti o *peers*) che varia da un minimo di 6 ore a un massimo di 3 giorni. Non esistono tuttavia evidenze di efficacia rispetto alla diversa durata del *training* per i facilitatori.

Indipendentemente dalla specifica professionalità del conduttore dell'intervento, l'OMS (2004a) sottolinea come sia essenziale che gli adulti che lavorano nel campo della salute sessuale e riproduttiva dei giovani posseggano una solida conoscenza e comprensione dei giovani stessi e della sessualità. È anche importante che gli adulti abbiano l'opportunità di esplorare i loro valori e atteggiamenti rispetto ai giovani e alla sessualità. Essi dovrebbero considerare la sessualità umana in una luce positiva e implementare programmi di intervento che trasmettano messaggi positivi, piuttosto che focalizzarsi semplicemente sui comportamenti problematici. I programmi di intervento dovrebbero avere un approccio non giudicante e rispettare i diritti dei giovani e la loro abilità di prendere decisioni salutari e informate. È importante selezionare insegnanti, facilitatori, operatori sociosanitari, *peer educator* e *counsellor* che possiedano determinate caratteristiche personali e dotarli delle informazioni, atteggiamenti e abilità necessarie per condurre l'intervento. I criteri di selezione dovrebbero includere: (1) abilità a trattare i giovani con rispetto; (2) capacità di mantenere la confidenzialità; (3) capacità di porsi come modelli di ruolo credibili; (4) apertura mentale e atteggiamento non giudicante; (5) sentirsi a proprio agio nel discutere argomenti di interesse per i giovani; (6) credere nel programma di educazione e dedicarsi con impegno; (7) comprensione e impegno nel sostenere i diritti e la dignità dei giovani (OMS, 2004a). Una volta selezionati, i conduttori dell'intervento dovrebbero partecipare a un appropriato *training* formativo rispetto a contenuti, metodi di insegnamento, attività e altre informazioni incluse nel programma di intervento. Il percorso di formazione dovrebbe comprendere anche le capacità necessarie per comunicare con gli adolescenti in maniera confidenziale senza atteggiamenti moralistici (OMS, 2004a; 2004b).

Contesti

L'esame della letteratura ha evidenziato come la scuola rappresenti il principale contesto in cui vengono realizzati gli interventi di prevenzione dei rischi connessi al comportamento sessuale. Sono presenti alcuni interventi che coinvolgono le famiglie e in numero ancora minore interventi effettuati a livello di comunità (Kirby *et al.*, 2006; Di Clemente *et al.*, 2008). È stato individuato un solo studio di efficacia relativo a un intervento a livello del gruppo informale dei pari (Dolcini *et al.*, 2008).

Vi sono evidenze di efficacia degli interventi nei quattro contesti, tuttavia Di Clemente *et al.* (2008) hanno rilevato che gli interventi curricolari attuati nel contesto scolastico hanno un'efficacia soprattutto a breve termine. Per ottenere effetti prolungati nel tempo è importante che i comportamenti corretti vengano sostenuti e rinforzati a livello della famiglia e della comunità, con la trasmissione di messaggi coerenti con quelli ricevuti individualmente. Per questa ragione si sottolinea la necessità di attuare interventi a più livelli, che coinvolgano il gruppo dei pari, la famiglia e la comunità (Di Clemente *et al.*, 2007).

Scuola

La grande maggioranza degli interventi di prevenzione universale del rischio per la salute connesso ai comportamenti sessuali viene attuata nel contesto scolastico, dove è possibile raggiungere la quasi totalità degli adolescenti (Di Clemente *et al.*, 2008). In particolare, il contesto statunitense è ricco di esperienze in questo ambito dato che l'educazione alla sessualità è diventata parte integrante dei curricula scolastici nelle *high schools* (Walcott *et al.*, 2008). La grande maggioranza di tali interventi ha portato evidenze di efficacia in particolare rispetto all'uso del preservativo, al posticipo dell'iniziazione ai rapporti sessuali, al numero dei *partner* sessuali, al numero di gravidanze indesiderate e alla frequenza dei rapporti sessuali (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007).

Il limite di tale efficacia è legato però alla scarsa permanenza degli effetti nel tempo della maggioranza di tali interventi (Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008). Gli interventi curricolari condotti nel contesto scolastico che hanno fatto riscontrare un'efficacia a lungo termine presentano, secondo l'analisi di Kirby *et al.* (2006), le seguenti caratteristiche: la durata dell'intervento è di almeno 12 incontri o prevede sessioni sequenziali in più anni.

Secondo gli stessi autori, tuttavia, gli interventi che prevedono di effettuare le attività e gli incontri con gli adolescenti in orario e in sede scolastica hanno più probabilità di avere effetti a lungo termine rispetto agli interventi che prevedono incontri in orario e *setting* extrascolastici.

Famiglia

Gli interventi rivolti alla famiglia che si sono rivelati efficaci sono varia natura: possono costituire dei programmi a sé stanti (Dilorio *et al.*, 2006; Prado *et al.*, 2007), essere parte di programmi realizzati

a livello curricolare nel contesto scolastico che coinvolgono anche i genitori (Walcott *et al.*, 2008) o essere attuati nell'ambito di interventi di comunità che coinvolgono più attori (es. pari, genitori, membri significativi della comunità) (Sikkema *et al.*, 2005). Essi possono rivolgersi a entrambi i genitori oppure a un solo genitore, madre (Dilorio *et al.*, 2006) o padre (Dilorio *et al.*, 2007); in genere l'intervento è rivolto contemporaneamente sia ai genitori sia ai figli, nella maggior parte dei casi in sessioni separate, a volte prevedendo incontri a cui assistono insieme genitore e figlio (Dilorio *et al.*, 2006). Non sono tuttavia presenti degli studi che hanno comparato l'efficacia di tali diverse modalità di intervento.

Secondo l'analisi di Di Clemente *et al.* (2008), gli interventi che hanno coinvolto le famiglie si sono rivelati efficaci nel posticipare l'iniziazione ai rapporti sessuali, aumentare l'uso del preservativo, ridurre il numero di *partner* sessuali e la frequenza dei rapporti (quest'ultimo obiettivo viene raggiunto più raramente dagli interventi attuati nel contesto scolastico). Tale efficacia è tuttavia legata a specifiche caratteristiche degli interventi relative ai contenuti e alla metodologia utilizzata, che verranno più ampiamente trattate nei paragrafi successivi. In generale gli interventi che coinvolgono i genitori si rivelano efficaci quando consentono loro, in primo luogo, di aumentare le proprie capacità di parlare apertamente con i propri figli di temi inerenti alla sessualità e, in secondo luogo, di acquisire competenze ed efficacia nel gestire la relazione educativa con i figli (es. supervisione, comunicazione).

Gli interventi che coinvolgono anche le famiglie risultano, inoltre, avere effetti a più lungo termine rispetto a quelli rivolti agli adolescenti nel contesto scolastico con un approccio individuale (Di Clemente *et al.* 2008). A questo proposito, Walcott *et al.* (2008) hanno rilevato una maggiore efficacia a lungo termine di interventi condotti nel contesto scolastico che abbinavano all'approccio curricolare un intervento con le famiglie volto a migliorare la capacità di supervisione dei genitori rispetto alle attività e alle frequentazioni dei figli e la capacità di comunicare apertamente in merito ai temi legati alla sessualità.

Gruppo dei pari

Diversi documenti esaminati sostengono l'importanza del sostegno sociale rispetto ai comportamenti sessuali salutari degli adolescenti con particolare riferimento al sostegno percepito da parte degli amici e dei coetanei più in generale (Sikkema *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Docini *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008). Diversi studi sia nel contesto scolastico, sia in contesto di comunità coinvolgono *peer educator* o *peer leader* nei programmi di intervento come modelli di comportamento e per sostenere il cambiamento a livello sociale (Sikkema *et al.*, 2005; Lemieux *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008).

Secondo l'analisi di Walcott *et al.* (2008), fra gli interventi attuati nel contesto scolastico quelli maggiormente efficaci sono focalizzati sulla dimensione del gruppo dei coetanei; tali studi promuovono riflessioni su atteggiamenti, credenze e modelli dei pari in merito ai rapporti sessuali e supportano la capacità e il senso di efficacia nel resistere alle pressioni dei pari in merito all'aver rapporti sessuali. Molti di tali interventi utilizzano *peer educator* o *peer leader*. Anche le raccomandazioni di Kelly *et al.* (2005)

sottolineano l'importanza di potenziare le abilità di resistere alle pressioni dei pari ad avere rapporti sessuali, in particolare, per i maschi pre-adolescenti maggiormente suscettibili a tale influenza. Il sostegno sociale percepito da parte dei coetanei rispetto all'astinenza si è dimostrato, tuttavia, una variabile decisamente rilevante anche per le ragazze; Sikkema *et al.* (2005) hanno avuto modo di evidenziare come un maggiore sostegno sociale percepito in relazione all'astinenza in seguito all'intervento (realizzato in *setting* di comunità con il coinvolgimento di *peer leader*) sia contemporaneamente legato a un maggior numero di ragazze che decidono di posticipare l'iniziazione ai rapporti sessuali (Sikkema *et al.*, 2005).

Dalla presente ricerca emerge un unico intervento effettuato nell'ambito del gruppo informale di amici (Dolcini *et al.*, 2008). L'intervento è stato rivolto a piccoli gruppi informali di amici reclutati all'interno della comunità attraverso il contatto con uno o due membri del gruppo. Esso si è proposto di modificare le norme sociali percepite all'interno del gruppo di amici rispetto all'aver rapporti sessuali, ai rapporti protetti e al numero di *partner* sessuali. Secondo gli autori uno dei vantaggi principali di tale programma basato sul gruppo di amici (*Friendship-Based Program*) consiste nel fatto che gli adolescenti possono parlare liberamente di sessualità con altri che hanno simili esperienze e storie di vita. Il programma è risultato in particolare efficace nel modificare le norme sociali e, sul versante dei comportamenti, ha portato a una riduzione del numero di *partner* sessuali (si tratta dei risultati del primo *follow-up* a 3 mesi dall'intervento, il secondo non era ancora stato realizzato al momento di pubblicazione dell'articolo).

Comunità

Gli interventi attuati a livello di comunità che hanno mostrato evidenze di efficacia anche a lungo termine, sono interventi attuati in genere a più livelli (Di Clemente *et al.*, 2008). Essi infatti contemplano il coinvolgimento degli adolescenti stessi, di *peer leader*, delle famiglie e la diffusione dei messaggi promossi dall'intervento nell'ambito della comunità con diversi mezzi (*small-media*, diffusione di slogan ad esempio attraverso la produzione di *t-shirts*, iniziative e momenti ricreativi per adolescenti o adolescenti e adulti, incontri formali e informali).

Citiamo ad esempio lo studio di Sikkema *et al.* (2005) che ha coinvolto gli adolescenti e, separatamente, le coppie genitoriali di differenti quartieri in un contesto cittadino. L'intervento è stato basato sull'individuazione di *teen leader* nell'ambito della zona di residenza ai quali veniva chiesto di organizzare attività di supporto alla trasmissione di messaggi relativi all'evitamento di comportamenti a rischio di HIV. I compiti dei *teen leader* erano quelli di invitare e supportare gli altri ragazzi/e del quartiere a frequentare gli incontri proposti sul tema dell'HIV, diffondere messaggi attraverso *small-media* (slogan su magliette – *newsletter* – video), progettare e supportare attività (anche eventi sociali, concerti, ecc.) volte alla riduzione del rischio e alla diffusione dei messaggi ideati per supportare l'uso del preservativo e l'astinenza. Ai genitori sono stati proposti incontri volti a fornire loro informazioni sulla trasmissione

dell'HIV, ma soprattutto focalizzati sullo sviluppo di abilità relative a come parlare con gli adolescenti del tema della sessualità e dei rischi a essa connessi. L'intervento si è rivelato in particolar modo efficace nel mantenere l'astinenza per chi non era ancora coinvolto e nel posticipare l'iniziazione all'attività sessuale, in particolare per le ragazze, obiettivi che gli interventi attuati in contesto scolastico e un approccio individuale mostrano di raggiungere con minore probabilità. L'intervento, inoltre, si è rivelato efficace nel promuovere l'uso del preservativo.

Lo studio di Morrison-Beedy *et al.* (2005) ha coinvolto invece un gruppo di circa 60 adolescenti mostrando di essere efficace nell'aumentare le conoscenze relative al virus HIV e la motivazione a ridurre il rischio e nel diminuire diversi comportamenti sessuali a rischio (es. rapporti non protetti, uso di sostanze psicoattive prima di avere rapporti sessuali), aspetti valutati a tre mesi dalla fine dell'intervento. Gli autori sottolineano tuttavia la difficoltà di reclutare i partecipanti in *setting* di comunità e di limitare la mortalità del campione; quest'ultima, in particolare, rende problematico realizzare dei *follows-up* più distanziati nel tempo per valutare la stabilità degli effetti del programma.

Servizi destinati agli adolescenti

Secondo le raccomandazioni dell'OMS (2004a) i servizi destinati agli adolescenti dovrebbero essere separati da quelli destinati agli adulti e dovrebbero essere adattati ai bisogni degli adolescenti rispetto alla loro localizzazione e agli atteggiamenti del personale. I servizi devono essere resi disponibili e il personale adeguatamente formato a instaurare una relazione adeguata con gli adolescenti, anche attraverso l'uso di un linguaggio per loro comprensibile.

Contenuti

Riduzione dei rischi e promozione dei comportamenti salutari

Secondo l'analisi di Kirby *et al.* (2006, 2007); i programmi di intervento che mostrano chiare evidenze di efficacia sono accomunati da differenti caratteristiche (gli autori ne individuano 17); le prime due sono considerate basilari e fanno riferimento agli obiettivi dell'intervento in termini di riduzione dei rischi e modificazione dei comportamenti. In particolare gli interventi efficaci sono contraddistinti da:

- formulazione di chiari obiettivi di salute in riferimento a specifici rischi da prevenire. Gli interventi efficaci sono rivolti alla riduzione di almeno uno fra i seguenti rischi: trasmissione HIV, trasmissione STD (*Sexual Transmitted Diseases*), gravidanze indesiderate. Essi forniscono messaggi chiari rispetto al rischio di incorrere in tali problematiche di salute e alle loro conseguenze, con l'obiettivo di motivare i destinatari a evitare le condotte a rischio (Kirby *et al.*, 2006, 2007);

- chiara specificazione dei comportamenti salutari che l'intervento intende promuovere al fine di ridurre i rischi per la salute. Gli interventi efficaci promuovono uno o più dei seguenti comportamenti: astinenza, uso del preservativo, contraccezione in generale e, meno di frequente, evitare i rapporti sessuali con più *partner*.

In merito a questa seconda caratteristica gli interventi che si sono concentrati sulla promozione di un unico comportamento (es. uso del preservativo) hanno mostrato un'efficacia a breve termine, ma non in tempi più lunghi (Kirby *et al.*, 2006; 2007). Diversi studi hanno mostrato inoltre come gli interventi maggiormente efficaci promuovano quali comportamenti salutari sia l'astinenza sia l'uso del preservativo (Walcott *et al.*, 2008); tuttavia, la maggior parte degli interventi riesce a raggiungere il secondo obiettivo (incrementare l'uso del preservativo), ma non il primo (favorire l'astinenza e posticipare il coinvolgimento sessuale) (Di Clemente *et al.*, 2008). La promozione sia dell'astinenza sia dell'utilizzo del profilattico è ritenuta importante in particolare per i pre-adolescenti; i documenti esaminati sottolineano infatti come un maggiore accento sull'astinenza sia necessario per gli interventi rivolti ad adolescenti fra 11 e 14 anni d'età, mentre l'uso del preservativo, per chi già sessualmente attivo, dovrebbe costituire il principale focus degli interventi rivolti agli adolescenti d'età superiore ai 15-16 anni (Kirby *et al.*, 2006; OMS, 2004b). La necessità di basare i programmi rivolti alla prima adolescenza (11-14 anni) solo sull'astinenza si è rivelata una convinzione erronea: infatti gli interventi focalizzati sia sull'astinenza sia sull'uso del preservativo non hanno fatto aumentare, come si temeva, il coinvolgimento sessuale, al contrario in molti casi lo hanno ritardato. Essi inoltre si sono dimostrati efficaci nel ridurre il numero di *partner* sessuali oltre che nell'aumentare l'uso del preservativo per i già coinvolti nell'attività sessuale (Walcott *et al.*, 2008). A questo proposito, uno studio di Milhausen *et al.* (2008) condotto nel contesto statunitense ha verificato che, a seguito di un programma di educazione sessuale di tipo comprensivo (basato sul fornire informazioni e sul potenziamento di *skills* generali e specifiche), non si è verificato un aumento dell'implicazione nei rapporti sessuali da parte dei soggetti destinatari dell'intervento confrontati con un gruppo di controllo, aspetto valutato con due *follow-up* a sei e dodici mesi dalla fine dell'intervento. Tale risultato replica quello di ricerche precedenti che hanno in generale dimostrato una maggiore efficacia degli interventi di educazione sessuale di tipo comprensivo se paragonati con quelli basati esclusivamente sulla promozione dell'astinenza dai rapporti sessuali. I programmi comprensivi informano gli adolescenti che l'astinenza è il modo più sicuro per evitare le STD, ma nello stesso tempo incoraggiano gli adolescenti che scelgono di avere rapporti sessuali a usare correttamente il preservativo e insegnano le abilità specifiche per farlo. Un'essenziale condizione di efficacia è però rappresentata dalla chiarezza dei messaggi riferiti ai comportamenti salutari che si intende promuovere. Perché l'intervento sia efficace è necessario essere chiari rispetto alla correttezza dei comportamenti che garantiscono la diminuzione o l'annullamento del rischio per la salute. È necessario specificare quali sono i rischi che ciascun comportamento permette di

evitare o ridurre e in quale misura e quali sono i comportamenti corretti per evitare i diversi tipi di rischio. In altri termini, i messaggi devono essere chiari rispetto al fatto che: a) l'astinenza è l'unica condotta che permette al 100% di evitare ogni tipo di rischio; b) l'uso del preservativo è il comportamento corretto quando si hanno rapporti per evitare le malattie sessualmente trasmissibili; 3) altri tipi di contraccettivi possono eliminare il rischio di gravidanze indesiderate ma non quello di contrarre HIV/STD (Kirby *et al.*, 2006); Secondo l'OMS (2004b), gli adolescenti devono essere consapevoli dell'importanza di una doppia protezione rispetto alle gravidanze indesiderate e alle STD/HIV e del fatto che il preservativo garantisce una doppia protezione.

Programmi che hanno presentato le informazioni rispetto ai possibili comportamenti (astinenza, contraccezione, frequentazione di più *partner* sessuali) discutendone i pro e i contro, ma senza dare chiari messaggi sulla correttezza dei comportamenti e lasciando liberi gli adolescenti di valutare quale comportamento fosse più opportuno adottare si sono rivelati inefficaci (Kirby *et al.*, 2006).

Kelly *et al.* (2005) raccomandano, a questo proposito, di presentare il comportamento sessuale sano (protetto e improntato al reciproco rispetto fra i *partner*) come comportamento positivo e normativo (non solo come mezzo per evitare dei rischi), qualora si sia intrapresa la scelta di avere dei rapporti sessuali (Kelly *et al.* 2005).

L'OMS (2004b) raccomanda inoltre di presentare l'astinenza come comportamento in grado evitare ogni tipo di rischio, ma non come unico *standard* morale per gli adolescenti, specialmente per le ragazze; esse infatti potrebbero trovarsi maggiormente in difficoltà a richiedere e usare metodi contraccettivi in caso di necessità, in quanto si sentirebbero in colpa per essere andate contro gli *standard* attesi.

Agire sugli antecedenti del comportamento

Per essere efficaci nella riduzione dei rischi, attraverso la promozione di condotte salutari, gli interventi di prevenzione devono necessariamente agire sugli antecedenti dei comportamenti sessuali a rischio (Kelly *et al.*, 2005; Thomas, Dimitrov, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008). Tali antecedenti, che si configurano come fattori di rischio o protezione, vengono individuati in base alla letteratura scientifica e scelti in relazione ai diversi modelli teorici a cui gli interventi fanno riferimento (Kirby *et al.*, 2006; 2007). In particolare, gli interventi che hanno mostrato chiare evidenze di efficacia si sono proposti di modificare differenti fattori di rischio e protezione. In primo luogo, tutti i programmi di prevenzione riportati nelle *reviews* sistematiche (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008) o singolarmente esaminati per questa sintesi, si focalizzano sui seguenti fattori:

- conoscenze e informazioni di base in merito ai rischi connessi alle condotte sessuali e alle modalità di riduzione o evitamento di tali rischi attraverso le condotte salutari. Fornire informazioni sui rischi e i modi per evitarli non garantisce però l'efficacia dell'intervento, infatti, accanto alle conoscenze (considerate

come elemento preliminare e ineliminabile su cui agire) e alle informazioni corrette, gli interventi di provata efficacia si propongono di agire anche su uno o più fattori di rischio o protezione, riconducibili a due diverse categorie (Di Clemente *et al.*, 2008);

- antecedenti specifici del comportamento (fattori specificamente legati alle condotte sessuali a rischio a livello individuale – incluse le conoscenze – nel contesto dei pari o familiare);
- antecedenti non specifici del comportamento (competenze individuali, in particolare *life skills*, e familiari; processi psicosociali rilevanti nella vita degli adolescenti).

Un'ulteriore categoria di potenziali fattori di rischio o protezione su cui si sono focalizzati diversi interventi rivelatisi efficaci fa riferimento a:

- caratteristiche del funzionamento familiare e della relazione adolescenti-genitori (es. supervisione da parte dei genitori, comunicazione sui temi inerenti alla sessualità) (Walcott *et al.*, 2008).

La grande maggioranza degli interventi che si sono proposti la modificazione di alcuni aspetti della relazione fra genitori e figli adolescenti hanno coinvolto direttamente i genitori in qualità di destinatari intermedi.

Conoscenze e informazioni corrette

Fornire conoscenze esaustive e informazioni corrette rispetto al rischio di trasmissione di HIV/STD e di gravidanze indesiderate, alle loro conseguenze e ai comportamenti salutari che consentono di evitare o ridurre tale rischio costituiscono un elemento ineliminabile (anche se da solo non sufficiente a garantire la modificazione dei comportamenti e quindi l'efficacia dell'intervento) di tutti gli interventi nell'ambito della salute sessuale rivolti agli adolescenti (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; OMS, 2004a, 2004b). In particolare, gli interventi efficaci si focalizzano sui seguenti elementi:

- rischi e conseguenze di determinati comportamenti sessuali: modi di trasmissione dell'HIV e delle STD, sintomi delle STD, suscettibilità alle STD, conseguenze di STD e HIV, accesso al test per l'HIV e cure eventuali, cause delle gravidanze, probabilità di avere una gravidanza se sessualmente attive, conseguenze delle gravidanze (Kirby *et al.*, 2006);
- comportamenti che riducono o evitano il rischio: metodi per prevenire le STD, conoscenze erranee e miti rispetto alle STD e alle gravidanze, efficacia dell'astinenza e dell'uso del preservativo, corretto uso del preservativo, metodi per prevenire le gravidanze, come accedere ai contraccettivi, diritto alla contraccezione (Kirby *et al.*, 2006, 2007);

- conoscenze legate agli aspetti fisici e biologici dello sviluppo sessuale: sviluppo fisico sessuale e sue conseguenze (Thomas, Dimitrov, 2007), aspetti legati alla riproduzione (OMS, 2004b).

Rischi percepiti

Gli interventi efficaci si focalizzano anche sulla percezione del rischio relativo a HIV/STD e gravidanze (Kirby *et al.*, 2006; 2007). Da un lato si fa riferimento ai rischi percepiti (suscettibilità - probabilità di contrarre STD/HIV o incorrere in una gravidanza) dall'altro alla severità percepita (gravità delle conseguenze a breve e lungo termine).

Atteggiamenti, credenze, valori personali e motivazioni rispetto al sesso e alla sessualità

Gli interventi efficaci si focalizzano non solo sulle conoscenze relative ai comportamenti sessuali, ma prendono in considerazione anche atteggiamenti, credenze, valori personali relativi ai rapporti sessuali, alla sessualità e ai rapporti affettivi più in generale (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008).

Le raccomandazioni di buona pratica si riferiscono in particolare alla necessità che il programma di educazione sessuale includa come oggetto di discussione differenti aspetti legati alla sessualità e all'affettività. Kelly *et al.* (2005) sottolineano l'importanza di focalizzarsi sul comportamento sessuale sano affrontando i temi del coinvolgimento emotivo nei rapporti sessuali, delle relazioni affettive, dei rapporti sessuali come modalità per esprimere affetto e interesse. Thomas e Dimitrov (2007) hanno improntato il proprio intervento sulla modificazione degli atteggiamenti verso il sesso e la sessualità (*ATS, attitudes towards sexuality*) sostenendo l'importanza che gli adolescenti riflettano sulle conseguenze emotive e sociali dello sviluppo fisico e sessuale, riconoscano l'affetto fisico come parte non solo delle relazioni sentimentali, ma anche di quelle amicali e familiari e possano distinguere diversi modi di manifestare il proprio affetto. Ragazzi e ragazze inoltre devono essere aiutati a riconoscere che l'aver rapporti sessuali è una decisione consapevole e a distinguere le relazioni inappropriate da quelle appropriate contraddistinte da: mutuo rispetto, fiducia, sincerità, affetto che si traducono nel prendersi cura e preoccuparsi del benessere dell'altro. Ciò è fondamentale perché sappiano dire no a relazioni non appropriate, come è apparso evidente dai risultati dell'intervento da essi realizzato, che si è mostrato in grado di ridurre i rapporti sessuali attuati con la motivazione di compiacere o non perdere il *partner*. Ulteriori temi di discussione indicati dall'OMS (2004b) sono: la scelta del *partner*, le responsabilità del *partner*, il ruolo delle emozioni e quello giocato dagli interessi materiali nelle relazioni sessuali (OMS, 2004b). Kirby *et al.* (2006; 2007) indicano inoltre come caratteristica degli interventi efficaci quella di considerare anche i valori personali relativi in particolare all'aver rapporti sessuali e all'astinenza, adeguando l'intervento alle caratteristiche socio-culturali e demografiche dei destinatari.

Nell'ambito degli atteggiamenti verso il sesso sono inclusi anche quelli relativi all'utilizzo del preservativo e alla contraccezione, così come le barriere relative al loro impiego. Un ulteriore aspetto tenuto in

considerazione riguarda le credenze erranee rispetto ai comportamenti sessuali, all'uso di contraccettivi, alle gravidanze (tali aspetti vengono in genere trattati parallelamente alla trasmissione di informazioni corrette sui comportamenti e rischi) (Kirby *et al.*, 2006; 2007).

Molti degli interventi risultati efficaci prendono inoltre in considerazione le motivazioni ad avere o non avere rapporti sessuali (Kirby *et al.*, 2006; Coyle *et al.*, 2004), ad esempio cercando di riflettere con gli adolescenti sulle motivazioni che potrebbero portare all'attuazione di rapporti a rischio per la salute o il benessere (Thomas, Dimitrov, 2007).

Infine, numerosi interventi si propongono di agire sulle intenzioni comportamentali, in particolare cercando di incrementare l'intenzione di astenersi dai rapporti sessuali, usare il preservativo, ridurre i *partner* sessuali (Kirby *et al.*, 2006; 2007)

Norme sociali

Un ulteriore antecedente del comportamento sessuale in adolescenza che è ritenuto fondamentale in relazione all'efficacia degli interventi riguarda le norme sociali (regole sociali e comportamentali che prescrivono o proibiscono un determinato comportamento) riferite ai comportamenti sessuali (Kirby *et al.*, 2006). Tali norme riguardano sia il contesto socio-culturale e la comunità di appartenenza dei destinatari (Sikkema *et al.*, 2005), sia in particolar modo il gruppo dei coetanei e degli amici, la cui influenza in termini di norme e pressione a conformarsi a esse è particolarmente elevata in adolescenza (Sikkema *et al.*, 2005; Dolcini *et al.*, 2007; Lemieux *et al.*, 2008).

Gli interventi focalizzati sul ruolo delle norme sociali includono in particolare:

- riflessioni sui ruoli e le identità di genere (Kirby *et al.*, 2006; Thomas, Dimitrov, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Kelly *et al.*, 2005)
- presentazione o coinvolgimento nell'intervento di modelli di ruolo maschile e femminile positivi e significativi per gli adolescenti (adulti o adolescenti di età poco superiore), che sostengano e presentino comportamenti coerenti con i messaggi proposti dall'intervento (Kelly *et al.*, 2005; Sikkema *et al.*, 2005)
- riflessione sull'approvazione, le pressioni, l'influenza e il sostegno sociale percepito da parte di amici e coetanei (Kelly *et al.*, 2005; Kirby *et al.*, 2006; Walcott *et al.*, 2008; Di Clemente *et al.*, 2008; Dilorio *et al.*, 2006)
- creazione di sostegno sociale nell'ambito della comunità o del gruppo dei pari rispetto ai comportamenti sessuali salutari (astinenza e rapporti protetti), attraverso una modificazione delle norme sociali all'interno del gruppo dei pari, attraverso l'impiego di *peer educator*, *peer leader* (Sikkema *et al.*, 2005;

Dolcini *et al.*, 2007; Lemieux *et al.*, 2008). Il sostegno sociale in merito all'astinenza (soprattutto per le femmine) e ai rapporti protetti è infatti ritenuto un essenziale fattore di protezione rispetto ai rischi per la salute legati all'attività sessuale.

Nell'ambito di tale dimensione possono rientrare anche le riflessioni sui valori del *partner* percepiti realizzate da alcuni interventi efficaci (Kirby *et al.*, 2006).

Abilità specifiche legate all'evitamento delle condotte sessuali a rischio e all'attuazione di condotte salutari e percezione di efficacia (autoefficacia) in relazione a tali abilità

Condizione essenziale degli interventi efficaci è quella di consentire agli adolescenti di sviluppare specifiche abilità che consentano loro di evitare le condotte rischiose e mettere in atto quelle salutari; allo sviluppo di tali abilità si associa la promozione del senso di autoefficacia nell'esercitarle e nell'attuare i comportamenti salutari (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008).

Ad esempio, secondo le rassegne citate, interventi che risultano efficaci implementano attività atte a potenziare le abilità e le percezioni di efficacia relative a:

- rifiutare un rapporto sessuale non protetto o non desiderato
- insistere con il *partner* sull'uso del preservativo (in particolare per le ragazze)
- dialogare e negoziare con il *partner* in merito ai rapporti e all'utilizzo del preservativo o altri contraccettivi (in particolare per le ragazze)
- procurarsi il preservativo o altri contraccettivi
- usare correttamente il preservativo
- saper resistere alle pressioni dei pari ad avere rapporti sessuali.

È ritenuto inoltre importante per gli adolescenti:

- identificare le situazioni che possono più facilmente condurre all'attuazione di comportamenti rischiosi
- elaborare strategie che permettono di evitare tali situazioni.

Ulteriori competenze potenziate da alcuni interventi risultati efficaci riguardano il:

- comunicare apertamente con i genitori sui temi legati alla sessualità.

In relazione a quest'ultima abilità, gli interventi realizzati (non molto numerosi secondo l'analisi di Kirby *et al.* 2006) si sono avvalsi dell'assegnazione agli adolescenti di compiti a casa relativi al parlare con i genitori di temi legati alla sessualità (partendo da argomenti più neutri a tematiche più delicate e personali). In

questo caso i genitori non sono stati coinvolti nell'intervento come destinatari intermedi attraverso una specifica formazione, ma sono stati informati dell'intervento e dei compiti assegnati ai ragazzi ed è stato fornito loro materiale informativo rispetto ai rischi legati all'attività sessuale e ai comportamenti salutari in modo che potessero discuterne con i figli.

Ordine di presentazione dei contenuti

Secondo l'analisi già più volte citata di Kirby *et al.* (2006), una delle caratteristiche che accomuna gli interventi efficaci riguarda l'ordine di presentazione dei contenuti. Tale ordine è basato su una sequenzialità logica e assume la seguente forma:

- 1.** informazioni basilari sui rischi
- 2.** discussione sui comportamenti che permettono di evitare i rischi
- 3.** conoscenze, valori, atteggiamenti e barriere legati a tali comportamenti
- 4.** abilità necessarie per metterli in atto.

Antecedenti non specifici: competenze vitali e problematiche evolutive tipiche dell'adolescenza

Oltre alla trasmissione di informazioni corrette in merito ai comportamenti sessuali rischiosi e salutari e alle attività volte all'apprendimento di specifiche abilità e all'autoefficacia connesse a tali comportamenti, gli interventi efficaci possono parallelamente o prevalentemente focalizzarsi sul potenziamento di competenze vitali più generali (*life skills* quali *problem-solving*, pensiero critico e costruttivo, abilità sociali e comunicative) e alla riflessione su problematiche psicosociali rilevanti nella vita degli adolescenti (definizione dell'identità di genere e dei ruoli sociali, obiettivi rilevanti anche in relazione alle scelte scolastiche e alle future prospettive di carriera e realizzazione personale) (Di Clemente *et al.*, 2008). Kelly *et al.* (2005) sottolineano l'importanza di discutere delle prospettive future e delle scelte di carriera stimolando la riflessione sulla relazione con le scelte compiute e le modalità di comportamento adottate nel presente dagli adolescenti (in particolare nella fascia d'età 15-17 anni).

Fra i documenti esaminati non sono presenti meta-analisi che permettano di evidenziare una maggiore efficacia degli interventi centrati su antecedenti specifici dei comportamenti oppure su particolari *life skills* o specifiche problematiche adolescenziali. Tuttavia, tenendo conto di studi più generali in relazione all'efficacia degli interventi di prevenzione universale dei comportamenti a rischio per la salute in adolescenza (Ferrer-Wreder *et al.*, 2004), è stato messo in evidenza come gli interventi che mostrano una maggiore efficacia anche a lungo termine includano il potenziamento sia di *skills* specifiche relative ai comportamenti a rischio (es. capacità di negoziare con il *partner* l'uso del preservativo), sia di *life skills* più generali (es. capacità di *problem-solving*, abilità di *decision-making*, comunicazione efficace).

Esiste un unico studio (Dilorio *et al.*, 2006) in cui vengono confrontati due diversi programmi di intervento rivolti agli adolescenti e alle loro madri: il primo basato sul potenziamento di specifiche abilità connesse alle condotte sessuali, il secondo centrato sul potenziamento di alcune *life skills* e sulla riflessione in merito ad alcune problematiche evolutive tipiche dell'adolescenza. In particolare i contenuti del primo programma, basato sulla Teoria Socio Cognitiva (SCT – *Social Cognitive Theory*) di Bandura, facevano riferimento a: informazioni sulla trasmissione dell'HIV, modi per proteggersi, vivere con l'HIV, abilità di comunicazione sul sesso fra genitori e figli, valori (tutti temi trattati in incontri congiunti per madri e adolescenti); influenza dei pari, decisione di avere rapporti, conseguenze dell'aver rapporti precocemente (tematiche trattate in incontri per soli adolescenti); sviluppo degli adolescenti, influenza dei pari, difficoltà nel parlare con gli adolescenti, uso del preservativo e contraccezione (tematiche trattate in incontri per sole madri). I contenuti del secondo programma, basato sui modelli teorici di promozione delle *Life Skills* (LSK) e della Teoria del comportamento problematico di Richard Jessor (PBT - *Problem Behavior Theory*), facevano riferimento a: esercizi di riduzione dello stress, discussioni sui comportamenti a rischio, sul rendimento e l'esperienza scolastica, le prospettive future, presentazione di modelli di ruolo positivi e di successo (temi trattati in incontri rivolti ai soli adolescenti); miglioramento delle competenze genitoriali (incontri rivolti alle madri). La valutazione di efficacia ha dato esiti positivi per entrambi i programmi rispetto a: aumento dell'autoefficacia nell'evitare i rapporti, aumento degli atteggiamenti positivi verso l'astinenza (che non si è tuttavia tradotto in un aumento dell'astinenza), aumento dell'uso del preservativo e dell'efficacia nella comunicazione adolescente-madre sui temi della sessualità. Nel confronto fra i due programmi il primo (basato sulla SCT) è risultato più efficace per la trasmissione di informazioni corrette in relazione al rischio e alle modalità per evitarlo, il secondo (basato su LSK e PBT) ha mostrato invece maggiore efficacia rispetto all'incremento di utilizzo del preservativo.

Anche nell'intervento progettato da Thomas e Dimitrov (2007), attività volte alla modificazione degli atteggiamenti relativi al sesso e alla sessualità, e all'acquisizione di capacità volte a supportare la messa in atto di comportamenti salutari sono stati affiancati da attività volte al potenziamento delle *skills* relative alla gestione dello stress e dell'ansia, oltre che allo sviluppo della competenza emotiva in particolare nelle relazioni interpersonali.

Oltre alle *life skills*, un minor numero di interventi efficaci si sono rivolti al potenziamento dell'*autostima* o alla modificazione di *stati psicologici*, quali ad esempio la depressione (Kirby *et al.*, 2006)

Caratteristiche del funzionamento familiare e relazione genitori-figli adolescenti (interventi rivolti ai genitori)

Gli interventi di prevenzione del rischio connesso ai comportamenti sessuali che coinvolgono i genitori cercano di modificare alcuni aspetti del funzionamento familiare e della relazione genitori-figli che sono

emersi dalla letteratura come antecedenti del comportamento sessuale rischioso. Si tratta in generale della supervisione da parte dei genitori (*parental monitoring*) e della comunicazione, soprattutto in relazione ai temi legati alla sessualità (Walcott *et al.*, 2008).

In particolari gli interventi rivolti ai genitori si sono focalizzati sui seguenti aspetti:

- fornire informazioni corrette in merito ai rischi di trasmissione HIV/STD e gravidanze indesiderate e sui comportamenti volti a proteggersi;
- consentire ai genitori di migliorare le proprie capacità di comunicare con i figli in merito ai temi legati alla sessualità.

Questi due obiettivi accomunano tutti gli studi esaminati (Pantin *et al.*, 2004; Sikkema *et al.*, 2005; Prado *et al.*, 2007; Walcott *et al.*, 2008; Dilorio *et al.*, 2006)

Solo alcuni studi si propongono di:

- discutere con i genitori in merito all'influenza dei coetanei rispetto all'attività sessuale e, in particolare, rispetto all'inizio del coinvolgimento (Pantin *et al.*, 2004; Prado *et al.*, 2007; Dilorio *et al.*, 2006);
- consentire ai genitori di sviluppare adeguate capacità di supervisione dei figli (Walcott *et al.*, 2008), anche con il fine di limitare l'influenza degli amici attraverso la supervisione delle attività, la conoscenza degli amici, la condivisione di attività con i propri figli e i loro amici (Pantin *et al.*, 2004; Prado *et al.*, 2007);
- consentire ai genitori di migliorare le proprie capacità di mantenere una comunicazione aperta con i figli (Pantin *et al.*, 2004; Prado *et al.*, 2007; Dilorio *et al.*, 2006).

Tutti gli studi esaminati hanno mostrato evidenze di efficacia rispetto all'aumento dei comportamenti sessuali non rischiosi per la salute, con effetti a breve e lungo termine. Lo studio di Prado *et al.* (2007) ha confrontato tre diversi programmi di intervento: uno centrato esclusivamente sulla trasmissione di informazioni relative ai rischi connessi all'attività sessuale e sul miglioramento della comunicazione tra genitori e figli sui temi della sessualità; un secondo fondato sul miglioramento delle competenze genitoriali (*monitoring* e comunicazione); un terzo costituito dalla combinazione dei primi due. Il programma rivelatosi maggiormente efficace a breve e lungo termine è risultato il terzo.

Metodologia

Modelli teorici di riferimento

Le revisioni sistematiche prese in considerazione mettono in luce come una comune e imprescindibile caratteristica degli interventi di prevenzione efficace consista nella presenza di un preciso paradigma teorico di riferimento (Kirby *et al.*, 2006; Kirby *et al.*, 2007; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008). Quest'ultimo definisce quali sono gli antecedenti del comportamento (rischioso o salutare) ritenuti fondamentali e su quali di essi l'intervento può agire, specificando modalità per ottenere una modificazione del comportamento stesso.

A partire dal modello teorico di riferimento gli interventi efficaci sono organizzati in base a uno schema logico e coerente, essi infatti: a) individuano i comportamenti da modificare (obiettivi di salute); b) individuano i comportamenti da promuovere (per raggiungere gli obiettivi di salute); c) individuano i fattori di rischio o protezione su cui intervenire (antecedenti del comportamento); d) sviluppano attività specificamente rivolte al raggiungimento degli obiettivi di modificazione dei comportamenti e degli antecedenti considerati (Kirby *et al.*, 2006).

L'OMS (2004a) sottolinea come uno dei più importanti fattori per il successo di qualsiasi programma di intervento sia costituito dalla progettazione (*design*) delle strategie, dalla specificazione dei risultati che si intendono raggiungere e da un'attenta pianificazione delle attività strettamente collegate a tali risultati. Per sviluppare appropriate strategie di intervento, i programmi devono definire in modo chiaro i comportamenti che intendono influenzare, nonché i fattori di rischio e di protezione sui quali intendono intervenire. Ai fini di realizzare una progettazione soddisfacente è necessario riferirsi esplicitamente a una teoria del cambiamento comportamentale. Avere una teoria di riferimento e implementarla attraverso un intervento ben progettato è più importante della specifica teoria impiegata. Indipendentemente dalle loro specificità, tali modelli teorici del cambiamento condividono alcuni elementi comuni: (1) considerano i rischi e i benefici di salute e sociali; (2) pongono attenzione alle aspettative di risultato (in particolare esplicitano i comportamenti e le norme da modificare); (3) considerano il costrutto dell'autoefficacia percepita; (4) riconoscono il ruolo delle influenze sociali; (5) considerano il cambiamento dei valori individuali; (6) considerano il cambiamento delle norme di gruppo; (7) si focalizzano sulla costruzione di competenze sociali.

Il modello teorico di riferimento maggiormente utilizzato nell'ambito degli interventi di prevenzione dei rischi connessi ai comportamenti sessuali in adolescenza fa riferimento alle seguenti teorie:

- Teoria dell'Apprendimento Sociale (*Social Learning Theory*) e Teoria Socio-Cognitiva (*Social Cognitive Theory*) di Bandura (1986).

Tale paradigma teorico costituisce il punto di riferimento per più della metà degli 83 programmi di intervento presi in esame da Kirby *et al.* (2006; 2007), e, secondo l'analisi di Di Clemente *et al.* (2008), costituisce il modello teorico che raccoglie maggiori evidenze di efficacia.

Altri modelli teorici alla base di programmi di intervento efficaci (Kirby *et al.*, 2006; Walcott *et al.*, 2008) sono:

- Teoria dell'Azione Ragionata e del Comportamento Pianificato di Fishbein e Ajzen (1975) che ritiene l'intenzione di mettere in atto un comportamento l'antecedente più prossimo del comportamento stesso. A sua volta l'intenzione comportamentale ha due determinanti costituite dall'atteggiamento verso il comportamento e le norme soggettive.
- *Information, Motivation and Behavioral Skills Model* (IMB - Fisher *et al.* 1994) secondo il quale i determinanti dei comportamenti sessuali a rischio per l'infezione da HIV sono riconducibili alle informazioni relative alla prevenzione e trasmissione del virus HIV, alla motivazione a ridurre il rischio e alle capacità comportamentali specifiche rispetto alla prevenzione. Utilizzato ad esempio nello studio in *setting* di comunità di Morrison-Beedy *et al.* (2005).
- *Health Belief Model* (Becker, 1974) secondo cui la probabilità di mettere in atto comportamenti salutarì e di evitamento del rischio è legata da un lato alla percezione dei benefici e delle barriere relative all'attuazione di tali comportamenti e dall'altro alla percezione dei possibili disturbi legati al comportamento rischioso come minaccia (nello specifico contrarre HIV/STD o incorrere in gravidanze indesiderate), che è a sua volta legata alla percezione della suscettibilità e della severità dei rischi.

Un altro modello di riferimento utilizzato da Lemieux *et al.* (2008) (oltre al IMB Model) nell'ambito di un intervento basato sul coinvolgimento di *peer leader* nel contesto scolastico, è quello del *Natural Opinion Leader Model* (NOL) (Kelly *et al.*, 1991) secondo il quale gli individui tenderanno a modificare i propri atteggiamenti e ad adottare i comportamenti messi in atto se credibilmente sostenuti da *opinion leader*, membri chiave della popolazione. Nel caso degli adolescenti si tratta anche di *peer leader*.

Nell'intervento sopra citato sono stati scelti dei coetanei musicisti per diffondere messaggi legati ai comportamenti sessuali corretti.

L'intervento già più volte citato di Dilorio *et al.* (2006), rivolto a coppie di madri e figli adolescenti, ha utilizzato oltre alla teoria socio-cognitiva di Bandura anche:

- l'approccio *Life Skills Promotion* (LSK),

- la *Problem Behavior Theory* di R. Jessor (1982) secondo la quale alla base di molteplici comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza, reciprocamente correlati, vi sono comuni ragioni legate a problematiche tipiche dell'adolescenza che dovrebbero essere tenute in considerazione nell'ambito dei programmi di prevenzione per ottenere una modificazione delle condotte.

Un ulteriore modello di riferimento utilizzato da Roberto *et al.* (2007) per un intervento basato sull'uso del computer e di Internet è il modello EPPM (*Extended Parallel Process Model*) (Witte, 1992) che riconduce il cambiamento comportamentale a quattro variabili: suscettibilità e severità percepite, capacità di risposta efficace, autoefficacia nel mettere in atto la risposta.

Lo studio di Coyle *et al.* (2004) ha inoltre utilizzato (accanto alla *Social Cognitive Theory*) il modello della *Social Inoculation Theory* di McGuire (1964) per aumentare la resistenza a messaggi persuasivi. Secondo tale teoria (in analogia con l'inoculazione dei vaccini in campo medico) l'esposizione graduale e poco intensa a messaggi persuasivi in merito all'attuazione di particolari condotte (es. avere rapporti sessuali) è in grado di proteggere gli individui da un cambiamento di atteggiamenti e credenze a seguito di successivi e più intensi messaggi di persuasione ad attuare le condotte stesse.

Un modello teorico che appare promettente in base all'analisi di Di Clemente *et al.* (2007) e utilizzato ad esempio nei programmi di intervento rivolti ai genitori di adolescenti implementati da Pantin *et al.* (2004) e Prado *et al.* (2007) è il modello di tipo ecologico (*Ecodelopmental Model*) basato sulla Teoria dello Sviluppo Ecologico di Bronfenbrenner (1979; 1986).

Secondo gli autori l'applicazione di tale modello può consentire agli interventi di dare continuità nel tempo ai cambiamenti ottenuti, in quanto prende in considerazione i molteplici livelli del contesto di sviluppo individuale in cui possono essere situati i determinanti del comportamento. La maggior parte delle teorie utilizzate per la progettazione di interventi di prevenzione fa riferimento a determinanti del comportamento situati a livello individuale (microsistema); i risultati di tali interventi hanno però spesso scarsa durata nel tempo. Progettare, implementare e realizzare un progetto nella cornice teorica di un modello ecologico significa tenere conto dei determinanti dei comportamenti di vari livelli oltre a quello individuale: a) interventi di coppia rivolti ai *partner*, interventi con le famiglie, interventi nei *setting* scuola e comunità focalizzati sulle norme e il sostegno sociale (livello del mesosistema); b) interventi (per ora raramente realizzati nel contesto statunitense) nel luogo di lavoro dei genitori (livello di esosistema); c) interventi focalizzati sui messaggi e le influenze culturali o dei mass-media, interventi rivolti a modificare le politiche sociali (livello di macrosistema).

Occorre aggiungere che, per tenere conto di più determinanti del comportamento, un buon numero di programmi di intervento esaminati fa riferimento a più di un modello teorico (Coyle *et al.*, 2004; Downs *et al.*, 2004; Dilorio *et al.*, 2006; Lemieux *et al.*, 2008; Thomas, Dimitrov, 2007).

Metodologie utilizzate: approccio curricolare, peer education, life skills promotion

La grande maggioranza degli interventi condotti nel contesto scolastico utilizza un approccio definito di tipo curricolare, in cui il programma di intervento relativo all'educazione sessuale o alla riduzione di diversi tipi di rischio viene considerato parte integrante del curriculum scolastico. A condurre l'intervento possono essere gli stessi insegnanti debitamente formati (Thomas, Dimitrov, 2007) oppure operatori esterni alla scuola. Secondo l'analisi di Walcott *et al.* (2008) tale approccio può garantire un'efficacia nel modificare i comportamenti rischiosi per la salute a condizione che l'intervento: a) sia guidato da un preciso modello teorico di riferimento; b) preveda un *training* di formazione adeguato per i conduttori; c) si focalizzi sia sull'astinenza sia sull'uso del preservativo; d) consenta lo sviluppo di abilità (*skills*) specifiche in relazione all'evitamento dei comportamenti a rischio e all'attuazione di comportamenti sessuali corretti attraverso specifiche attività basate sulla simulazione (es. *role play*, situazioni di vita reale, storie, musica, gruppi di discussione, giochi); e) si focalizzi sulla pressione sociale e sul gruppo dei pari (utilizzando o meno facilitatori *peers*); f) abbia una durata sufficiente (gli interventi prevedono più incontri per più settimane) (Walcott *et al.*, 2008).

È stato tuttavia rilevato come gli interventi fondati sull'approccio curricolare hanno spesso risultati non durevoli nel tempo, tuttavia ciò non avviene quando l'intervento garantisce un elevato numero di incontri (almeno 12) e prosegue per più anni garantendo una continuità nel tempo della modificazione delle condotte (Kirby *et al.*, 2006).

Rispetto agli interventi condotti direttamente dagli insegnanti nell'ambito dell'attività didattica, un interessante studio di Zamora *et al.* (2006) ha mostrato come un intervento realizzato da insegnanti di scienze appositamente formati sui temi della trasmissione dell'HIV e delle STD abbia consentito agli studenti una maggiore comprensione e conseguente ricordo delle informazioni relative a questo tema. L'approccio fondato sulla biologia consente agli adolescenti di collegare in modo logico informazioni che appaiono altrimenti scollegate e facilmente dimenticate (come avviene per gli studenti a cui sono state fornite le stesse informazioni ma senza una spiegazione dei meccanismi biologici sottostanti). Si tratta dunque di una modalità maggiormente efficace per trasmettere le informazioni che, tuttavia, come abbiamo avuto modo di evidenziare, costituisce una parte essenziale ma non sufficiente per garantire l'efficacia dell'intervento in termini di modificazione dei comportamenti.

In alcuni casi gli interventi che utilizzano un approccio curricolare impiegano *peer leader* (che rappresentano modelli significativi per gli altri coetanei) per rinforzare e sostenere i messaggi chiave dell'intervento (Walcott *et al.*, 2008; Kirby *et al.*, 2006). In altri casi vengono implementati interventi totalmente o prevalentemente basati sulla *peer education*. Il coinvolgimento dei *peers* è ritenuto di fondamentale importanza quando si vuole modificare il sostegno sociale rispetto ai comportamenti salutari a spese di quelli rischiosi (Sikkema *et al.*, 2005; Di Clemente *et al.*, 2008; Walcott *et al.*, 2008). Come già evidenziato in merito ai contenuti degli interventi, le norme e il sostegno sociale costituiscono degli

antecedenti comportamentali sui quali è fondamentale focalizzarsi ai fini dell'efficacia dell'intervento.

Vi sono evidenze di efficacia di programmi basati sulla *peer education* rispetto all'adozione di comportamenti salutari, sia in *setting* scolastico sia di comunità; è stato rilevato tuttavia come i benefici sono spesso maggiori proprio per i ragazzi che hanno svolto il ruolo di *peer educator* (OMS, 2004a). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2004a) offre le seguenti raccomandazioni qualora si impieghi il metodo della *peer education*: (1) coinvolgere i *peer educator* nella progettazione; (2) nella formazione dei *peer educator* trattare aspetti relativi all'AIDS e alla salute sessuale e riproduttiva, oltre alla sessualità e alle differenze di genere, alla capacità di comunicazione interpersonale, agli aspetti legali ed etici; (3) fornire formazione continua ai *peer educator* durante l'attuazione del programma per costruire conoscenza, capacità e competenze nel tempo; (4) tenere in considerazione lo sviluppo personale del *peer educator*.

L'educazione alle *life skills* è una strategia usata per dare ai giovani la capacità di agire e può essere integrata in programmi di prevenzione universale attuati nella scuola, nella comunità o basati sulla *peer education*. Le *life skills* si riferiscono alle seguenti aree: (1) *decision-making* e *problem-solving*; (2) pensiero critico e creativo; (3) comunicazione e capacità interpersonali; (4) autoconsapevolezza ed empatia; (5) gestione delle emozioni e dello stress (OMS, 2004a). Come abbiamo visto in merito alle evidenze di efficacia relative ai contenuti degli interventi, l'approccio legato al potenziamento delle *life skills* si è mostrato efficace nel promuovere comportamenti quali l'uso del preservativo (Dilorio *et al.*, 2006). Non sono tuttavia presenti evidenze che permettano di trarre conclusioni rispetto a quali *life skills* sia più utile potenziare per promuovere comportamenti sessuali corretti e non a rischio per la salute; evidenze legate a studi singoli riguardano la gestione dello stress (Dilorio *et al.*, 2006; Thomas, Dimitrov, 2007).

Utilizzo di nuove tecnologie

Le evidenze di efficacia rispetto all'utilizzo delle nuove tecnologie non sono molte e sono basate su studi singoli, alcuni sono centrati sull'utilizzo di specifici supporti tecnologici (Roberto *et al.*, 2007; Downs *et al.*, 2004), altri sull'uso di nuove tecnologie nell'ambito di programmi di intervento strutturati in base all'approccio curricolare (Walcott *et al.*, 2008) o che prevedono il coinvolgimento di *peer leader* in *setting* scolastico (Lemieux *et al.*, 2008) o di comunità (Sikkema *et al.*, 2005).

Roberto *et al.* (2007) riportano come sia piuttosto recente, ma in continuo incremento, l'utilizzo di *computer software* e di una varietà di altri mezzi multimediali nella comunicazione relativa ai temi della salute. L'intervento da essi attuato, in diverse *high schools* in un contesto rurale degli Stati Uniti, è in particolare basato sull'uso del computer. Quest'ultimo costituisce il mezzo attraverso il quale svolgere attività mirate a ottenere un cambiamento nella percezione della suscettibilità e della severità del rischio connesso alle condotte sessuali e un potenziamento di specifiche abilità connesse all'attuazione di condotte salutari (es. negoziazione rispetto all'uso del preservativo) e dei relativi sentimenti di autoefficacia. Gli adolescenti

dovevano svolgere, in contesto e orario scolastico, specifiche attività interattive (basate su testi, immagini, simulazioni, ecc.) attraverso un apposito *software* (erano previste 7 sedute). La valutazione dell'intervento ha evidenziato non soltanto un aumento delle conoscenze, ma anche un aumento della percezione di efficacia rispetto alla negoziazione dell'uso del preservativo, atteggiamenti più positivi rispetto al posticipare il coinvolgimento nell'attività sessuale e una minore probabilità di coinvolgimento nell'attività sessuale per chi non ancora coinvolto. L'approccio basato sul computer si rivela dunque promettente in termini di risultati e anche rispetto al notevole risparmio di risorse per l'attuazione dell'intervento.

Downs *et al.* (2004) hanno invece utilizzato un modello di intervento basato sull'impiego di video (*interactive video behavioral intervention*) per ridurre il rischio di STD in un campione di ragazze adolescenti. Il video, della durata di un'ora, era di tipo interattivo e prevedeva diverse sezioni: alcune presentavano situazioni di vita reale in cui degli adolescenti erano chiamati a scegliere di essere o meno coinvolti in un rapporto sessuale protetto o non, altre più legate ai contenuti relativi ai rischi, alla loro trasmissione ai modi per evitarli. Il video è stato prodotto come materiale da utilizzare a casa singolarmente da ciascuna ragazza. Come controllo gli stessi contenuti sono stati presentati attraverso un libro o brochure specifiche. Le ragazze che hanno utilizzato il video hanno mostrato non solo un migliore apprendimento dei contenuti, rispetto a coloro a cui erano stati forniti il libro o le brochure, ma anche una maggiore probabilità di astenersi dall'aver rapporti tre mesi dopo l'intervento e un numero minore di diagnosi di STD sei mesi dopo.

Lemieux *et al.* (2008) hanno invece utilizzato la musica (*Music Based Approach*) come mezzo per far giungere agli adolescenti messaggi in merito ai comportamenti sessuali salutari e, nel contempo, rafforzare il sostegno sociale rispetto a tali comportamenti. L'intervento si è basato sulla selezione di *peer leader* musicisti all'interno di un contesto scolastico. I ragazzi scelti (in base alle nomine dei coetanei, degli insegnanti e a specifici criteri adottati dai conduttori dell'intervento) hanno ricevuto una formazione sui temi dei comportamenti sessuali corretti e sono stati chiamati a comporre una canzone per sostenere l'astinenza e l'uso del preservativo. Tale canzone è stata poi incisa e diffusa fra gli adolescenti della scuola. L'intervento si è rivelato efficace nel mantenere gli atteggiamenti positivi nei confronti dell'uso del preservativo e dell'astinenza per chi non aveva ancora avuto rapporti, aumentare la percezione di supporto sociale rispetto all'uso del preservativo, non avere rapporti (soprattutto per le ragazze), aumentare la percezione di vulnerabilità, aumentare le intenzioni di usare il preservativo e le *skills* relative (queste ultime potenziate indirettamente attraverso una maggiore attenzione e ricerca di informazioni e di confronto fra i ragazzi stessi), aumentare l'uso del preservativo, ritardare il coinvolgimento sessuale per chi non ancora coinvolto, incrementare la richiesta di test HIV per chi aveva avuto rapporti a rischio.

Sikkema *et al.* (2005), nell'intervento in *setting* di comunità da essi progettato che si è rivelato efficace rispetto all'aumento della percezione di sostegno sociale e alla modificazione dei comportamenti rischiosi, hanno utilizzato nuove tecnologie per diffondere messaggi di sostegno alle condotte sessuali

corrette (astinenza e uso del preservativo). In particolare hanno coinvolto un gruppo di *peer leader* nella realizzazione e diffusione di video e *news-letter* sul tema.

I video e le canzoni possono inoltre essere utilizzati nell'ambito di interventi di tipo curricolare, non solo per trasmettere informazioni, ma per dare il via ad attività di simulazione (ad esempio presentano situazioni di vita reale degli adolescenti o storie stimolo) in cui gli adolescenti possano potenziare le proprie abilità in merito all'evitamento delle condotte a rischio e all'attuazione di condotte sessuali salutari (Walcott *et al.*, 2008), o giungere a una personalizzazione delle informazioni e dei messaggi forniti dall'intervento (Kirby *et al.*, 2006).

Metodologie didattiche

Secondo l'OMS (2004a) i programmi che si sono rivelati più efficaci sono passati da modalità di insegnamento tradizionali, che offrono informazioni di tipo anatomico, fisiologico e relative alla trasmissione delle malattie, ad approcci più olistici e interattivi che prevedono modalità di apprendimento partecipato, tengono in considerazione valori e atteggiamenti e potenziano abilità generali (*life skills*).

Tutti i programmi di intervento le cui valutazioni di efficacia sono state esaminate nella presente ricognizione sono caratterizzati dall'utilizzo di metodologie didattiche diversificate, atte a stimolare la partecipazione attiva dei destinatari, la personalizzazione dei contenuti e il potenziamento di particolari abilità.

Dalle revisioni sistematiche di Kirby *et al.* (2006; 2007) e Di Clemente *et al.* (2008) le caratteristiche che accomunano i programmi di intervento efficaci in merito alle metodologie didattiche utilizzate e alle attività realizzate sono:

- utilizzo di metodi didattici che coinvolgano attivamente i destinatari e permettano loro di personalizzare le informazioni (letture brevi, discussioni di classe, lavori di gruppo, video, storie, situazioni stimolo, *role play*, simulazioni, giochi, attività di scelta forzata, ricognizione anonima di intenzioni e atteggiamenti, *problem-solving*, compiti a casa, visite ai punti vendita di contraccettivi, visita dei servizi come consultori o cliniche, scatola delle domande, *quizzes*, dimostrazioni ecc.). Tali attività devono coinvolgere attivamente i ragazzi e incoraggiarli ad applicare le conoscenze e mettere in atto comportamenti corretti nella loro vita reale. Esse possono essere utilizzate sia per modificare i comportamenti che i fattori di rischio e protezione.
- implementazione di attività coerenti con i valori del *target* di riferimento e con le risorse disponibili (risorse di tempo, caratteristiche e abilità dello *staff*, spazi e materiali disponibili)
- realizzazione di attività appropriate alla cultura, età, sesso, esperienza sessuale dei partecipanti

Inoltre secondo Kirby *et al.* (2006; 2007) gli interventi efficaci sono accomunati dai seguenti elementi:

- garantire un contesto di attuazione degli interventi in cui gli adolescenti si sentano sicuri e possano liberamente esprimersi sui temi della sessualità (regole come rispettare le opinioni degli altri, i turni, sostenere la legittimità di ogni domanda pertinente, riservatezza). Alcuni interventi garantiscono tale clima di libera espressione affrontando certi contenuti con gruppi di adolescenti dello stesso sesso o limitando l'intervento a un unico genere (o maschi o femmine). Secondo Kelly *et al.* (2005) la garanzia di riservatezza costituisce un elemento essenziale perché gli adolescenti si sentano sicuri, tutelati e liberi di esprimersi;
- testare il programma con un programma pilota (nella sua totalità o soltanto particolari attività) e apportare le necessarie correzioni.

Nella loro analisi gli stessi autori (Kirby *et al.*, 2006) prendono in esame le strategie più adeguate per ottenere il cambiamento rispetto a diversi antecedenti del comportamento.

- conoscenze: per trasmettere in modo efficace le conoscenze e affinché esse vengano utilizzate per attuare comportamenti corretti è necessario che le attività svolte permettano la personalizzazione delle conoscenze e la loro applicazione a situazioni concrete. I metodi vanno da brevi letture, discussioni in classe, *quizzes*, simulazioni, video, immagini, *brochure* illustrative; preferibilmente gli adolescenti devono apprendere le informazioni in modo attivo piuttosto che passivo (ascoltando semplicemente un relatore).
- percezione dei rischi: per modificare la percezione dei rischi si possono usare statistiche relative alla diffusione di STD, gravidanze e HIV, simulazioni o giochi che illustrino concretamente le probabilità di contrarre STD/HIV o incorrere in gravidanze, storie vere o situazioni concrete che coinvolgano persone il più possibile simili ai destinatari (video, testimonianze, ecc.). Rispetto alla percezione della gravità dei rischi si cerca di personalizzare l'esame delle conseguenze a breve e a lungo termine di STD/HIV e gravidanze (ad esempio chiedendo ai ragazzi di immaginarsi in specifiche situazioni: cosa proverebbero, come si comporterebbero, cosa potrebbero fare o non fare, ecc.)
- valori personali e percezione delle norme dei coetanei rispetto al sesso: per riflettere su tali aspetti è consigliabile presentare l'astinenza come metodo sicuro al 100%, discutere su vantaggi e svantaggi dell'astinenza e le norme del gruppo a essa relative attraverso attività in cui si assumono posizioni opposte e si discutono, *role play* su come dire di "no", individuazione di situazione concrete in cui si può incorrere in comportamenti sessuali a rischio e delle strategie per evitarle (es. attraverso *brainstorming*).

- atteggiamenti individuali e norme dei pari rispetto ai rapporti protetti: si fa riferimento all'efficacia dei contraccettivi, alle difficoltà nell'utilizzare o reperire contraccettivi, alle credenze erranee sull'uso dei contraccettivi, all'imbarazzo nel discutere con il *partner* dell'uso di contraccettivi, alle barriere relative all'uso del preservativo (es. minore sensibilità). A tale proposito sono indicate lezioni, discussioni in classe, visite nei punti vendita di preservativi, *role play* sul chiedere di usare il preservativo.
- *skills* specifiche e autoefficacia rispetto a esse: si fa riferimento a 1) rifiutare i rapporti in sé o i rapporti non protetti 2) insistere sull'usare il preservativo 3) usare il preservativo correttamente 4) *skills* di comunicazione 5) resistere alle pressioni dei pari. In quest'ambito sono particolarmente indicati i *role play* che partono da scenari plausibili a cui segue una riflessione sulle abilità e le strategie da mettere in campo, partendo da situazioni più semplici a situazioni più difficili. Rispetto all'uso corretto del preservativo si utilizzano attività come mettere in ordine le diverse azioni da compiere, evidenziare regole per compierle correttamente, individuare come e dove procurarsi il preservativo, informazioni su tipi e costi.
- comunicazione con genitori e altri adulti: per promuovere tale capacità si utilizza l'assegnazione di compiti da svolgere a casa volti alla discussione con i genitori su temi legati alla sessualità, partendo da temi più generali e meno intimamente coinvolgenti fino a temi più difficili da affrontare. In questi casi ai genitori vengono fornite parallelamente informazioni su rischi di trasmissione HIV/STD e gravidanze o vengono realizzati interventi volti a promuovere la loro capacità di comunicare con gli adolescenti su questi temi.

Indicazioni per gli interventi rivolti ai genitori

Gli interventi efficaci che hanno coinvolto i genitori (padri, madri o entrambi) non hanno utilizzato nella formazione di questi ultimi lezioni frontali legate a un apprendimento di tipo passivo, ma si sono avvalsi di metodi didattici volti a sollecitare la partecipazione attiva dei genitori e a ottenere un potenziamento di particolari abilità nell'ambito della relazione con i figli (supervisione, comunicazione in generale e, nello specifico, sui temi legati alla sessualità) (Pantin *et al.*, 2004; Sikkema *et al.*, 2005; Dilorio *et al.*, 2006; Dilorio *et al.*, 2007; Prado *et al.*, 2007). In particolare, sono state utilizzate discussioni aperte e *role play* legati nello specifico alla comunicazione con i figli. Le attività di simulazione sono fondamentali per permettere il potenziamento delle abilità genitoriali.

Pantin *et al.* (2004) sottolineano inoltre l'importanza di garantire, attraverso la formazione attuata in gruppi, un supporto reciproco fra genitori tramite la discussione e il confronto fra le esperienze e le problematiche che essi incontrano nella relazione con i figli adolescenti. Il programma di intervento realizzato dagli stessi

autori (basato su un modello ecologico) è stato indirizzato, inoltre, alla creazione di legami fra le diverse coppie genitoriali promuovendo il mantenimento delle relazioni anche al di fuori dell'intervento. Sono stati sollecitati incontri nel tempo libero e uscite ricreative (gite e pic-nic) fra le diverse famiglie, che hanno coinvolto gli adolescenti e i loro amici. Ciò ha consentito non solo di rafforzare i legami fra coppie di genitori, ma anche un maggiore controllo e supervisione dei figli attraverso la conoscenza dei loro amici e delle loro famiglie.

Durata degli interventi

Secondo l'analisi di Di Clemente *et al.* (2008), la relazione fra durata dell'intervento ed efficacia non risulta chiara: in alcuni casi pochi incontri intensivi sono efficaci quanto molti, in altri casi gli interventi più duraturi risultano più efficaci.

Secondo l'analisi di Walcott *et al.* (2008), gli interventi efficaci prevedono più incontri nell'arco di più settimane. In generale sembra che un maggior numero di incontri brevi distribuiti su periodi più lunghi sia più efficace di un minor numero di incontri intensivi. A questo proposito, gli autori citano in particolare il lavoro di Robin *et al.* (2004) i quali hanno rilevato come un programma di intervento realizzato in tempi diversi (8 settimane o 3 settimane), mantenendo gli stessi contenuti abbia dato evidenze di efficacia solo quando attuato nel periodo di tempo più lungo.

Kirby *et al.* (2006) hanno inoltre evidenziato come effetti a lungo termine si riscontrano in particolare nel caso di interventi nel contesto scolastico che durano almeno 12 incontri o prevedono sessioni sequenziali in più anni. Un esempio è costituito dall'intervento implementato da Coyle *et al.* (2004) della durata di tre anni nelle *middle school* (da un minimo di 5 a un massimo di 8 incontri all'anno).

BIBLIOGRAFIA

Revisioni sistematiche

Di Clemente, R. J. *et al.* (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (8): 888- 906.

Di Clemente, R. J. *et al.* (2008). Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at risk for HIV infection: what works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*, 70: 598-605.

Peersman, G., Oakley, A., Oliver, S., Thomas, J. (1996). *A review of the effectiveness and appropriateness of peer-delivered health promotion interventions for young people*. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, London (<http://eppi.ioe.ac.uk>)

Kirby, D. *et al.* (2006). *Sex and HIV education programs for youth: their impact and important characteristics*. Family health international, ETR Associated, CA, USA, (www.etr.org).

Kirby, D. *et al.* (2007). Sex and hiv education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40: 206-217.

Walcott, C. M. (2008) *et al.* Adolescent sexual risk behaviors and school-based sexually transmitted infection/HIV prevention. *Psychology in the schools*, 45 (1): 39-51.

Valutazioni di efficacia di singoli programmi di intervento

Coyle, K. *et al.* (2004). Draw the Line/Respect the Line: a randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94 (5): 843-851.

Dilorio, C. *et al.* (2006). Keepin' it R.E.A.L. Results of a mother-adolescent HIV prevention program. *Nursing Research*, 55 (1): 43-51.

Dilorio, C. *et al.* (2007). REAL men: a group-randomized trial of an HIV prevention intervention for adolescent boys. *American Journal of Public Health*; 97(8): 1084-1089.

Dolcini, M. M. *et al.* (2008). Preliminary findings on a brief friendship-based HIV/STI intervention for urban African American youth: project ÔRÉ. *Journal of Adolescent Health*; 42: 629-633.

Downs, J. S. *et al.* (2004). Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized control trial. *Social Science & Medicine*, 59: 1561-1572.

Harper, G. W. (2007). Sex isn't that simple: culture and context in HIV preventions interventions for gay and bisexual male adolescent. *American Psychologist*, 62 (8): 806-819.

Lemieux, A. F. *et al.* (2008). A music-based HIV prevention intervention for urban adolescents. *Health Psychology*, 27 (3): 349-357.

Milhausen, R. R. *et al.* (2008). Frequency of sex after an intervention to decrease sexual risk-taking among African-American adolescent girls: results of a randomized controlled clinical trial. *Sex Education*, 8 (1): 47-57.

Morrison-Beedy, D. *et al.* (2005). Group-based HIV risk reduction intervention for adolescent girls: evidence of feasibility and efficacy. *Research in Nursing and Health*, 28: 3-15.

Pantin, H. *et al.* (2004). Ecodevelopmental HIV prevention programs for Hispanic adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (4): 545-558.

Roberto, A. J., Zimmerman, R. S., Carlyle, K. E., Abner, E. L. (2007). A computer based approach to preventing pregnancy, STD and HIV in rural adolescents. *Journal of Health Communication*, 12 (1): 53-76.

Prado, G. *et al.* (2007). A randomized controlled trail of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6): 914-926.

Sikkema, K. J. *et al.* (2005). Outcomes of a randomized, control community-level HIV prevention intervention for adolescents in low income housing development. *AIDS*, 19: 1509-1516.

Thomas, C. L., Dimitrov, D. (2007). Effects of a teen pregnancy prevention program on teen's attitudes towards sexuality: a latent trait modeling approach. *Developmental Psychology*, 43 (1): 173-185.

Zamora, A. *et al.* (2006). Using biology to teach adolescents about STD transmission and self-protected behaviors. *Applied Developmental Psychology* 2006; 27: 109-124.

Raccomandazioni di buone pratiche

Kelly, P. J. *et al.* (2005). Tailoring STI and HIV prevention programs for teens. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(4): 243-244.

OMS (2004a). *Key Issues in the Implementation of Programmes for Adolescent Sexual and Reproductive Health (ASRH)*. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Geneva (www.who.int).

OMS (2004b). *Adolescent pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development*. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Geneva(www.who.int).

Altri testi consultati

Ferrer-Wreder, L. *et al.* (2004). *Successful prevention and youth development program. Across borders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Fonti citate dai documenti presi in esame¹

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.

Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. New York: Slack.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *American Psychologist*, 32: 513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Fishbein, M. *et al.* (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour: an introduction to theory and research*. Reading MA: Addison-Wesley.

Fisher, J. D. *et al.* (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventative behaviour with gay man and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13: 238-250.

Jemmott III, J. *et al.* (1998). Abstinence and safer sex: HIV reduction interventions for African American adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 279 (19): 1529-1536.

Jemmott III, J. *et al.* (1999). Reducing HIV risk-associated sexual behaviours among African American adolescents. Testing the generality of intervention effects. *American Journal of Community Psychology*, 27 (2): 161-187.

¹ Si tratta di fonti bibliografiche riportate nella sintesi perché ritenute significative, ma non direttamente esaminate.

- Jessor, R. (1982). Problem behavior and developmental transition in adolescence. *Journal of School Health*, 52(5): 295-300.
- Kelly, J .A. *et al.* (1991). HIV risk behaviour reduction following interaction with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 81: 16-171.
- Kirby, D. *et al.* (1997). An impact evaluation of Project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention middle school program. *AIDS Education and Prevention*, 9: 44-61.
- Kirby, D. *et al.* (1995). *Evaluation of education now and babies later* (ENABL): Final report. Berkley, CA, Family Welfare Research Group.
- McGuire, W. (1964). Inducing resistance to persuasion. In L. Brokovitz (ed.) *Advances in Experimental and Social Psychology*. Vol 1. New York, NY: Academic Press, 191-229.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezoff, J., Miller, K., Pappas-Deluca, K. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34 (1), 3-26.
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication monographs*, 59: 329-349.

2.2 CONSUMO DI TABACCO, ALCOL E SOSTANZE

Da tempo ci siamo accorti che i peggiori pericoli che possono capitare sono già stati convertiti in rischi ben reclamizzati.

Mary Douglas

Di seguito sono riportati gli esiti delle attività effettuate sul tema della prevenzione del consumo di tabacco, alcol e sostanze in adolescenza. La prima parte riporta le indicazioni emerse all'interno degli incontri del tavolo tematico composto da operatori socio-sanitari del Piemonte sul tema della prevenzione nell'area del consumo di tabacco, alcol e sostanze. La seconda parte include una sintesi delle evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche per gli interventi relativi al consumo di tabacco, alcol e sostanze in adolescenza tratte dalla letteratura scientifica più recente.

2.2.1 Indicazioni operative

La prevenzione dall'uso di sostanze, o da una relazione problematica o patologica con queste, è un processo molto complesso, che necessita di precise attenzioni. È certo importante, e necessario, informare rispetto alle caratteristiche delle sostanze, rispetto ai rischi connessi all'uso, rispetto agli effetti fisici e psichici, ma occorre sottolineare con forza come la “semplice” informazione, avulsa dal contesto e generalizzata, risulti non solo inefficace, ma, addirittura, controproducente.

Inoltre, la presenza delle cosiddette “nuove sostanze”, le modalità della loro diffusione tra gruppi non solitamente attratti dai prodotti tradizionali, la normalizzazione dell'uso di cannabis in contesti non necessariamente patologici, e più in generale l'atteggiamento “addittivo” che permea molti dei contesti in cui i ragazzi si muovono, impegna gli operatori della prevenzione a una particolare attenzione nel comprendere il significato e il ruolo, che l'uso di sostanze riveste - o può rivestire - in determinati momenti e condizioni dell'adolescenza.

Nell'ultima Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, i dati relativi al 2008 evidenziano una diminuzione dell'uso di eroina e cocaina nei giovani di età inferiore ai 19 anni e una tendenza contraria nella popolazione sopra i 20 anni, ossia un aumento d'uso di queste sostanze. Dopo la flessione registrata negli anni precedenti, riprende a crescere l'uso di cannabis sia nella popolazione generale (15 – 64 anni) che tra gli studenti (15 – 19 anni), con percentuali di consumo più alte rispetto alla media europea. Emerge inoltre una tendenza al policonsumo, ossia un utilizzo contemporaneo di più droghe e quasi sempre di alcol. La cannabis si configura come una sostanza trasversale in quanto

raramente è utilizzata da sola, ma spesso è associata a cocaina ed eroina sia nella popolazione generale, che nella popolazione studentesca. Tali dati sottolineano l'importanza di focalizzarsi sulla fascia di popolazione giovanile che è quella maggiormente a rischio per la tossicodipendenza e le patologie a essa correlate.

Si tratta quindi di avviare e potenziare un sistema di intervento in grado di incontrare i soggetti nelle diverse fasi del loro percorso, un intervento che possa prevedere fasi, modalità e luoghi diversi di lavoro e in grado di mettere in campo risorse educative e professionali integrate in un percorso il più possibile condiviso.

Di seguito sono riportati i contenuti discussi dai componenti del tavolo di lavoro sulla prevenzione nell'area del consumo di sostanze in adolescenza e successivamente rielaborati dal gruppo di coordinamento. Sono stati anche inseriti da parte degli autori alcuni approfondimenti teorici sottoforma di box informativi con l'intento di fornire degli spunti di riflessione e i principali riferimenti teorici su alcuni specifici aspetti.



Attenzione!

- *Ogni intervento va pensato e realizzato in relazione alle specificità del gruppo con il quale si interagisce, al luogo e al momento nei quali si interviene.*
- *Occorre conoscere i modelli culturali e le rappresentazioni sociali delle sostanze, le identità e gli stili di vita che queste veicolano.*
- *È necessario tenere conto delle diverse percezioni ed esperienze rispetto alle sostanze: all'interno dello stesso gruppo possono essere presenti ragazzi che non hanno mai fatto uso di sostanze, altri che ne hanno un'esperienza diretta o una consuetudine.*

La scuola rappresenta di fatto il luogo privilegiato per la realizzazione degli interventi di prevenzione.

In particolare nelle scuole secondarie di I grado è opportuno coinvolgere prioritariamente **le seconde e le terze**. Infatti, durante la prima media, i ragazzi devono affrontare un cambiamento di ciclo scolastico che necessita di un periodo di adattamento in cui sono prioritarie le attività di accoglienza.

Fra i ragazzi e le ragazze è possibile individuare dei **destinatari specifici** che possono presentare bisogni ed esigenze particolari. In questo senso un'attenzione particolare va dedicata a:

- **i ragazzi stranieri:** è necessario adattare gli interventi alle specificità culturali dei ragazzi (stili di vita, contesti di appartenenza, religioni, pressioni sociali) tenendo conto dei ruoli, delle abitudini di consumo e dei significati a esso attribuiti nelle specifiche culture d'origine e del confronto fra tali modelli e quelli presenti nella cultura del paese di immigrazione. A questo si aggiunga che i ragazzi provenienti da alcuni contesti stranieri possono avere difficoltà nell'individuare i servizi di prevenzione e nel riferirsi ad alcune figure professionali per loro non consuete;

● **Destinatari generali**

Ragazzi che frequentano il II e III anno della scuola secondaria di I grado

Ragazzi che frequentano le scuole secondarie di II grado

● **Destinatari specifici**

Ragazzi stranieri

Ragazzi che frequentano diverse tipologie di scuola

Ragazzi e ragazze

• **i ragazzi che frequentano diverse tipologie di scuole:** è opportuno adattare gli interventi al contesto scolastico; particolare attenzione va posta a difficoltà e opportunità presenti nei vari istituti scolastici, i licei, gli istituti tecnici e le scuole professionali, le scuole pubbliche e quelle private. Gli istituti professionali, in particolare, rappresentano spesso una delle poche possibilità di aggancio di quei ragazzi che escono precocemente dal percorso scolastico e non sono più facilmente raggiungibili;

• **le ragazze e i ragazzi che frequentano le scuole secondarie di primo grado:** in questa fascia d'età i significati attribuiti al consumo di alcuni tipi di sostanze possono diversificarsi; per questo motivo può risultare utile in alcuni contesti organizzare interventi genere-specifici. Nell'ordine di scuola secondaria di II grado le differenze si attenuano e non è più necessario organizzare interventi ad hoc.

Destinatari intermedi e moltiplicatori

Genitori

Insegnanti

Operatori
sociosanitari

Istruttori sportivi

Gestori di locali

Forze dell'ordine

● Al fine di migliorare l'efficacia degli interventi è utile prevedere momenti formativi per gli adulti significativi (**genitori, insegnanti**)  per fornire indicazioni e strumenti che consentano di esercitare il loro ruolo con maggiore consapevolezza e competenza. Gli interventi formativi devono, tra l'altro, potenziare le abilità educative e di ascolto degli adulti. Nelle scuole secondarie di I grado le attività formative rivolte agli insegnanti risultano prioritarie rispetto a quelle che prevedono un diretto coinvolgimento dei ragazzi.

È opportuno inoltre considerare e coinvolgere in progetti specifici altri soggetti  che, a vario titolo, si trovano a interagire con i ragazzi – come ad esempio **operatori sociosanitari, istruttori sportivi, gestori di locali** e **forze dell'ordine** - valutando caso per caso la specificità del loro ruolo e della loro possibile azione preventiva.



I moltiplicatori

Lo sviluppo delle competenze e della forza di una comunità si realizza attraverso il coinvolgimento sia dei sistemi formali e strutturati sia di quelli informali. Il collegamento tra sistemi formali e sistemi informali offre l'opportunità di intervenire attivamente nella comunità, utilizzando in maniera ottimale e coordinata le risorse provenienti dalle organizzazioni e dai sistemi sociali del territorio (Francescato, Tomai, 2005). Il fatto stesso di lavorare per l'integrazione dei sistemi informali e di quelli formali ha utili ricadute sia per i servizi professionali che per i cittadini. Questi ultimi infatti incrementano la partecipazione sociale alla gestione della salute e del benessere, mentre i sistemi formali ne ricavano controlli e stimoli per migliorare la loro efficacia. In particolare, la cooperazione tra ambiti istituzionali e singoli cittadini risulta essere particolarmente utile rispetto alla prevenzione di problematiche connesse all'uso/abuso di sostanze la cui eziologia, in quanto multi-fattoriale, appare difficile da affrontare in maniera esaustiva e comprensiva. Il coinvolgimento di soggetti disponibili a contribuire alla crescita della propria comunità nell'ambito dell'attività che svolgono deve essere quindi considerata una valida risorsa e va adeguatamente valorizzata utilizzando le occasioni naturali di relazione tra le persone come strumento attraverso cui veicolare concetti e promuovere cambiamenti culturali. Tali soggetti, ossia figure che, pur non disponendo di una competenza sociale o sanitaria in materia, hanno per ragioni professionali o di impegno sociale, l'opportunità di contatto con la popolazione giovanile (ad es. gestori di locali, baristi, animatori, insegnanti di autoscuola, allenatori, membri di associazioni di volontariato, assessori, referenti territoriali sulle politiche giovanili, ecc..), opportunamente formati e accompagnati, possono assumere il ruolo di moltiplicatori dell'azione preventiva (Leone, Celata, 2006). Coinvolgere diversi soggetti, da un lato, permette un maggiore scambio tra i contesti di vita degli adolescenti consentendo passaggi, movimenti e contaminazioni altrimenti difficilmente possibili; dall'altro, consente di ridurre l'incoerenza e il disaccordo che a volte si riscontrano nei messaggi veicolati dai soggetti all'interno di contesti e situazioni diverse, ossia rende possibile realizzare una dimensione di coerenza educativa e di comune obiettivo. Si tratta quindi di "lavorare per creare o rafforzare dei legami, creare integrazione o opportunità strutturali di comunicazione tra entità (persone, enti, risorse) distinte, ma che possono convergere o riannodarsi verso un'azione o tensione condivisa" (Folgheraiter, 1995, p. 32). Questo processo non è semplice e richiede molta disponibilità da parte di ciascun attore in quanto la condivisione degli obiettivi è possibile solo se essi "accettano di non rimanere ingabbiati e rigidamente identificati nei propri quadri culturali, se si distanziano dalle appartenenze e identificazioni alle culture organizzative e professionali" (D'Angella, Olivetti Manoukian, p. 50).



Attenzione!

- > *Tutti gli attori devono essere coinvolti in attività formative loro dedicate.*
- > *Gli interventi devono essere multidisciplinari e prevedere il coinvolgimento e l'integrazione di diverse professionalità.*

Attori

● Gli interventi devono prevedere sin dalle fasi iniziali la partecipazione dei potenziali attori ovvero gli adulti significativi  che entrano in contatto con i ragazzi. È necessario, cioè, potenziare gli atteggiamenti educativi delle persone vicine ai ragazzi nel loro percorso di crescita.

Insegnanti

Esperti

Operatori
sociosanitari

Operatori del
territorio

Operatori del CIC

È fondamentale che il coinvolgimento degli **insegnanti** in tutto il percorso dei progetti di prevenzione in ambito scolastico sia costante e attivo, in modo da garantire coerenza fra il percorso di prevenzione e promozione della salute e le attività curriculari. Infatti i docenti veicolano messaggi che possono contribuire od ostacolare la prevenzione dei comportamenti a rischio e promuovere l'adozione di atteggiamenti consapevoli.

È importante che la scuola assuma un ruolo coerente nei confronti dei consumi di sostanze psicoattive legali e illegali, dando luogo alle azioni che a essa competono e che potranno integrarsi con gli altri soggetti coinvolti (ad es. farsi carico delle regole del non consumo).

Gli interventi degli **esperti** e degli **operatori**, che lavorano sul territorio, nelle ASL e nei CIC (Centri di Informazione e Consulenza), devono porsi sempre in una logica di integrazione e continuità con le attività proposte dalle istituzioni scolastiche.

Moltiplicatori

● In questi interventi un ruolo importante può essere svolto dai moltiplicatori dell'azione preventiva,  la cui attività professionale o di volontariato implica un contatto diretto con i giovani, senza tuttavia includere un ruolo specifico di promozione della salute. Nell'ambito dell'uso e abuso di so-

Operatori del
tempo libero

Istruttori sportivi

stanze legali e illegali possono svolgere un importante ruolo di sensibilizzazione, informazione e osservatori attenti, gli **operatori del tempo libero**, gli **istruttori sportivi**, gli **animatori degli oratori** e coloro che operano nel variegato mondo del **volontariato**.

Le **forze dell'ordine** ricoprono un ruolo particolarmente delicato e importante: è necessario, quindi, ipotizzare momenti di formazione congiunta con gli operatori sociosanitari, per costruire insieme, nell'ambito delle proprie specificità professionali, un'alleanza che si concretizzi in interventi coerenti. È necessario fornire agli **adulti significativi** che a vario titolo interagiscono con l'intero sistema familiare, strumenti di lettura e di interpretazione rispetto all'evoluzione dei modelli di consumo e alle situazioni problematiche connesse.

Animatori di oratori

Volontari

Forze dell'ordine

Adulti significativi



Gli adulti significativi

Il percorso che porta dall'adolescenza alla vita adulta si dispiega in diversi contesti di socializzazione, in cui l'individuo intrattiene relazioni sia con i propri pari sia con adulti significativi che costituiscono modelli cui avvicinarsi o differenziarsi nel processo di definizione di sé e forniscono sostegno nel fronteggiamento dei compiti di sviluppo propri di questa fase della vita (Palmonari, Rubini, 2006). "Gli adolescenti hanno bisogno di incontrare adulti di per sé interessanti e significativi, sufficientemente riusciti e realizzati, sufficientemente maturi, la cui presenza sia in grado di interpellare e stimolare la crescita (Garelli, 1999; p. 879). In adolescenza, le relazioni con gli adulti significativi rappresentano dei punti di riferimento imprescindibili per la costruzione del proprio sé e per poter giungere alla maturità adulta come membri positivamente integrati nella realtà sociale in cui si è inseriti (Palmonari, 1997). Il consumo di sostanze psicoattive in adolescenza, così come tutti i comportamenti a rischio, rappresenta una sfida all'impegno educativo degli adulti (genitori, insegnanti, operatori socio-sanitari, educatori, allenatori, ecc..). "Agli adulti è richiesto in primo luogo di offrire opportunità ambientali più ricche e protettive, in modo da favorire il ricorso a comportamenti che permettono di raggiungere gli stessi obiettivi positivi per lo sviluppo in modo salutare e senza rischio, oppure limitando a brevi incursioni la sperimentazione di comportamenti pericolosi. Ma ancor più agli adulti è richiesto di saper fare concretamente appello all'adolescente come a un essere attivo, impegnato a costruire il proprio sviluppo in interazione con il mondo degli adulti. Per raggiungere questi obiettivi, è però necessario rinunciare a una concezione negativa e svalutante degli adolescenti, per riconoscere le loro potenzialità e la loro capacità di agire sia a vantaggio proprio che della comunità di appartenenza. Il modello di prevenzione proposto si basa sul forte ruolo educativo dell'adulto, che non può rinunciare alla

propria responsabilità nei confronti dei ragazzi e delle ragazze che vivono questa importante fase di transizione.

Il ruolo educativo dell'adulto si realizza in primo luogo nel lavorare consapevolmente per rendere disponibili agli adolescenti, sia in famiglia che a scuola e nella comunità, quelle opportunità e risorse cui essi possono attingere nel processo di costruzione dell'identità e delle relazioni sociali. In modo complementare, assumere un ruolo educativo forte comporta fare precise richieste agli adolescenti, impegnandoli in una riflessione e in un progetto su di sé, in una sfida in azioni significative, personalmente e socialmente rilevanti, per le quali vengono offerte le risorse necessarie" (Bonino, 2005; p. 174).



Il ruolo della famiglia nella prevenzione delle dipendenze

Numerose ricerche hanno messo in luce che il sostegno da parte dei genitori, un atteggiamento di disapprovazione e poco permissivo da parte dei genitori verso il consumo di sostanze in adolescenza e una comunicazione chiara tra genitori e figli adolescenti svolgono un ruolo protettivo rispetto al consumo di sostanze psicoattive (Duncan et al., 1995; Chilcoat, Anthony, 1996; Oxford et al., 2000; Barnes et al., 2000; Kosterman et al., 2000; Wood et al., 2004; Bahr et al., 2005; van der Vorst et al., 2005; Kuntsche, Kuendig, 2006). L'influenza della famiglia non avviene tanto attraverso la sua struttura, integra o meno, o attraverso altre variabili quali il lavoro svolto dai genitori o il livello di scolarità di questi ultimi, ma attraverso il tipo di relazione che si instaura tra genitori e figli adolescenti.

"La famiglia costituisce un importantissimo fattore di protezione, che agisce sia in modo specifico che generale. L'influenza specifica si attua attraverso i modelli positivi di adulto che essa propone. Occorre sottolineare che accanto ai comportamenti (ad esempio, non fumare o guidare in modo non pericoloso) esercitano un ruolo protettivo anche aspetti sovente sottovalutati, come gli atteggiamenti di disapprovazione esplicita dei comportamenti a rischio (ad esempio, nei confronti del fumo di tabacco e di marijuana).

L'influenza della famiglia si esplica, più in generale, attraverso lo stile educativo messo in atto dai genitori. Lo stile più protettivo è quello autorevole, caratterizzato sia da un'adeguata supervisione del comportamento dei figli, attraverso regole esplicite di cui si chiede il rispetto, sia da una costante disponibilità e apertura al dialogo. La figura protettiva è insomma quella di un genitore ben presente sul piano educativo, che non considera fuori luogo porre ai figli adolescenti, soprattutto ai più giovani, regole e controlli, ma che è capace nello stesso tempo di prendere sul serio e di

saper ascoltare e accogliere le difficoltà dei figli. Questi ultimi sanno così di poter contare su genitori che non hanno abdicato al loro ruolo educativo, che non li abbandonano a una libertà che sconfinava nell'indifferenza, che costituiscono dei punti di riferimento a cui potersi rivolgere" (Bonino et al., 2003; p. 294).

Sono dunque fondamentali lo stile educativo autorevole, una buona comunicazione, i genitori come modelli positivi di comportamento, ossia una serie di condizioni che favoriscono l'autonomia funzionale dei figli (ad esempio: assunzione di responsabilità, indipendenza di giudizi, valori, ecc.), creando le premesse per la costruzione di un'immagine positiva di sé e per la riduzione del rischio di un'implicazione grave e persistente nell'uso di sostanze. In particolare, lo stile educativo autorevole nella sua dimensione del controllo (parental monitoring) correla negativamente con l'assunzione di comportamenti a rischio per la salute e di condotte devianti (Stattin, Kerr, 2000; Marta et al., 2004) e una buona comunicazione familiare ha molteplici effetti positivi sull'adattamento dell'adolescente alle sfide evolutive (Marta, 1995; Caprara, Scabini, 2000; Caprara et al., 2002)

I CONTENUTI



Attenzione!

- *È importante che vi sia un'informazione chiara rispetto alle caratteristiche, agli effetti e ai rischi delle differenti sostanze. Inoltre occorre tenere conto che:*
 - *l'informazione di per sé non è sufficiente e talune volte rischia di essere controproducente poiché attiva meccanismi di curiosità, esibizione, sfida;*
 - *l'informazione non è mai "neutrale" e "asettica", ma veicola inconsapevolmente elementi valoriali ed esperienziali;*
 - *l'informazione ha senso se aiuta a riflettere, ad aprire ipotesi, a confrontare punti di vista.*

- *Nicotina, alcol, droghe illegali, presentano specificità legate ad abitudini e significati di consumo, di cui è necessario tener conto negli interventi. È importante porre attenzione anche alle forme di dipendenza o di compulsività non legate a sostanze, quali ad esempio: gioco d'azzardo, shopping compulsivo, dipendenza da Internet, ecc..*

Con i ragazzi

Percorso educativo ampio

Alfabetizzazione emotiva

Stili di vita e rischio

Abitudini di consumo in generale

Abitudini di consumo legate alle sostanze

● Gli interventi di prevenzione sui comportamenti a rischio legati all'uso e all'abuso di sostanze psicoattive devono essere inseriti in **un percorso pedagogico più ampio** che abbia l'obiettivo di fornire ai beneficiari gli strumenti per crescere avendo la capacità di cercare e trovare delle possibili alternative alla scelta di consumo di sostanze psicoattive. Un elemento centrale risulta quello di favorire il processo di **alfabetizzazione emotiva**, ovvero promuovere la capacità dei ragazzi di comunicare i propri sentimenti e vissuti ed esprimere le proprie emozioni. Spesso infatti gli adolescenti palesano difficoltà nel distinguere ed esprimere le proprie emozioni, mentre tale competenza può costituire un aspetto importante e necessario per comprendere alcuni processi che sono anche alla base di esperienze di uso di sostanze psicoattive e di altre forme di compulsività non legate a sostanze. 

Non sempre è opportuno descrivere le sostanze e i loro effetti ai ragazzi di 11-13 anni; occorre innanzitutto accertarsi che la domanda nasca da una loro effettiva esigenza e non da preoccupazioni parentali o istituzionali: è quindi prioritario effettuare un'attenta analisi del contesto.

È inoltre importante contestualizzare il ricorso alle sostanze in un quadro più ampio facendo riferimento a **stili di vita**, pressioni sociali e **modelli culturali e relazionali dei consumi** (in particolare farmaci).

Nei ragazzi delle scuole secondarie di II grado sembra maggiormente indicato parlare delle diverse **tipologie di sostanze**, sempre però tenendo in considerazione le caratteristiche e i bisogni del gruppo cui è destinato l'intervento. Il discorso sulle sostanze va dunque inserito in un percorso pedagogico più ampio che parta dalle conoscenze e dagli interessi dei ragazzi e dalle loro domande, per non dare informazioni che possano risultare controproducenti e per correggere eventuali conoscenze scorrette.

Con gli adulti

Competenze relazionali

Stili di vita e rischio

Abitudini di consumo e di sostanze

● Tutti gli attori che a vario titolo partecipano a interventi di prevenzione andrebbero coinvolti in attività di formazione dedicate che riguardino gli **stili di vita, comportamenti a rischio, abitudini di consumo e sostanze**. La formazione degli insegnanti dovrebbe prevedere un focus particolare sul rafforzamento della funzione educativa e sulle **competenze relazionali**  utili nella gestione di questa specifica tematica con i ragazzi.



Le dipendenze senza sostanze

Il termine dipendenze senza sostanze, o comportamentali, si riferisce a forme di dipendenza da comportamenti o attività abituali delle persone nella loro vita quotidiana.

La caratteristica principale di tali dipendenze è l'assenza di una sostanza tossica, ossia di un qualcosa di esterno e di chimico che entra nel corpo del soggetto e che è in grado di modificarne e ristrutturarne le relazioni e la biologia (Rigliano, Croce, 2001).

Nonostante ciò, sono presenti gli elementi tipici della dipendenza da sostanza: in primo luogo, l'entità del comportamento da cui si è dipendenti che diventa "abitudine prioritaria" con compromissione della vita relazionale e sociale; in secondo luogo, l'alterazione del tono dell'umore; in terzo luogo, la tolleranza che comporta la necessità di aumentare la quantità di azioni per ottenere il medesimo grado di soddisfacimento.

Sono inoltre presenti sintomi di astinenza in assenza del comportamento, tendenza al ripiegamento e alle ricadute durante i tentativi di smettere. Tra le dipendenze senza sostanze sono incluse la dipendenza da gioco d'azzardo (pathological gambling), le dipendenze tecnologiche e la dipendenza da Internet (Internet addiction disorder), la dipendenza da shopping (compulsive buying), la dipendenza relazionale (love addiction), la dipendenza da sesso (sexual addiction), la dipendenza da esercizio fisico (exercise addiction) e la dipendenza da lavoro (workaholism o work addiction).

In generale, si tratta di un fenomeno dai contorni e dai significati ambigui, difficile da comprendere attraverso le tradizionali lenti con le quali il consumo, l'abuso e la dipendenza da sostanze sono state tradizionalmente interpretate. Ad esempio, il gioco d'azzardo è per sua natura un comportamento libero e ludico, fortemente radicato nel tessuto sociale di una comunità e che per molti aspetti fa parte dell'essere di ciascun soggetto (Di Maria et al., 2000). Soprattutto oggi, in un'epoca storica in cui predomina l'insoddisfazione, a uomini e donne di tutte le età è capitato di giocare una schedina o di giocare alle slot machine o al bingo per soddisfare il normale bisogno di evasione dalla quotidianità e condividere con altri speranze, fantasie, aspettative e divertimento. Ancora, l'uso di Internet e delle nuove tecnologie risponde all'esigenza di accedere a una realtà parallela, fantastica e alternativa rispetto a quella quotidiana, ma proprio per questo anche necessaria per mantenere un sano adattamento. Le nuove tecnologie dilatano la realtà quotidiana su potenziali mondi virtuali in cui è anche possibile ritirarsi quando si desidera sfuggire a una realtà insostenibile perché angosciata (Steiner, 1996).

Entro certi confini culturalmente e socialmente definiti alcuni comportamenti, quali l'uso delle nuove tecnologie, il gioco d'azzardo, l'esercizio fisico, il lavoro possono risultare adeguati non solo per l'individuo, ma per l'intera comunità e conservare una valenza positiva. Proprio per il loro versante sociale e per il loro non essere ritenuti né interamente cattivi né interamente buoni,

ciascun soggetto è potenzialmente esposto al rischio che tali comportamenti degenerino nella direzione della dipendenza e della compulsività (Croce, Nanni, 2004). Nelle relazioni interpersonali, nell'uso delle tecnologie, nel consumo di beni rischiano, infatti, di innescarsi processi che possono portare a vere e proprie forme di dipendenza con le stesse conseguenze e i medesimi costi individuali, sociali e sanitari delle tradizionali dipendenze da sostanze. Poiché si tratta di dipendenze da comportamenti e attività lecite e socialmente accettate, queste nuove forme non sono percepite come condotte devianti né vengono disapprovate a livello sociale e individuale con una conseguente sottovalutazione dei rischi. Ne deriva spesso una lettura superficiale e stereotipata secondo cui tali dipendenze appartengono all'ambito della quotidianità, in virtù del fatto che possono coinvolgere chiunque, in contrapposizione all'ambito della devianza in cui vengono relegate le tradizionali dipendenze da sostanze. Tale lettura sottolinea da una parte, la tentazione di stabilire una demarcazione netta tra ciò che è patologico e ciò che non lo è, tra ciò che è vicino e ciò che è lontano (Rigliano, 1998), e dall'altra, la difficoltà di considerare il fenomeno della dipendenza come un tutt'uno eterogeneo, differenziato al suo interno da maggiori o minori propensioni alla patologia e alla compulsività.

Che cosa fare allora per evitare che un comportamento normale degeneri nella direzione della dipendenza? Innanzitutto bisogna agire a livello dell'intera comunità con la formula privilegiata della prevenzione. A differenza delle tradizionali dipendenze da sostanze, in cui l'obiettivo degli interventi di prevenzione è centrato sull'incontro con la sostanza stessa, nel caso delle dipendenze senza sostanze, quest'obiettivo risulta impraticabile e ambivalente (Croce, 2006). L'obiettivo da raggiungere non è neppure l'astensione da comportamenti usuali e socialmente accettati ma, dovrebbe essere quello di informare sui potenziali rischi del coinvolgimento eccessivo diffondendo una vera e propria cultura dell'uso responsabile delle opportunità offerte dall'ambiente. Inoltre, tali interventi di prevenzione dovrebbero prevedere il potenziamento delle competenze personali e sociali degli adolescenti e dei giovani, della loro capacità di diversificare le attività del tempo libero, dell'abitudine a porsi degli obiettivi ben definiti e delle strategie di coping. Fondamentale è anche l'educazione al controllo degli impulsi e all'automonitoraggio. Tuttavia, perché gli interventi di prevenzione siano efficaci, è necessario riconoscere e affrontare l'ambiguità con cui la società attuale considera i giovani: da una parte potenziali e stigmatizzati consumatori di sostanze illegali, dall'altra auspicati consumatori di merci e sostanze legali (Lavanco, Croce, 2008).



Attenzione!

- *La scuola è l'ambito privilegiato per gli interventi di prevenzione, ma non può essere l'unico.*
- *È necessario potenziare gli interventi preventivi nei luoghi, reali o virtuali, che gli adolescenti scelgono per trascorre il loro tempo e anche nei servizi loro dedicati.*

La **scuola**, ambiente in cui un numero molto elevato di ragazzi trascorre gran parte del proprio tempo, è un importante luogo di interazione sociale. Tuttavia, poiché è un contesto formale, è possibile che qualcuno possa percepirla come non idoneo per poter parlare liberamente del proprio vissuto e delle proprie esperienze.

Altri ambiti di intervento particolarmente indicati sono i **luoghi di aggregazione informale**, soprattutto per la fascia di età 15-18 anni in cui si inizia a sperimentare un'autonomia di spostamento e di gestione del proprio tempo. È opportuno consolidare gli interventi di prevenzione, sia a livello informale, nei locali e nelle realtà aggregative, sia a livello formale, **nei centri di ascolto e nei servizi dedicati agli adolescenti**.

Un altro ambito di intervento privilegiato è il **mondo dello sport** - luogo indubbiamente di forte valenza educativa, fondamentale per una crescita positiva - che, tuttavia, rischia di dare luogo a comportamenti non salutari, a partire dall'uso non necessario di integratori fino all'utilizzo di farmaci dopanti. È necessario, inoltre, tenere conto dell'importanza rivestita dai **luoghi virtuali**, dalle piattaforme di comunicazione ai **social network**,  in cui si scambiano informazioni, si fanno conoscenze e si gestiscono relazioni. Gli adulti spesso non conoscono queste realtà e hanno difficoltà a codificare i linguaggi utilizzati.

È importante che gli operatori abbiano la possibilità di conoscere e utilizzare questi canali e codici di comunicazione, e che, contestualmente, i ragazzi possano confrontarsi, anche in questi luoghi, con adulti competenti.

I luoghi

La scuola

I luoghi di aggregazione informali

I luoghi ideati per gli adolescenti

Il mondo dello sport

Luoghi virtuali



Attenzione!

- *Gli interventi spot non assicurano i risultati attesi e rischiano di essere controproducenti.*
- *È importante costruire un piano di intervento preventivo che veda fasi articolate a seconda dei destinatari, delle specificità e degli elementi emersi in "corso d'opera".*
- *La divulgazione di materiale informativo (opuscoli, vademecum, video, ecc.) è più efficace quando accompagnata da un intervento educativo: la sola diffusione di materiali che veicolano messaggi pre-confezionati può produrre effetti boomerang.*
- *Si evidenzia l'importanza del coinvolgimento dei ragazzi nella preparazione dei materiali ideati negli interventi di prevenzione, sia per quanto riguarda il prodotto finale sia per quanto riguarda il percorso di realizzazione.*

Metodi

Forme di coordinamento stabili

Interventi educativo -promozionali

Modalità di conduzione interattive

Educazione tra pari

È necessario prevedere **forme di coordinamento stabili** sul tema della prevenzione delle dipendenze al fine di programmare interventi integrati a cui partecipino enti diversi: le istituzioni scolastiche, i servizi specialistici delle ASL, gli Enti Locali, le associazioni.

È importante prevedere una progettazione condivisa degli interventi di prevenzione, così da tenere in considerazione i diversi punti di vista e le diverse esigenze portate dagli attori coinvolti nella programmazione, favorendo la sinergia tra i vari ambiti e l'integrazione delle diverse professionalità.

Gli interventi informativi da soli non bastano a modificare i comportamenti, soprattutto nella fascia d'età considerata. L'approccio informativo infatti non tiene conto di altri elementi che giocano un ruolo importante come il possesso di competenze, le opportunità e le pressioni sociali.

Gli **interventi educativo - promozionali** mirano a sviluppare capacità e risorse appartenenti ai singoli soggetti; tra questi quelli basati sulle **life skills**

e i programmi che favoriscono l'*empowerment* si propongono di promuovere risorse personali utili a favorire il benessere. 

Infatti, favorire un maggior senso di controllo personale e fornire informazioni corrette può contribuire a modificare la motivazione al ricorso all'uso di sostanze quale mezzo per affrontare le sfide e la ripetitività del quotidiano.

I ragazzi e le ragazze non devono solo “proteggersi” dal mondo e dagli altri, ma vanno aiutati a vivere relazioni positive e ad accogliere gli stimoli che vengono dal mondo esterno. È necessario quindi sostenere le persone e i gruppi nella capacità di gestione della proprie relazioni, nella prospettiva della costruzione del capitale sociale, limitandone così la vulnerabilità e suscettibilità.

Modalità di conduzione interattiva facilitano lo sviluppo di relazioni positive di natura supportiva con gli adulti di riferimento o con eventuali *peer educator*; i metodi da privilegiare nella conduzione degli interventi includono quindi:

- partecipazione attiva
- assunzione di responsabilità
- *cooperative learning*
- educazione tra pari
- discussioni e lavori di gruppo
- dibattiti, *brainstorming*, *role playing*
- ideazione e produzione di materiali.

L'educazione tra pari  si fonda sull'importanza che il gruppo di coetanei riveste nel periodo dell'adolescenza; l'approccio sembra maggiormente indicato per i ragazzi che frequentano le scuole secondarie di II grado, ma può attuarsi in vari contesti, tra i quali assume un ruolo privilegiato la scuola. Gli operatori sociosanitari/esperti che intervengono nella scuola per gestire gli interventi di prevenzione dovrebbero essere riconoscibili in funzione del ruolo che svolgono sul territorio e nelle rispettive strutture, così da poter diventare un **riferimento stabile** per i ragazzi e garantire la continuità degli interventi proposti nel corso degli anni.

Continuità degli interventi

Punti di riferimento relazionali stabili

Formazione e supervisione

Per gli insegnanti

Per tutti attori coinvolti

● Sono inoltre da prevedere, soprattutto nelle scuole medie inferiori, specifiche attività di formazione e supervisione degli **insegnanti**: è importante poter lavorare con un gruppo stabile che possa costituire il nucleo di riferimento all'interno dell'istituzione scolastica.

Devono essere programmate specifiche attività formative per **tutti gli attori** che intervengono nei progetti di prevenzione.



Le life skills

Con il termine *life skills* (che tradotto letteralmente significa competenze vitali), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le "capacità di adattamento e di comportamento positivo che permettono agli individui di affrontare in maniera efficace le esigenze e le sfide della vita quotidiana" (WHO, 1994). Si tratta di competenze e abilità, tra loro strettamente connesse, che rendono gli individui in grado di affrontare in maniera funzionale le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana e che sono quindi collegate a un miglior adattamento e a un maggior benessere psicofisico. Poiché tali capacità e abilità non sono predisposizioni innate, ma possono essere rafforzate e migliorate grazie a esperienze e interventi che ne promuovano un efficace utilizzo, il loro potenziamento risulta di fondamentale importanza nella programmazione di interventi mirati alla promozione della salute e del benessere degli individui, indipendentemente dal contesto nel quale sono inseriti (Bonino, Cattelino, 2008; Leone, Celata, 2006). Di seguito sono elencate le *life skills* individuate dall'OMS:

1. *capacità di prendere decisioni (decision making)*: si tratta della capacità di prendere decisioni in modo consapevole e costruttivo, considerando le diverse opportunità e le possibili conseguenze connesse a ogni scelta;
2. *capacità di risolvere i problemi (problem-solving)*: si tratta della capacità di riconoscere il problema, identificarne la natura, pensare le diverse alternative di soluzione e valutare l'efficacia e le conseguenze della soluzione scelta;
3. *pensiero critico*: si tratta della capacità di analizzare e valutare in modo oggettivo le informazioni al fine di organizzare idee e opinioni in modo accurato e chiaro;
4. *creatività*: si tratta della capacità di trovare soluzioni non convenzionali e originali a una situazione problematica;
5. *comunicazione efficace*: si tratta della capacità di esprimersi, sia a livello verbale che non verbale, in modo appropriato al contesto e all'interlocutore;

6. *empatia*: si tratta della capacità di comprendere le emozioni, i sentimenti e il vissuto dell'altro, ossia il suo stato emotivo;

7. *autoconsapevolezza*: si tratta della capacità di conoscere se stessi, i propri pensieri, bisogni, desideri, punti di forza e di debolezza;

8. *autoefficacia*: si tratta della percezione della propria capacità di affrontare e portare a termine un determinato compito in un particolare ambito specifico;

9. *capacità di relazioni interpersonali*: si tratta di un insieme di capacità che permettono all'individuo di relazionarsi in modo positivo con gli altri, ossia di essere in grado di stabilire e mantenere relazioni significative così come di interromperle in maniera costruttiva;

10. *gestione delle emozioni*: si tratta della capacità di riconoscere, esprimere in modo adeguato e regolare le proprie emozioni;

11. *gestione dello stress*: si tratta della capacità di affrontare e tollerare le situazioni percepite come stressanti.

In adolescenza, la scuola è il contesto privilegiato in cui promuovere le life skills e di conseguenza il benessere degli adolescenti (Stleger, 2000; Mcloughlin, Kubick, 2004; Simovska, 2004).

Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico basati sul potenziamento delle life skills hanno dimostrato di essere tra i più efficaci nella prevenzione dell'uso di alcol, tabacco, marijuana e altre sostanze psicoattive (Tobler, Stratton, 1997; Tobler et al., 2000; Botvin, 2000; Cuijpers, 2002; Griffin et al., 2003).

BIBLIOGRAFIA

Bahr, S. J., Hoffman, J. P., Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *Journal of Primary Prevention*, 2: 229 -551.

Barnes, G. M., Reifman, A. S., Farrell, M. P., Dintcheff, B. A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescence alcohol misuse: a six-wave latent growth model. *Journal of Marriage and the Family*, 2 (1): 175-186 .

Bonino, S. (2005). *Il fascino del rischio negli adolescenti*. Firenze: Giunti.

Bonino, S., Cattelino, E. (a cura di) (2008). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Trento: Erickson.

Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual levels etiological factors. *Addictive Behaviour*, 2: 887-897.

Caprara, G. V., Delle Fratte, G. V., Steca, P. (2002). Determinanti e personali del benessere in adolescenza: indicatori e predittori. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 6: 203-233.

Caprara, G. V., Scabini, E. (2000). La costruzione dell'identità in adolescenza. In G. V. Caprara, A. Fonzi (a cura di), *L'età sospesa*. Firenze: Giunti, 58-89.

Chilcoat, H. D., Anthony, J. C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3 (1): 91-100.

Croce, M., (2006). È possibile prevenire o ridurre i danni del gioco d'azzardo? In G. Lavanco, L. Varveri, *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*. Roma: Carocci, 139 -151.

Croce, M., Nanni, W. (2004). Dipendenze senza sostanze. In W. Nanni, T. Vecchiato (a cura di), *Vuoti a perdere. Rapporto su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*. Milano: Feltrinelli, 218-262.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27: 1009-1023.

D'Angella, F., Olivetti Manoukin, F. (1995). L'ascolto e l'osservazione nella progettualità dialogica. In Aa. Vv., *La progettazione sociale*, Quaderni di animazione e formazione. Torino: Gruppo Abele Periodici.

- Di Maria, F., Lavanco, G., Lo Re, T. (2000). Azzardosamente. Gioco d'azzardo e bisogni di identità. *Psicologia Contemporanea*, 12: 28-35.
- Duncan, T. E., Tildesley, E., Duncan, S. C., Hops, H. (1995). The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, 90:1647-1660.
- Folgheraiter, F. (1995). Lavoro di rete e valorizzazione delle risorse sociali. In Aa. Vv., *L'intervento di rete. Concetti e linee d'azione*, Quaderni di animazione e formazione. Torino Gruppo Abele Periodici.
- Francescato, D., Tomai, M. (2005). *Psicologia di comunità e mondi del lavoro. Sanità, pubblica amministrazione e privato sociale*. Roma: Carocci Editore.
- Garelli, F. (1999). Stereotipi sui giovani e questione educativa. *Il Mulino*, XLVIII (5): 871-881.
- Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4 (1): 27-38.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Nichols, T. R., Doyle, M. M. (2003). Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine*, 36: 1-7.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., Abbott, R. D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90 (3): 360-366.
- Kuntsche, E. N., Kuending, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41: 71-86.
- Lavanco, G., Croce, M. (2008). *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*. Milano: McGraw-Hill.
- Leone, L., Celata, C. (a cura di) (2006). *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Il Sole 24 ore.
- Marta, E. (1995). Funzionamento familiare e rischio psicosociale in tardo adolescenti. *Ricerche di Psicologia*, 4.
- Marta, E., Lanz, M., Lanzi, C., Tagliabue, S., Pozzi, M., Bertoni, A. (2004). La relazione genitori-adolescenti: un predittore della devianza? *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2: 269-288.
- McLoughlin, C. S., Kubick, R. J. (2004). Wellness promotion as a life-long endeavour: promoting and developing life competencies from childhood. *Psychology in the schools*, 41 (1): 131-141.
- Oxford, M.L., Harachi, T. W., Catalano, R. F., Abbott, R. D. (2000). Preadolescent 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 (4): 599-616.
- Palmonari, A. (1997). Identità, concetto di sé e compiti di sviluppo. In A. Palmonari (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino, 45-90.
- Palmonari, A., Rubini, M. (2006). La ridefinizione dell'identità: la persona e gli altri significativi. In F. Garelli, A. Palmonari, L. Sciolla (a cura di), *La socializzazione flessibile. Identità e trasmissione dei valori tra i giovani*. Bologna: Il Mulino, 241-252.
- Rigliano, P. (a cura di) (1998). *In-dipendenze*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Rigliano, P., Croce M., (2001). Giochi d'azzardo e tossicodipendenza. In M. Croce , R. Zerbetto (a cura di), *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, gli interventi possibili*. Milano: Franco Angeli.
- Simovska, V. (2004). Student participation: a democratic education perspective-experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research*, 19 (2): 198-207.
- Stattin, H., Kerr, M. (2000), Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71: 1070-1083.
- Steiner, J. (1996). *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stleger, L. H. (2000). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health. A review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 14 (1): 51-69.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000). Schoolbased adolescent drug prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4): 275-336.
- Tobler, N. S., Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4): 275-334.
- Van der Vorst, H., Engels, R., Meeus, W., Dekovic, M., Van Leeuwe, J. (2005). The role of alcohol specific socialization in adolescents' drinking behavior. *Addiction*, 100: 1464-1476.
- WHO (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction to life skills for psychosocial competence. Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs*. http://whqlibdoc.who.int/hq/14/WHO_MNH_PSF_3.7A_Rev.2.pdf
http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
- Wood, M. D., Read, J.P., Mictchell, R. E., Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1): 19-30.

2.2.2 Evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche

Destinatari degli interventi

Destinatari finali

Le numerose fonti esaminate hanno messo in evidenza l'importanza di adattare i programmi e gli interventi alle caratteristiche dei destinatari dell'intervento (Unione Europea, 2005; NIDA, 2003; Hawkins *et al.*, 2008, Foxcroft *et al.*, 2003; Tobler *et al.*, 1997; Botvin *et al.*, 2000). Infatti sono rilevanti le differenze nei livelli di coinvolgimento nel rischio e nei fattori di rischio o protezione per i diversi gruppi di adolescenti. La progettazione e l'implementazione degli interventi deve tenere conto delle caratteristiche specifiche della popolazione adolescenziale cui sono indirizzati, con particolare attenzione a: età, genere, appartenenza etnica e culturale, livelli di coinvolgimento nel rischio rilevati prima dell'intervento. Tuttavia, Peters *et al.* (2009) sottolineano che non esistono studi che abbiano valutato la maggiore efficacia di interventi adattati alle caratteristiche dei destinatari rispetto a interventi implementati indipendentemente dalle caratteristiche del *target*.

Età

Gli interventi di prevenzione delle dipendenze devono essere mirati a specifiche fasce d'età piuttosto che a specifiche sostanze (Faggiano *et al.*, 2005). Le buone pratiche di promozione della salute sottolineano in generale la necessità di indirizzare gli interventi di prevenzione delle dipendenze e dell'abuso di sostanze a partire dall'infanzia (ad esempio, interventi basati sul rispetto delle regole e l'adozione di comportamenti responsabili) e dalla pre-adolescenza.

I programmi che si rivolgono ai bambini sotto gli 11 anni dovrebbero essere centrati su attività che migliorano l'adattamento psicosociale e dovrebbero essere rivolti anche alle famiglie, con particolare attenzione al potenziamento delle abilità genitoriali, quali ad esempio il sostegno e la supervisione (Bernat, 2007).

Gli interventi analizzati in questa revisione della letteratura riguardano soprattutto ragazzi di età compresa fra 11 e 18 anni. Il tema del consumo di sostanze non risulta essere affrontato nella fascia di età precedente (Faggiano *et al.*, 2005; Peters *et al.*, 2009).

Sarebbe preferibile attuare gli interventi nella fascia d'età che va dagli 11 ai 14-15 anni, quindi prima che la maggioranza dei ragazzi e delle ragazze sia coinvolta nella sperimentazione del consumo di alcol e altre sostanze. I programmi efficaci per i soggetti di questa fascia di età promuovono la capacità di resistere alla pressione sociale al consumo di droghe e alcol o agiscono a livello di legislazione, oppure questa in combinazione con il potenziamento di abilità individuali e sociali. Studi di valutazione hanno messo in evidenza che questi approcci possono ridurre significativamente l'uso di tabacco, alcol e marijuana negli adolescenti (Botvin *et al.*, 2000a). I programmi rivolti agli adolescenti inoltre dovrebbero favorire la

costruzione e il mantenimento di relazioni positive con i pari e promuovere la capacità di resistere alle pressioni sociali.

Petrie (2007) descrive l'efficacia di programmi svolti nella preadolescenza che coinvolgono anche le famiglie. Gli interventi rivolti ai preadolescenti (11-14 anni) rispetto a quelli per gli adolescenti (15-17 anni), per essere efficaci, devono avere necessariamente caratteristiche diverse, in quanto contenuti e metodologie utilizzate devono tenere conto del livello di sviluppo cognitivo raggiunto e dell'eventuale coinvolgimento nel consumo di sostanze o di alcol.

Genere

La letteratura presa in esame sottolinea come esistano significative differenze nella sperimentazione di sostanze e alcol da parte di ragazzi e ragazze. Per tale ragione, molti interventi rivolti contemporaneamente ad adolescenti di entrambi i generi hanno mostrato un'efficacia dissimile per maschi e femmine (Vogl *et al.*, 2009; Faggiano *et al.*, 2005; Flay *et al.*, 2004). Non sono stati individuati studi che confrontino l'efficacia di interventi condotti separatamente per maschi e femmine con quelli rivolti a entrambi i generi; di conseguenza la letteratura esaminata non raccomanda una differenziazione degli interventi per ragazzi e ragazze in relazione ai contenuti trattati e al potenziamento di diverse abilità individuali. Tuttavia è necessario porre attenzione alle diverse implicazioni dell'utilizzo di sostanze e alcol per i maschi e le femmine.

Appartenenza etnica e culturale, caratteristiche socio-demografiche

Secondo Botvin *et al.* (2001), gli effetti della prevenzione dell'uso di alcune sostanze sono in parte mediati dalla predisposizione al rischio, dalle intenzioni comportamentali e dalle aspettative circa le norme dei pari rispetto all'uso di sostanze. Per queste ragioni, alcune linee guida attribuiscono grande importanza alla possibilità di non riferirsi ai giovani come a un unico gruppo omogeneo, ma di considerare il contesto familiare, il luogo di provenienza, la comunità di appartenenza e le differenze sociali, realizzando interventi che si adattino alle specificità culturali ed etniche di una particolare popolazione (NIDA, 2003). Lo studio di Botvin *et al.* (2001) ha valutato un intervento di prevenzione dell'uso di sostanze in 29 scuole nella città di New York su un campione di adolescenti appartenenti a minoranze etniche. Tale intervento era finalizzato a fornire agli studenti competenze e informazioni utili per ridurre la propensione all'uso di sostanze e per diminuire la vulnerabilità all'influenza sociale. I risultati indicano effetti positivi sul gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo per diversi *outcomes*, quali uso di tabacco, di alcolici, episodi di ubriachezza, uso di inalanti e poli-abuso.

Livello di coinvolgimento in comportamenti a rischio

Gli interventi selettivi sono progettati sulla base del livello di coinvolgimento degli adolescenti in comportamenti rischiosi, con una particolare attenzione alle caratteristiche socio-demografiche che

rendono alcuni gruppi di adolescenti più esposti al rischio. Tale caratteristica dei destinatari possono essere rilevate effettuando prima dell'intervento indagini sul coinvolgimento degli adolescenti nelle condotte a rischio e sull'intenzione di coinvolgersi nell'uso di sostanze, avvalendosi di strumenti quantitativi (questionari) e/o qualitativi (interviste e *focus group*).

Rispetto ai programmi selettivi, rivolti a soggetti a rischio, Springer *et al.* (2004) identificano alcuni aspetti che sono associati a esiti positivi:

- potenziamento delle *life skills*
- metodologia di intervento interattiva
- metodi introspettivi
- alta intensità (più di 3 ore la settimana)
- accurata implementazione.

Secondo lo studio di Spoth *et al.* (2007; 2008), per adolescenti ad alto rischio, sono efficaci i programmi che integrano interventi di potenziamento delle *life skills* con interventi rivolti alle famiglie. Anche Bernat (2007) valuta interventi rivolti a bambini di età inferiore ai 12 anni considerati a rischio per le loro caratteristiche socio-demografiche e mette in evidenza come gli interventi che mostrano una maggiore efficacia a lungo termine includano il potenziamento delle *life skills*. Secondo le indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Dipendenze (OEDT, 2009), particolari caratteristiche dei destinatari potrebbero rendere opportuna l'implementazione di programmi di *indicated prevention*, che hanno l'obiettivo di prevenire la dipendenza, di diminuire la frequenza d'uso e di evitare alcune modalità pericolose di assunzione in individui che hanno già manifestato problemi legati all'abuso di sostanze e alcol.

Destinatari intermedi

Interventi rivolti alle famiglie

Migliorando le competenze genitoriali è possibile influenzare i comportamenti degli adolescenti. In generale gli interventi che coinvolgono i genitori si rivelano efficaci quando consentono loro, in primo luogo, di migliorare la capacità di parlare apertamente con i figli e, in secondo luogo, di acquisire competenze ed efficacia nel gestire la relazione con i figli. In alcuni casi i genitori non sono coinvolti nell'intervento come destinatari intermedi, ma sono solo informati dell'intervento a cui partecipano i propri figli e ricevono materiale informativo in modo che possano discuterne con i figli. I programmi di prevenzione che coinvolgono le famiglie possono anche essere selettivi, ossia diretti a nuclei familiari vulnerabili o in difficoltà e quindi a rischio per il consumo di sostanze.

Secondo Petrie (2007) e Velleman (2005), risultano efficaci nel ridurre l'uso di sostanze a lungo termine, i programmi condotti nel contesto scolastico che includono anche il coinvolgimento delle famiglie. Tuttavia diversi autori hanno notato che i programmi di prevenzione svolti in Europa riescono raramente a coinvolgere i genitori, pur essendo invitati a partecipare alle attività a loro destinate (Bauman *et al.*, 2001; Gorman-Smith *et al.*, 2002, Faggiano *et al.* 2008).

A titolo di esempio, Spoth *et al.* (2002, 2007, 2008) descrivono e valutano un programma universale che prevede il coinvolgimento dei genitori. Trentasei scuole sono state assegnate in modo randomizzato a partecipare al *Life Skills Training* (LST), al *Life Skills Training* (LST) insieme al *Strengthening Families Program* (SFP) o a un gruppo di controllo. I risultati mostrano maggiore efficacia per il programma che associa il LST con il *Strengthening Families Program*.

Secondo la revisione sistematica di Foxcroft (2004), lo *Strengthening Families Programme* (SFP) è un programma efficace. Si tratta di un programma di prevenzione universale e selettiva dell'abuso di alcol e sostanze, multicomponente, che prevede il coinvolgimento delle famiglie e il potenziamento di abilità sia nei figli che nei genitori. Tale programma è stato valutato con esiti positivi anche da Spoth (2001).

Attori

Gli interventi possono coinvolgere diverse figure:

- adulti: a) insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari, b) membri significativi della comunità in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori; c) membri di associazioni attive nella comunità, d) amministratori locali per la visibilità e la diffusione dell'intervento.
- coetanei (*peer educator* o *peer leader*). Le linee guida internazionali raccomandano l'utilizzo di facilitatori pari. Tuttavia lo studio di Faggiano *et al.* (2005) e la revisione di Harden *et al.* (2001) rilevano che non esistono sufficienti evidenze che il coinvolgimento di pari migliori l'efficacia del programma.

Non sono presenti studi che abbiano confrontato l'efficacia di programmi che coinvolgono altri attori, diversi per professionalità, genere, età, appartenenza etnica, in veste di facilitatori/conduttori dell'intervento. Vi sono tuttavia evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata a particolari abilità e attitudini dei facilitatori/conduttori e alla loro formazione.

Rispetto agli interventi condotti direttamente dagli insegnanti con le classi all'interno dell'attività didattica, lo studio EuDap di Faggiano *et al.* (2007; 2008) ha mostrato come un intervento realizzato da insegnanti appositamente formati abbia consentito agli studenti una maggiore comprensione delle informazioni trasmesse. L'importanza del coinvolgimento degli insegnanti è confermato da Buhler (2006).

Caratteristiche e formazione dei facilitatori/conduttori dell'intervento

In base alle revisioni sistematiche di Faggiano *et al.* (2005) e Foxcroft *et al.* (2004) gli interventi che si sono dimostrati efficaci presentano le seguenti caratteristiche:

- coinvolgono esperti in prevenzione e promozione della salute, in progettazione e valutazione di interventi, in mediazione interculturale, in metodologie didattiche con adolescenti;
- selezionano i facilitatori/conduttori in base a caratteristiche desiderate e stabilite in precedenza – nel caso si tratti di adulti possono essere selezionati insegnanti oppure educatori;
- garantiscono ai facilitatori/conduttori formazione, supervisione e monitoraggio delle attività. In particolare, gli interventi risultano efficaci se prevedono una formazione per facilitatori (adulti o *peers*) che varia da un minimo di 6 ore a un massimo di 3 giorni (Faggiano *et al.*, 2005). Non esistono tuttavia evidenze di efficacia rispetto alla diversa durata della formazione per i facilitatori.

È importante selezionare insegnanti, facilitatori, operatori sociosanitari, *peer educator* e *counsellor* che possiedano determinate caratteristiche personali e dotarli delle informazioni e delle abilità necessarie per condurre l'intervento. Una volta selezionati, i conduttori dovrebbero partecipare a una formazione sui contenuti, metodi di interazione con i destinatari, e attività previste.

Contesti

Dall'esame della letteratura risulta che la scuola è il principale contesto in cui vengono realizzati gli interventi di prevenzione primaria delle dipendenze. Sono documentati anche interventi che coinvolgono le famiglie e interventi che coinvolgono la comunità locale (Bonell, 2007; Flay, 2004; Bond, 2004; Spoth, 2007).

Scuola

La maggioranza degli interventi di prevenzione della sperimentazione e dell'abuso di sostanze è attuata nel contesto scolastico, dove è possibile raggiungere la quasi totalità degli adolescenti (Faggiano *et al.*, 2005, 2007). Infatti la scuola è considerata il contesto di elezione per l'implementazione di interventi di prevenzione primaria delle dipendenze (UNODC, 2003; American Academic of Pediatrics, 2007). In generale, gli interventi di prevenzione delle dipendenze svolti in ambito scolastico sono finalizzati a diminuire il coinvolgimento nell'uso di alcol, tabacco o sostanze da parte degli adolescenti attraverso la riduzione dei fattori di rischio individuali e ambientali e il rafforzamento dei fattori protettivi individuali e ambientali.

Esistono pochi studi di valutazione a medio e lungo termine di programmi di prevenzione delle dipendenze attuati in contesti scolastici. Tobler *et al.* (1986) descrivono le varie tipologie di programmi svolti nel contesto scolastico:

- interventi basati sulla trasmissione di informazioni e conoscenze, che prevedono ad esempio una descrizione degli effetti fisici e psicologici connessi all'utilizzo di sostanze;
- programmi basati sul potenziamento dell'autostima e della consapevolezza di sé;
- programmi che si basano sul potenziamento di abilità sociali e della capacità di resistere alla pressione dei pari;
- programmi che integrano la trasmissione di informazioni e conoscenze con interventi basati sull'educazione socio-affettiva;
- interventi che incoraggiano attività alternative al consumo di sostanze o che mirano a potenziare le abilità di controllo.

Gli interventi efficaci condotti nel contesto scolastico, secondo Tobler *et al.* (2000), presentano le seguenti caratteristiche:

- trasmissione di informazioni corrette sulle sostanze e sugli effetti fisici e psicologici a breve termine e lungo termine;
- potenziamento delle capacità di resistenza alla pressione personale (ansia, stress, ecc.) e sociale (pari, pubblicità);
- potenziamento della abilità personali e sociali;
- formazione e supervisione degli insegnanti;
- coinvolgimento attivo delle famiglie e della comunità.

Cuijpers *et al.* (2002) formulano sette criteri di qualità *evidence-based* per interventi di prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico:

- valutazione degli effetti dell'intervento
- utilizzo di metodologie interattive
- adozione del "modello di influenza sociale"
- focus sui valori e le norme sociali connessi all'uso di sostanze e sull'intenzione di non usare sostanze
- coinvolgimento della comunità
- utilizzo dei *peer leader*
- potenziamento delle *life skills*.

Anche secondo la revisione Cochrane di Faggiano *et al.* (2005), i programmi basati sul rafforzamento delle competenze sociali (*social skills*) sono i più numerosi e aumentano la conoscenza delle caratteristiche delle sostanze, degli effetti e dei rischi per la salute, la capacità di prendere decisioni autonome, l'autostima, la resistenza alle pressioni dei pari e diminuiscono l'uso di alcune sostanze (quali marijuana e droghe pesanti).

Più recentemente, è stata evidenziata l'efficacia di programmi di prevenzione delle dipendenze di tipo comprensivo (Tobler *et al.*, 2000), ossia basati sia sulla trasmissione di informazioni, sia sul potenziamento di competenze generali e specifiche. Diversi studi hanno dimostrato una maggiore efficacia di questi interventi a breve e medio termine per la prevenzione dell'uso di sostanze (Briones *et al.*, 2006; Faggiano *et al.*, 2005).

Molti studi di valutazione si riferiscono al contesto nord-americano. In Europa, lo studio multicentrico EU-Dap (*European Drug Abuse Prevention*) valuta l'efficacia di un programma scolastico per la prevenzione dell'utilizzo di sostanze nelle scuole secondarie di I grado chiamato *Unplugged*. Si tratta di un programma basato sul modello dell'influenza sociale, caratterizzato sia da una componente informativa sia da una di potenziamento delle abilità sociali. Consiste in 12 unità della durata di un'ora, condotte da insegnanti appositamente formati. Il programma è stato progettato in tre diverse versioni: una versione base che prevede solo l'azione degli insegnanti in classe, una versione che prevede l'intervento di *peer educator* e una versione che prevede il coinvolgimento dei genitori. Il programma è efficace a breve termine nel ridurre la prevalenza dell'uso di sigarette, degli episodi di ubriachezza, e dell'utilizzo di cannabis (Faggiano *et al.*, 2007, 2008).

Ambiente scolastico

Bonell *et al.* (2007) si sono occupati di valutare alcuni interventi di prevenzione in cui il clima e le regole scolastiche rinforzano i messaggi veicolati e favoriscono il raggiungimento degli obiettivi proposti. In particolare Bonell *et al.* (2007) si riferiscono a quei contesti che favoriscono la partecipazione attiva degli studenti e una buona relazione fra insegnanti e studenti. Il fatto che il clima a scuola influenzi lo stato di salute degli adolescenti e sia in relazione con il coinvolgimento nei comportamenti a rischio e nell'uso di sostanze (tabacco, alcol, droghe) è supportato da studi di buona qualità effettuati negli Stati Uniti e in Australia (Flay *et al.*, 2004; Bond, 2004). Nello studio americano di Flay *et al.* l'intervento, denominato *Aban Aya youth*, ha ridotto l'abuso di sostanze e migliorato la salute sessuale fra gli studenti maschi delle scuole superiori di Chicago (non si è verificato invece un risultato altrettanto positivo per le femmine). L'intervento ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro formato da insegnanti, studenti, genitori e rappresentanti della comunità al fine di stabilire il regolamento e le *policy* scolastiche in modo da favorire il senso di appartenenza, la partecipazione attiva, il sostegno reciproco e la costruzione di capitale sociale. Inoltre, gli insegnanti seguivano un percorso formativo per migliorare la loro capacità

educativa e la relazione con gli studenti. Agli studenti era proposto un intervento di potenziamento delle *life skills* quali *problem-solving*, pensiero critico e costruttivo, comunicazione efficace, ecc.

L'intervento australiano "Gatehouse", descritto da Bond (2004), prevedeva il coinvolgimento di un gruppo formato da insegnanti e studenti per rivedere le politiche scolastiche connesse ai temi dell'inclusione sociale e della salute, oltre alle seguenti azioni:

- analisi dello stato di salute e della percezione di benessere degli studenti
- coinvolgimento dei genitori nelle decisioni scolastiche
- supporto di un esperto nella gestione delle *policy* scolastiche
- partecipazione degli studenti alla vita della scuola
- potenziamento delle abilità sociali degli studenti
- formazione degli insegnanti.

L'intervento, a un *follow up* effettuato dopo 4 anni, ha un impatto significativo rispetto ai comportamenti a rischio. Anche Shaps (2003) descrive il ruolo dell'ambiente sociale scolastico nell'influenzare il comportamento degli adolescenti attraverso alcune variabili quali il supporto scolastico, il senso di appartenenza alla scuola, le opportunità offerte agli studenti di interagire con il sistema scolastico. Secondo l'autore, il supporto ambientale incrementa il legame degli studenti con la scuola e sviluppa le loro inclinazioni a conformarsi ai valori e alle norme proposte.

Famiglia

Numerosi interventi efficaci prevedono la partecipazione dei genitori sia nel contesto scolastico sia a livello di comunità (Bonell, 2007; Flay 2004; Bond, 2004). I progetti che prevedono la presenza dei genitori risultano avere effetti positivi a lungo termine (Petrie *et al.*, 2007; Velleman *et al.*, 2005). A questo proposito, Spoth *et al.* (2002) hanno rilevato una maggiore efficacia di interventi condotti nel contesto scolastico che integrano l'approccio curricolare con un intervento per i genitori, volto a migliorare la loro capacità di supervisione e supporto.

Gruppo dei pari

Diversi programmi progettati e realizzati nel contesto scolastico o nella comunità prevedono la partecipazione di *peer educator* o *peer leader*, sia come modelli di comportamento, sia per sostenere il cambiamento a livello sociale. Altri interventi coinvolgono i pari in attività marginali di supporto ai programmi. La ricerca della letteratura non ha individuato progetti realizzati in gruppi informali di adolescenti fuori dall'ambiente scolastico.

Comunità

Gli interventi attuati a livello di comunità che hanno mostrato evidenze di efficacia sono quelli che favoriscono la partecipazione attiva, la responsabilità condivisa e il supporto a programmi di prevenzione attraverso il coinvolgimento di vari attori presenti sul territorio (Peters *et al.*, 2009; Cuijpers *et al.*, 2002; Spoth, 2007). Si tratta di interventi attuati in genere a più livelli e in diversi *setting* (ad esempio, scuola, gruppo dei pari, comunità), dunque comprensivi. Gli operatori socio-sanitari, per esempio, possono collaborare alla formazione degli insegnanti, fornire un supporto tecnico all'analisi dei bisogni e dei problemi presenti sul territorio, sviluppare strategie di comunicazione nel campo della prevenzione, contribuire alla creazione di un ambiente in cui le norme e le politiche di prevenzione delle dipendenze siano chiaramente percepite dai cittadini ed effettivamente rispettate, oltre che coerenti tra loro (American Academy of Pediatrics, 2007). La comunità è chiamata a fornire messaggi forti sul consumo di sigarette, alcol e sostanze sviluppando e implementando programmi di prevenzione in sinergia con le scuole e con le famiglie. Inoltre, può indirizzare gli interventi ai bisogni specifici (Buehler, 2006).

Spoth *et al.* (2007) valutano l'efficacia di un programma di prevenzione universale dell'uso di sostanze implementato nella scuola e nella comunità. L'analisi svolta mostra evidenti prove di efficacia dei programmi sull'iniziazione all'uso di marijuana, metanfetamine, ecstasy.

Tena *et al.* (2001) descrivono programmi efficaci, svolti negli Stati Uniti realizzando collaborazioni tra la comunità e le scuole, al fine di pianificare e sviluppare approcci unitari, per prevenire l'abuso di sostanze tra i giovani.

Occorre sottolineare che secondo la revisione Cochrane di Gates (2006), che riguardava interventi svolti in *setting* non scolastico, non esistono prove di efficacia sufficienti a supportare i programmi di comunità. Ad esempio, il programma *Communities That Care* (CTC) prevede di ridurre i livelli di delinquenza giovanile e di utilizzo di sostanze attraverso la selezione e l'utilizzo di interventi preventivi progettati per le esigenze di una specifica comunità. Lo studio di Hawins *et al.* (2008) riguardante questa esperienza non rileva risultati rilevanti a breve termine, ma sottolinea la necessità di attendere 5 anni prima di poter valutare gli effetti di un programma di questo tipo.

Campagne sociali

Le campagne sociali, che consistono in attività di comunicazione rivolte alla popolazione generale e sviluppate attraverso mezzi di comunicazione di massa, sono attuate sia a livello nazionale sia locale. La revisione sistematica Cochrane di Moreira (2009) valuta l'efficacia di campagne di comunicazione volte a incidere sulle norme sociali in merito al consumo di alcol e rileva prove di efficacia non sufficienti per raccomandare questo tipo di interventi. Invece, le revisioni di Buehler *et al.* (2006) e Hawks *et al.* (2002) sottintendono l'efficacia delle campagne di comunicazione solo se sono supportate da altri interventi.

Contenuti

Riduzione dei rischi e promozione dei comportamenti salutari

Il NIDA (2003) prescrive nelle sue linee guida i seguenti principi in materia di prevenzione:

1. I Programmi di Prevenzione dovrebbero potenziare i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (Hawk *et al.*, 2002):

- il rischio nasce dal rapporto fra fattori di rischio (per es. attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (per es. sostegno parentale);
- il potenziale impatto dei fattori di rischio e di protezione cambia con l'età. Per esempio, i fattori di rischio all'interno della famiglia hanno un maggior impatto sui figli più giovani, mentre l'affiliazione con pari consumatori di droga potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente;
- un intervento precoce sui fattori di rischio (ad es., comportamenti aggressivi, autocontrollo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore di un intervento operato successivamente, modificando il percorso di sviluppo di un individuo;
- i fattori di rischio e quelli di protezione possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e del contesto di riferimento.

2. I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol), l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina), l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare, farmaci, ecc.).

3. I programmi di prevenzione dovrebbero focalizzarsi sul tipo di comportamento a rischio presente nella comunità locale, sui fattori di rischio modificabili e sul rafforzamento dei fattori di protezione.

4. I programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati alle caratteristiche della popolazione o di particolari gruppi quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del programma.

Agire sugli antecedenti del comportamento

Contenuti

I modelli su cui si basano i programmi di prevenzione possono essere classificati nel modo seguente:

- modello basato sulla conoscenza (*Knowledge model*): presuppone che la trasmissione di informazioni

sui rischi a breve e lungo termine legati al consumo di sostanze modifichi e prevenga i comportamenti a rischio,

- modello “Affettivo” (*Affective model*): è finalizzato al potenziamento dell’autostima, della consapevolezza di sé, della capacità di prendere decisioni e definire degli obiettivi;
- modello dell’influenza sociale (*Social influence model*): attribuisce all’uso di alcol e sostanze una forte valenza sociale. A questo tipo di modello si rifanno due tipi di approccio:
 - a) approccio basato sulle norme sociali (*Social Norm*), che si basa sul fatto che molti adolescenti sovrastimano la frequenza dell’uso di sostanze tra i pari. Una componente importante di questo approccio è l’informazione sulla dimensione reale del fenomeno in questione e sulla percezione del consumo di sostanze nel proprio contesto;
 - b) approccio basato sul rafforzamento delle *life skills* (*Life- skills education*).

Conoscenze e informazioni corrette

Fornire conoscenze esaustive e informazioni corrette rispetto ai rischi connessi all’uso di sostanze costituisce un elemento necessario di tutti gli interventi di prevenzione delle dipendenze. Occorre tuttavia considerare che esse non sono sempre sufficienti e talvolta possono essere anche controproducenti, favorendo la sperimentazione o il consumo problematico di alcol e sostanze (Tobler *et al.*, 1986; Rundall *et al.*, 1988; Tobler *et al.*, 2000; Faggiano *et al.*, 2005). Anche gli interventi basati su un approccio terroristico non mostrano evidenze di efficacia (Peters *et al.*, 2009). La revisione sistematica di Faggiano *et al.* (2005) descrive alcuni interventi basati solamente sulla trasmissione di informazioni e rileva un aumento della conoscenza sull’argomento al post-test nella popolazione *target*. Al contrario, per tali interventi non è stata evidenziata alcuna efficacia rispetto alla capacità di prendere decisioni.

Modello affettivo

Gli studi di valutazione di interventi basati sul modello affettivo e revisionati da Faggiano *et al.* (2005) non mostrano prove sufficienti di efficacia di tale approccio nella prevenzione della sperimentazione di sostanze e alcol. Tuttavia, vi sono evidenze che il modello affettivo sia utile nel potenziare la capacità di prendere decisioni e di aumentare le conoscenze sulle sostanze.

Modello di influenza sociale

Le norme sociali, intese come le regole sociali e comportamentali che prescrivono o proibiscono un determinato comportamento in un particolare contesto socio-culturale, assumono particolare importanza in adolescenza poiché in tale fase della vita l’individuo è particolarmente sensibile alle norme condivise nel

gruppo di amici e alla pressione esercitata dai pari. In adolescenza, l'influenza reale o percepita da parte del contesto sociale di riferimento è infatti in relazione al coinvolgimento nei comportamenti a rischio. Gli adolescenti considerano alcuni comportamenti a rischio come normali poiché nel loro contesto sono approvati e accettati oppure perché ne sovrastimano la diffusione (Berkowitz, 1997). Per esempio, se un adolescente ha la percezione che i suoi coetanei bevano molto, questo può influenzare, aumentandolo, il suo consumo di alcol. Spesso infatti l'influenza esercitata dai pari è frutto di percezioni non corrette e sovrastimate (Perkins *et al.*, 2007; Mcalaney *et al.*, 2007). Risulta importante quindi modificare le errate percezioni e convinzioni degli adolescenti sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive a livello sociale, nonché sugli interessi economici connessi.

Gli interventi focalizzati sul ruolo delle norme sociali includono in particolare:

- una riflessione sull'approvazione/disapprovazione dell'uso di sostanze, sulle pressioni sociali, sull'influenza e il sostegno da parte di amici e coetanei;
- il cambiamento delle norme di gruppo relative al consumo di sostanze e l'approvazione di comportamenti salutari nel gruppo dei pari.

L'approccio sull'influenza sociale risulta essere efficace soprattutto nel rinforzare o cambiare le norme sociali (per esempio modificando la credenza che tutti gli adolescenti fumino) (Vogl *et al.*, 2009; Faggiano *et al.*, 2005; Cuijpers, 2002; Hawks, 2002; Botvin *et al.*, 2000b). Secondo Moreira *et al.* (2009), che hanno valutato alcuni programmi di prevenzione del consumo di alcol, risultano particolarmente efficaci a breve e medio termine gli interventi finalizzati a cambiare le norme sociali attraverso le nuove forme di comunicazione online.

Life skills

I programmi di prevenzione finalizzati al potenziamento delle *life skills* sono efficaci nel ridurre l'uso di alcol e sostanze (Peters *et al.*, 2009; Faggiano *et al.*, 2005; Springer *et al.*, 2004; Buhler *et al.*, 2008; Bernat *et al.*, 2007; Tobler *et al.*, 2000; Foxcroft *et al.*, 2004). In particolare è importante agire sia sulle abilità generali come la capacità di definire obiettivi chiari e raggiungibili, la capacità di gestire lo stress, la capacità di *problem-solving*, la capacità di prendere decisioni, l'empatia, sia sulle abilità sociali, come la capacità di resistere alle pressioni interne (per esempio, ansia e stress) e quelle esterne (per esempio, i pari e la pubblicità) e la capacità di comunicazione efficace. Il *Life Skills Training* (LST) è un programma efficace sia a breve (1 anno) che a lungo termine (3/7 anni) (Botvin, Griffin, 2004). Si tratta di un programma di prevenzione finalizzato al potenziamento della capacità di resistere all'uso di droghe attraverso il rafforzamento delle abilità personali e sociali. In particolare, il LST agisce su diversi

mediatori quali la percezione delle norme sociali, la capacità di rifiutare la sostanza, l'assunzione del rischio, l'assertività, l'ansia sociale, la capacità di risolvere problemi e prendere decisioni.

L'approccio basato sulle *life skills* promuove quelle abilità che permettono all'individuo di mettere in atto strategie di *coping* efficaci per affrontare gli eventi critici e le situazioni problematiche nel ciclo di vita. I programmi di potenziamento delle *life skills* si basano sull'insegnamento di abilità generali e sono finalizzati a favorire il ruolo attivo degli individui nella promozione della propria salute e l'adozione di comportamenti salutari. Le *life skills* infatti sono in relazione con i fattori individuali e ambientali che promuovono la salute e il benessere delle persone. Le metodologie usate per lo sviluppo e il potenziamento delle *life skills* sono le seguenti: partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, *cooperative learning*, educazione tra pari, discussioni e lavori di gruppo, dibattiti, *brainstorming*, *role play*.

Lo studio di Vicary (2004) valuta gli effetti del "Life Skills Training (LST) su un campione di adolescenti femmine frequentanti la scuola secondaria in una zona rurale degli Stati Uniti. Il programma non agisce direttamente sui fattori di rischio, ma sull'aumento dei fattori di protezione. L'intervento si rivela efficace nella prevenzione dell'uso di sostanze e l'aumento delle abilità sviluppate e rafforzate è riscontrabile anche a distanza di due anni.

Metodologia

Sulla base delle revisioni sistematiche di Foxcroft *et al.* (2004) e Faggiano *et al.* (2005), gli interventi di prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze illegali nel contesto scolastico dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

1. essere basati su un approccio di *Comprehensive Social Influence (CSI)*
2. prevedere la trasmissione di informazioni corrette
3. utilizzare metodologie di lavoro interattive
4. avere una durata di almeno un anno
5. essere condotti dagli insegnanti.

Modelli teorici di riferimento

Le revisioni sistematiche prese in considerazione mettono in luce come una caratteristica necessaria degli interventi di prevenzione per essere efficaci sia la presenza di un modello teorico di riferimento. A partire dal modello teorico di riferimento, gli interventi di prevenzione sono suddivisi in: a) interventi che promuovono comportamenti salutari; b) interventi che agiscono sugli antecedenti dei comportamenti a rischio e sui fattori di protezione; c) interventi finalizzati al cambiamento di comportamento. Un importante elemento per il successo degli interventi di prevenzione è la definizione degli obiettivi, dei risultati attesi, delle attività previste, degli indicatori di valutazione.

Metodologie utilizzate: approccio curricolare, peer education, life skills promotion

La maggioranza degli interventi efficaci condotti nel contesto scolastico utilizza un approccio di tipo curricolare, ossia le attività previste dall'intervento sono parte integrante dell'offerta didattica. È importante che a condurre l'intervento siano gli insegnanti opportunamente formati con il supporto e la supervisione di esperti nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Secondo Faggiano *et al.* (2005), l'efficacia di un intervento è maggiore quando l'intervento prevede un'analisi dei bisogni preliminare e un piano di valutazione adeguato. L'approccio curricolare può essere efficace nel modificare i comportamenti a rischio in adolescenza a condizione che: a) l'intervento faccia riferimento a un modello teorico; b) sia prevista una formazione per i conduttori dell'intervento; c) siano sviluppate abilità finalizzate all'evitamento dei comportamenti a rischio; d) sia considerata la pressione da parte del gruppo dei pari utilizzando, ad esempio, i *peer educator*.

Utilizzo di nuove tecnologie

Le moderne tecnologie introducono nuove possibilità nel campo della promozione della salute e della prevenzione. Internet permette di veicolare le informazioni in modo rapido e diffuso e consente l'accesso a materiali per la promozione della salute e la prevenzione. I DVD costituiscono un'ulteriore possibilità per la disseminazione di informazioni e contenuti sulla salute. Sono definiti di *eHealth* gli interventi che utilizzano Internet per erogare servizi connessi con la promozione della salute e la prevenzione (Atkinson, 2002).

I nuovi media possono contenere elementi molto interessanti, attraenti per gli adolescenti, quali, per esempio, effetti speciali, giochi e simulazioni virtuali. Inoltre, consentono di disegnare interventi con percorsi flessibili, che rendono adattabile il contenuto dai destinatari stessi in base ai loro interessi e alle loro priorità. Data la numerosità dei computer e l'accesso generalizzato a Internet, in molti Paesi è relativamente facile raggiungere un grande numero di persone.

Sono efficaci, secondo Moreira (2009), gli interventi che utilizzano Internet. In particolare nella prevenzione dell'abuso di alcol, la revisione sistematica di Moreira verifica l'efficacia a breve e medio termine di programmi online volti a influire sulle norme sociali. Al contrario, non risultano efficaci gli interventi che prevedono l'invio di e-mail agli adolescenti. La revisione citata contiene soprattutto interventi effettuati negli USA.

La revisione di Elliott *et al.* (2008) verifica l'efficacia di programmi che utilizzano le nuove tecnologie (sempre in riferimento all'abuso di alcol) e sottolinea l'efficacia di questi programmi rispetto a nessun intervento, anche se rileva come gli effetti di tali interventi siano condizionati soprattutto dalle caratteristiche del consumo di alcol da parte degli adolescenti e dalle norme sociali percepite.

Un recente RCT di Vogl *et al.* (2009) ha valutato l'efficacia di *Climate*, un programma che utilizza un approccio di influenza sociale e somministrato attraverso l'utilizzo di computer. L'intervento prevede la partecipazione interattiva degli adolescenti e prevede 6 lezioni frontali, attività di gruppo svolte con l'insegnante e la visione di un cartone animato sul consumo di alcol e le conseguenze connesse. Gli autori hanno misurato i

cambiamenti nelle conoscenze e nel comportamento: l'intervento è efficace nell'aumentare le conoscenze e nel modificare le credenze legate all'alcol. Nelle femmine in particolare, si nota anche una diminuzione del consumo di alcol e del rischio di incorrere in comportamenti di abuso di alcolici.

Metodologie didattiche

I programmi efficaci di prevenzione delle dipendenze, benché caratterizzati dall'utilizzo di metodologie didattiche diverse, prevedono la partecipazione attiva dei destinatari, la personalizzazione dei contenuti e il potenziamento di particolari abilità. Inoltre, risultano efficaci i programmi che stimolano lo scambio fra i partecipanti al programma attraverso il lavoro in piccoli gruppi (Peters *et al.*, 2009). I programmi che si sono rivelati più efficaci utilizzano approcci sperimentali e interattivi che prevedono modalità di apprendimento partecipato e tengono in considerazione i valori e gli atteggiamenti degli adolescenti (Peters *et al.*, 2009; Cuijpers, 2002; Botvin, 2007). Secondo Faggiano *et al.* (2005), non esistono risultati statisticamente rilevanti che dimostrino l'efficacia dei programmi interattivi rispetto a programmi tradizionali nell'acquisizione delle conoscenze e nell'uso di marijuana, mentre lo studio di Sussman (2002) descrive una forte efficacia di programmi interattivi per la prevenzione dell'uso di droghe pesanti. Risulta invece inefficace uno stile di conduzione dei programmi che utilizza una didattica tradizionale (Peters *et al.*, 2009; Cuijpers, 2002; Botvin, 2007).

Le ricerche individuate considerano fondamentali per migliorare gli effetti dei programmi di prevenzione:

- l'utilizzo di metodi didattici che coinvolgano attivamente i destinatari e permettano loro di personalizzare le informazioni (letture brevi, discussioni in classe, lavori di gruppo, video, storie, situazioni stimolo, simulazioni, giochi, ecc.).
- l'implementazione di attività coerenti con i valori del *target* di riferimento e con le risorse disponibili (risorse di tempo, caratteristiche e abilità dello *staff*, spazi e materiali disponibili),
- la realizzazione di attività appropriate alla cultura, età, genere, orientamento sessuale dei partecipanti.

Durata degli interventi

La relazione fra durata dell'intervento di prevenzione ed efficacia non risulta chiara: secondo alcuni studi (McBride, 2003; Tobler *et al.*, 1997) non vi sono prove che un programma prolungato sia più efficace. La revisione di Dusenbury (1997) indica 10 sessioni come la durata ideale per i programmi di prevenzione: tale risultato è confermato anche dallo studio di Sussman (2002). Tobler (1997) conclude che i programmi con una durata maggiore sono più efficaci, ma solo se si tratta di programmi interattivi, mentre McBride (2003) indica che i programmi dovrebbero prevedere meno sessioni (3-5) per essere efficaci.

Valutazione

La credenza che fare prevenzione sia comunque utile o quantomeno non possa causare danni non è corretta, poiché gli interventi possono addirittura condurre a effetti avversi. La valutazione di un intervento di prevenzione e promozione della salute è onerosa, ma fondamentale, data l'importanza degli interventi e l'impegno economico che comportano (Faggiano *et al.*, 2005; Cuijpers *et al.*, 2002; Nation *et al.*, 2003). Sono pochi, soprattutto in Italia, gli interventi valutati rigorosamente a medio e lungo termine. Il programma europeo *Unplugged* (Faggiano *et al.*, 2007, 2008) è uno dei pochi studi per i quali è stato progettato un rigoroso piano di valutazione, lo studio Eu-Dap. Si tratta di uno studio multicentrico *cluster randomized community trial*, che ha coinvolto 170 scuole in sette paesi europei ed è stato randomizzato con assegnazione a ognuna delle tre varianti nelle quali si è sviluppato il progetto (intervento di base, intervento di base più coinvolgimento di *peer educator*, intervento di base più coinvolgimento dei genitori) o al gruppo di controllo. La valutazione ha previsto la somministrazione di un questionario anonimo prima e dopo l'intervento per registrare i cambiamenti nel comportamento e nelle attitudini. Gli studenti coinvolti nello studio sono 7.079 in 143 scuole, di cui 3.547 nel gruppo di intervento e 3.532 nel gruppo di controllo.

BIBLIOGRAFIA

Revisioni sistematiche

Buhler, A. *et al.* (2006). *Report on the prevention of substance abuse*. Federal Centre for Health Education BZgA. www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/universal-prevention/methodology

Cuijpers, P. *et al.* (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviours*, 27: 1009-1023.

Dusenbury, L. *et al.* (1997). A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *Journal of School Health*, 67 (4): 127-131.

Elliott, J. C, Carey, K. B., Bolles, J. R. (2008). Computer-based intervention for college drinking: a qualitative review. *Addictive Behaviours*, 33 (8), 994-1005.

Faggiano, F. *et al.* (2005). Schoolbased prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Foxcroft, D. R. *et al.* (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98: 397-411.

Foxcroft, D. R. *et al.* (2004). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Gates, S. *et al.* (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Harden, A. (2001). Peer delivered health promotion for young people. A systematic review of different study designs. *Health Education Journal*, 60 (4): 339-353.

Hawks, D. *et al.* (2002). *Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention*. Geneva: World Health Organization.

McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18: 729-742.

Moreira, M. T. *et al.* (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Perera, T. R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Peters, L. *et al.* (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 9: 182-196. www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-182.pdf

Rundall, T. G. *et al.* (1988). A meta-analysis of school based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15 (3):317-334

Tobler, N. S. *et al.* (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18: 71-128.

Valutazioni di efficacia di singoli programmi di intervento

Atkinson, N. L. *et al.* (2002). The promise and challenge of eHealth interventions. *American Journal of Health Behaviours*, 26 (6): 494- 503.

Bauman, K. E. *et al.* (2001). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education & Behaviour*, 28 (4), 440-461.

Berkowitz, A. D. (1997). From reactive to proactive prevention: promoting an ecology of health on campus. In P.C. Rivers, E. Shore (eds.). *A handbook on substance abuse for college and university*. Personne. Westport, CT: Greenwood Press.

Bernat, D. H. *et al.* (2007). The early risers preventive intervention: testing for six-year outcomes and mediational processes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4): 605-617.

Bond, L. *et al.* (2004). The Gatehouse project: can a multi-level school intervention affect emotional well-being and health risk behaviours? *Journal of School Health*, 74(1): 23-29.

Bonell, C. *et al.* (2007). Improving school ethos may reduce substance misuse and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, 334, 614-616.

Botvin, G. J. *et al.* (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: post test and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Preventive Science*, 2(1): 1-13.

Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2): 211-232. www.med.cornell.edu/ipr/PDF/Botvin-Griffin-2004-JPP.pdf

Botvin, G. J. *et al.* (2000a). Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youths. *Addictive Behaviours*, 25 (6): 887-897.

Botvin, G. J. *et al.* (2000b). Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviours*, 25 (5): 769-774.

Botvin, G. J. *et al.* (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19 (6): 607-615.

Briones, D. F. *et al.* (2006). Risk factors and prevention in adolescent substance abuse: a biopsychosocial approach. *Adolescent Medicine Clinics*, 17 (2): 335-352. .

Buhler, A. *et al.* (2008). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health Education Research*, 23 (4): 621-632.

Faggiano, F. *et al.* (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44: 170-173.

Faggiano, F. *et al.* (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47: 537-543.

Flay, B *et al.* (2004). Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth. A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158: 377-384.

Gorman-Smith, D. *et al.* (2002). Predictors of participation in a family-focused preventive intervention for substance use. *Psychology of Addictive Behaviours*, 16 (4): 55-64.

Hawkins, J. D. *et al.* (2008). Early effects of communities that care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43, 15-22.

McAlaney, J. *et al.* (2007). Normative beliefs, misperceptions and heavy episodic drinking in a British student sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68: 385-392.

Nation, M. *et al.* (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58 (6-7): 449-456.

Perkins, W. (2007). Misperceptions of peer drinking norms in Canada: another look at the "reign of error" and its consequences among college students. *Addictive Behaviours*, 32 (11): 2645-2656.

Petrie, J. *et al.* (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2): 177-191.

- Shaps, E. *et al.* (2003). The role of the school's social environment in preventing student drug use. *Journal of Primary Prevention*, 23 (3), 299-328.
- Spoth, L. *et al.* (2007). Substance-use outcomes at 18 months past baseline the prosper community–university partnership trial. *Journal of Preventive Medicine*, 32: 395- 402.
- Spoth, R. L. *et al.* (2001). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of Addictive Behaviours*, 19 (4), 372-382.
- Spoth, R. L. *et al.* (2008). Substance use outcomes 5½ years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 57-68.
- Spoth, R. L. *et al.* (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviours*, 16 (2): 129-134.
- Springer, J. *et al.* (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 25, 171-219.
- Sussman, S. *et al.* (2002). Project towards no drug abuse: a review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behaviour*, 26: 354-365.
- Sussman, S. *et al.* (2002). Development and immediate impact of a self-instruction curriculum for an adolescent indicated drug abuse prevention trial. *Journal of Drug Education*, 32 (2): 121-137.
- Tena, L. (2001). Strategies for community/school collaborations to prevent youth substance abuse. *Journal of Primary Prevention*, 21 (3): 381-396.
- Tobler, N. S. *et al.* (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18: 71-128.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of a program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16: 537-567.
- Tobler, N. S. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4): 275-336.
- Velleman, R. D. *et al.* (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2): 93-109.

Vicary, J. (2004). Life Skills Training effects for high and low risk rural junior high school females. *Journal of Primary Prevention*, 25 (4): 399-416.

Vogl, L. (2009). A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: randomized controlled trial. *Addiction*, 104 (4): 564-575.

Linee guida e documenti internazionali

American Academy of Pediatrics. (2007). The role of schools in combating illicit substance abuse. *Pediatrics*, 120 (6): 1379-1384.

NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. a research-based guide for parents, educators, and community leaders*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse, www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf

OEDT (2009). *Preventing later substance abuse disorders in at-risk children and Adolescent. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_69429_EN EMCDDA-TB-indicated_prevention.pdf

UNODC, 2003. *School-Based Drug Education: a guide for practitioners and the wider community*. Vienna: UNODC.

Unione Europea (2005). *Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga (2005-2008)*, Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea C 168 dell'8.7.2005, http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_it.htm

2.3 INCIDENTI STRADALI

La prima lezione che traiamo da rischi e incidenti è che i primi non ci riguardano e i secondi capitano agli altri.

Jean-Pascal Assailly

Di seguito sono riportati gli esiti delle attività effettuate sul tema della prevenzione degli incidenti stradali in adolescenza. La prima parte riporta le indicazioni emerse all'interno degli incontri del tavolo tematico composto da operatori della sanità del Piemonte sul tema della prevenzione nell'area degli incidenti stradali. La seconda parte include una sintesi delle evidenze di efficacia e delle indicazioni di buone pratiche per gli interventi relativi agli incidenti stradali in adolescenza tratte dalla letteratura scientifica più recente.

2.3.1 Indicazioni operative

In Italia gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di invalidità tra gli adolescenti e i giovani. Sul fronte della prevenzione è da tempo in atto un forte impegno, sia a livello internazionale (Strategia quinquennale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e Programma Europeo per la Sicurezza Stradale) che nazionale (Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale, istituito con la legge 144 del 17/07/1999). Tuttavia se gli interventi di prevenzione sono da considerarsi prioritari, è bene tenere presente che non possono essere limitati a saltuarie campagne informative, ma vanno implementati in maniera continuativa, articolata ed efficace. Informare per prevenire non sembra sempre essere un binomio valido né sufficiente: i messaggi che esortano alla prudenza sulle strade, all'uso delle cinture e del casco, a non mettersi alla guida dopo aver bevuto o assunto sostanze sembrano non tenere conto di altri fattori importanti per i giovani quali la sfida al pericolo, l'attrazione verso il rischio, il sentimento di onnipotenza, la sottovalutazione dei rischi, l'influenza del gruppo.

Messaggi di tipo terroristico che rappresentano in maniera scioccante le conseguenze della guida imprudente producono un forte effetto emotivo immediato, ma rischiano di risultare inutili o addirittura controproducenti sul piano concreto dell'attenzione alla guida (provocando, ad esempio, un effetto paradosso detto della "rimozione").

Se è importante informare e rendere consapevoli le persone dei rischi, è altrettanto importante considerare i ragazzi non come destinatari passivi degli interventi di prevenzione ma come soggetti attivi, direttamente coinvolti nel comprendere le ragioni, i rischi e i bisogni che stanno alla base della prevenzione degli incidenti stradali.

È necessario quindi un approccio integrato e trasversale, che veda la sinergia di settori diversi: sanità, trasporti, scuola, famiglia, Enti Locali, ordine pubblico e volontariato. Solo con la partecipazione e la collaborazione di tutti gli attori coinvolti, infatti, sarà possibile ridurre l'incidentalità tra i giovani.

Di seguito sono riportati i contenuti discussi dai componenti del tavolo di lavoro sulla prevenzione nell'area degli incidenti stradali in adolescenza e successivamente rielaborati dal gruppo di coordinamento. Sono stati anche inseriti da parte degli autori alcuni approfondimenti teorici sottoforma di box informativi con l'intento di fornire degli spunti di riflessione e i principali riferimenti teorici su alcuni specifici aspetti.



Attenzione!

- *Gli interventi di prevenzione sono prioritari per i ragazzi che stanno per conseguire patente o patentino.*
- *Tra i destinatari intermedi vanno coinvolti in primo luogo tutti gli adulti che hanno una relazione significativa con gli adolescenti.*

Gli interventi di prevenzione devono mirare a coinvolgere la popolazione *target* nella sua totalità, senza porre distinzione alcuna tra gruppi a basso o ad alto rischio. Nella fascia adolescenziale, vanno dunque considerati quali beneficiari degli interventi di prevenzione tutti **i ragazzi tra gli 11 e i 18 anni**, anche se è necessario prevedere una maggiore attenzione, e una conseguente prevenzione selettiva, rivolta a quei **ragazzi che si apprestano a conseguire il patentino (14 anni) o la patente (18 anni)**. In questi momenti infatti possono essere più frequenti le occasioni e gli eventi che aumentano le probabilità di incorrere in conseguenze negative per il proprio sviluppo e per la propria salute.

Gli interventi di prevenzione devono quindi da un lato, aumentare le competenze personali degli adolescenti al fine di promuoverne lo sviluppo e, dall'altro, coinvolgere i contesti di vita dei ragazzi, prioritariamente la scuola e la famiglia,  per facilitare la trasmissione di una "cultura" della sicurezza stradale, un uso consapevole dei mezzi di trasporto, una consapevolezza dei rischi della strada.

È necessario prendere coscienza del fatto che tutte le relazioni fondamentali si giocano per la prima volta in famiglia e che i modelli proposti dai genitori e dagli adulti  influenzano in maniera marcata l'acquisizione degli stili di vita e delle abitudini degli adolescenti. Per questo è prioritario

● Destinatari generali

Ragazzi 11 - 18 anni

● Destinatari specifici

Ragazzi che si apprestano a prendere il patentino (14 anni)

Ragazzi che si apprestano a prendere la patente (18 anni)

Destinatari intermedi e moltiplicatori

Genitori

Insegnanti

Insegnanti e istruttori di autoscuola

Forze dell'ordine

coinvolgere **i genitori** in percorsi di informazione e sensibilizzazione sui rischi legati alla mancanza di una corretta educazione stradale e al ruolo educativo che il loro comportamento alla guida riveste nei confronti dei figli: i comportamenti che i genitori assumono alla guida, più o meno corretti, sono infatti spesso i modelli che gli adolescenti riproducono.

Anche la scuola, in quanto ambito privilegiato per la formazione e l'educazione dei ragazzi, costituisce un punto di riferimento centrale per attuare strategie preventive. Gli **insegnanti** dovrebbero integrare contenuti preventivi nell'area degli incidenti stradali all'interno dei singoli programmi didattici e, nello specifico, in quelli di scienze e matematica che si prestano meglio ad approfondimenti specifici sul tema. In alcune scuole sono gli insegnanti di educazione fisica i responsabili dell'acquisizione del patentino: in questi casi è prioritario che anche loro siano coinvolti negli interventi.

Nel mondo della scuola risulta pertanto necessario sensibilizzare tutti i soggetti che lavorano con i ragazzi, così da favorire e accompagnare il processo di costruzione delle loro identità favorendo forme di consapevolezza e responsabilità nei confronti di sé e degli altri che possano determinare una riduzione dell'incidentalità.

Altri soggetti da coinvolgere sono **gli insegnanti e gli istruttori di autoscuola e le forze dell'ordine** che necessitano di attività formative mirate all'acquisizione di competenze specifiche nel campo della didattica attiva e della comunicazione. È importante infatti potenziare e integrare gli interventi sanzionatori con l'aspetto educativo, così da aumentare le occasioni e l'efficacia dell'azione preventiva.

Gli operatori sociosanitari/esperti che intervengono nella scuola per gestire gli interventi di prevenzione dovrebbero essere riconoscibili in funzione del ruolo che svolgono sul territorio e nelle rispettive strutture, così da poter diventare un riferimento stabile per i ragazzi e garantire la continuità degli interventi proposti nel corso degli anni.

Sono inoltre da prevedere, soprattutto nelle scuole medie inferiori, specifiche attività di formazione e supervisione degli insegnanti: è importante

poter lavorare con un gruppo stabile che possa costituire il nucleo di riferimento all'interno dell'istituzione scolastica.

Devono essere programmate specifiche attività formative per tutti gli attori che intervengono nei progetti di prevenzione.

ATTORI E RUOLI



Attenzione!

- *È necessario agire in maniera integrata: i messaggi risultano più efficaci se ripetuti con modalità diverse, da persone differenti e in molteplici contesti.*

Va sottolineata la necessità di un approccio integrato che preveda la sinergia tra settori diversi: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, Enti Locali, autoscuole, organizzazioni di volontariato e, più in generale, la comunità di riferimento. In particolare sarebbe auspicabile un coinvolgimento degli Enti Locali nella figura dei responsabili della mobilità (viabilità, piste ciclabili, parcheggi, percorsi protetti, ecc.) perché possano collaborare alla progettazione e alla realizzazione di iniziative che favoriscano la sicurezza e l'autonomia dei ragazzi nei percorsi cittadini.

È importante costruire alleanze in cui i diversi soggetti possano fare la propria parte rafforzando così il messaggio e massimizzando l'efficacia degli interventi.

Gli **operatori socio-sanitari**, possono mettere a disposizione le competenze specifiche sul tema, ma è fondamentale che tutti i soggetti, nell'espletamento delle loro normali e quotidiane funzioni, tengano conto della tematica e si propongano di promuovere in maniera consapevole messaggi mirati alla prevenzione dell'incidentalità.

L'efficacia degli interventi degli esperti è comunque subordinata al ruolo che **insegnanti** e **genitori**  rivestono nel processo di prevenzione degli incidenti stradali data la natura della relazione significativa che hanno con gli adolescenti.

Attori

- Operatori socio-sanitari
- Insegnanti
- Genitori
- Forze dell'ordine
- Medici certificatori
- Medici/pediatri
- Insegnanti e istruttori di autoscuola
- Operatori del volontariato

Gli altri attori, e nello specifico **forze dell'ordine, medici certificatori** dell'idoneità psico-fisica alla guida, **medici e pediatri, insegnanti e istruttori di autoscuola, operatori del volontariato**, seppur in misura minore, costituiscono degli importanti nodi della rete per la progettazione e l'attuazione di interventi integrati ed è quindi opportuno coinvolgerli, stimolandone la motivazione e definendone attentamente il ruolo.

I moltiplicatori nella prevenzione degli incidenti stradali

La strategia su cui si basano alcuni progetti di prevenzione è quella di individuare e formare i moltiplicatori dell'azione preventiva, ossia individui che potenzialmente possono giocare un ruolo importante nella riduzione dei comportamenti a rischio e svolgere quindi una funzione preventiva nel proprio contesto di riferimento, supportando gli interventi degli esperti e trasformandosi in promotori di salute (Leone, Celata, 2006). Nel caso della prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza si tratta di individuare quegli adulti che siano caratterizzati da una comune responsabilità educativa nei confronti delle fasce giovanili della popolazione e che facciano parte di reti territoriali ben strutturate e possano quindi essere visti come promotori di salute della comunità. Nel caso della prevenzione degli incidenti stradali, si tratta di coinvolgere insegnanti e istruttori di autoscuola, tecnici della motorizzazione DTT, istruttori di piste di guida sicura e forze dell'ordine, affinché diventino parte di una rete locale di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti stradali e della sicurezza stradale. Tale approccio multidisciplinare alla prevenzione degli incidenti stradali è quanto mai necessario poiché il comportamento di guida è il risultato di una complessa e reciproca interconnessione di fattori. Nel provocare un incidente stradale giocano infatti un ruolo molteplici fattori, quali le condizioni ambientali e contestuali (le infrastrutture viarie, le condizioni della strada, il sovraffollamento, gli agenti atmosferici), le condizioni dei veicoli (lo stato di manutenzione del veicolo, il tipo di veicolo) e il fattore umano (errori e disattenzioni alla guida, violazioni volontarie del codice della strada) (Cicognani, 2002). Il cambiamento personale di comportamento può attuarsi solo in presenza del sostegno dell'intera comunità sociale di riferimento, ossia attraverso la produzione e negoziazione di significati socialmente condivisi per quanto riguarda i comportamenti di salute e quelli a rischio. Ciò significa avviare un percorso comune tra soggetti pubblici e privati e singoli cittadini interessati al benessere della collettività in modo che le azioni di educazione, controllo, soccorso e informazione in tema di sicurezza stradale siano coordinate e integrate tra loro. In particolare, ai moltiplicatori vengono fornite apposite conoscenze e strumenti, ossia supporti informativi e metodologici utili nella progettazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol e/o altre sostanze psicoattive legali e illegali, rivolti a giovani patentandi, neopatentati e a guidatori a rischio. L'intervento formativo deve essere volto a favorire l'individuazione di strategie comunicative e modalità didattiche adeguate al target specifico e a fornire conoscenze di base sugli effetti delle sostanze psicoattive sulla guida. Di fondamentale importanza è l'utilizzo di strumenti e materiali informativi, formativi e didattici appositamente progettati.



Attenzione!

- *Gli interventi devono essere inseriti in un programma educativo più ampio che promuova il benessere dei ragazzi in senso lato.*
- *L'intervento e i contenuti trasmessi devono tener conto dei significati che la guida e la guida rischiosa assumono per gli adolescenti nello specifico periodo di sviluppo che stanno attraversando.*
- *Tutti gli attori devono essere coinvolti in attività di formazione e supervisione.*

Per gli adolescenti l'acquisizione del patentino rappresenta un passaggio dal forte valore pratico e simbolico. Si è finalmente autonomi, emancipati e visibili agli altri nel potere andare a scuola o nell'organizzare il proprio tempo libero senza dipendere dai genitori o dai mezzi pubblici. L'automobile costituisce un prolungamento della propria personalità e soprattutto offre la possibilità di "caricare" amici, potendo dimostrare la propria abilità e talvolta anche la propria spericolatezza.

La guida pericolosa costituisce quindi una condotta che si inserisce in un più ampio ventaglio di rappresentazioni, atteggiamenti e comportamenti che è importante comprendere e affrontare nella loro complessità e nei significati attribuiti da parte dei singoli destinatari, siano essi individui o gruppi.

L'azione preventiva non dovrebbe limitarsi a informare sullo specifico comportamento o situazione a rischio, ma offrire la possibilità di comprendere criticamente il proprio rapporto con il rischio. Questo al fine di riconoscere i diversi bisogni, le influenze del gruppo, l'immagine e il ruolo giocato dalle sostanze psicoattive che spesso sono causa o concausa della sottovalutazione dei rischi o della sopravvalutazione delle proprie capacità.

● Con i ragazzi

Abilità socio-cognitive

Capacità comportamentali

Condotte scorrette e i rischi connessi

Sanzioni legislative

Dispositivi di sicurezza

Sostanze psicoattive

Gli interventi di prevenzione devono quindi sempre favorire il potenziamento di **abilità socio-cognitive** e **capacità comportamentali** che possano agire da fattori di protezione primari.

Nell'area degli incidenti stradali gli interventi devono comunque affrontare alcune tematiche specifiche e in particolare:

- le **condotte scorrette** e i **rischi** a esse connessi;
- le **sanzioni legislative** previste per condotte scorrette;
- il corretto utilizzo dei **dispositivi di sicurezza**;
- gli effetti del **consumo di sostanze psicoattive** sulla capacità di guida. 

Gli insegnanti devono affrontare l'argomento all'interno dei singoli programmi didattici; particolarmente interessanti a tal fine sembrano essere le collaborazioni tra gli insegnanti di educazione fisica e di scienze e matematica. A integrazione del loro lavoro va pianificato l'intervento di personale esperto.

In ambito scolastico deve essere prevista una specifica attività di formazione per gli insegnanti che veicoli informazioni puntuali sulla tematica; parallelamente nelle scuole secondarie di I grado è importante fornire corsi di formazione sull'utilizzo del metodo delle *life skills*  e sui metodi di didattica attiva; nelle scuole superiori è opportuno introdurre strumenti ad hoc per facilitare l'integrazione di contenuti specifici all'interno dei singoli percorsi didattici.

Tutti gli attori che a vario titolo partecipano a interventi di prevenzione andrebbero coinvolti in attività di formazione dedicate non solo all'acquisizione di informazioni ma anche di metodi di didattica attiva per la gestione degli interventi.

Durante e a seguito degli interventi di formazione sono da prevedere dei momenti di supervisione e di valutazione per tutti gli attori coinvolti.



La guida sotto effetto di sostanze psicoattive

Alcol

Gli effetti dell'alcol sul comportamento dipendono dalla concentrazione di alcol etilico nel sangue, chiamata anche alcolemia o tasso alcolemico, che si misura in grammi per millilitri di sangue.

Se qualunque quantità di alcol ingerito determina una riduzione dei riflessi e quindi anche una minima quantità (0,1 g/1000) può alterare la capacità di guida, la probabilità di incidente cresce a livelli di alcolemia tra 0,4 e 0,9 g/1000, e subisce un incremento esponenziale oltre 1 g/1000. Il tasso alcolemico è influenzato oltre che dalla quantità di alcol assunta anche da altri fattori, quali:

- la modalità di ingestione a digiuno o durante il pasto: la quantità di cibo presente nello stomaco e nell'intestino rallentano l'assorbimento dell'alcol nel sangue; bere acqua o caffè non riduce invece l'alcolemia, né migliora lo stato di attenzione;*
- la gradazione alcolica della bevanda;*
- il peso del bevitore: una persona di costituzione snella ha meno sangue in corpo di una persona di costituzione robusta e quindi a parità di consumo alcolico avrà una maggiore concentrazione di alcol nel sangue;*
- il sesso: il fegato della donna ha una capacità ridotta rispetto all'uomo di metabolizzare l'alcol e inoltre l'alcol viene diluito in misura inferiore rispetto agli uomini per una maggiore quantità di tessuti adiposi e meno acqua per Kg di peso corporeo;*
- il tempo trascorso dall'assunzione;*
- altri fattori: età, condizione lavorativa, etnia, stato di salute psico-fisico.*

Il livello di alcolemia nel nostro sangue varia dunque sia in relazione al tempo che alle modalità di ingestione. A titolo di esempio risulta che un'assunzione contemporanea e a digiuno di 3-4 bicchieri di vino determina dopo 30 minuti un'alcolemia tra 0,7 e 0,9 g/1000, analoga a quella raggiunta con il consumo di 5 bicchieri durante un pasto. La prima ora dopo l'ingestione è quella che presenta la massima concentrazione ematica di alcol, infatti il 60% dell'alcol è assorbito entro un'ora e il 90% entro novanta minuti.

Per la complessa interazione tra tutte queste variabili è difficile dare indicazioni precise sulla quantità di bevanda alcolica che può essere consumata senza rischio. A questo proposito sono state recentemente rese obbligatorie dal Ministero della Salute delle tabelle informative che forniscono delle stime dettagliate dei livelli di alcolemia per tipo di bevanda, quantità e sesso del bevitore (reperibili sul sito www.iss.it/ofad/).

Farmaci

Molti farmaci possono recare disturbo alla concentrazione e alla capacità di prestare attenzione e, prima di mettersi al volante, è meglio leggere con attenzione le avvertenze. In particolare i farmaci che possono influenzare la guida sono:

- *Sedativi – Ipnotici (Barbiturici, Benzodiazepine)*
- *Antistaminici*
- *Antidepressivi*
- *Stimolanti*
- *Analgesici*
- *Farmaci per il mal d'auto*

Sostanze illegali

Cannabis, cocaina, ecstasy, amfetamine, eroina, LSD e altre sostanze, anche assunte in piccole quantità e in modo occasionale, hanno un notevole impatto sul fisico e sulla psiche delle persone, e quindi possono influenzare negativamente le prestazioni di guida.

In base all'effetto che producono sull'organismo e sul sistema nervoso, esse si dividono in due grandi famiglie: le deprimenti e le stimolanti. Il mix di tali sostanze va assolutamente evitato in quanto provoca conseguenze pericolose.

Le più diffuse sostanze stimolanti sono anfetamine, cocaina, ecstasy. Provocano euforia, eccitazione, loquacità, senso di benessere e di potenza che causa una pericolosa sopravvalutazione delle proprie capacità. Alterano inoltre le percezioni sensoriali e temporali. Allo stato di euforia e benessere, segue dopo poche ore la cosiddetta "fase down" in cui ci si sente stanchi, privi di energia e si entra in uno stato di depressione o paranoia. Le più diffuse sostanze illegali che hanno un'azione deprimente sul sistema nervoso sono marijuana, hashish, eroina. Tutte queste sostanze interferiscono con la capacità di concentrazione e di attenzione. Provocano sonnolenza, ritardano i riflessi, influenzano la coordinazione motoria, alterano la capacità di valutare le distanze e la velocità.

"Down" o "up", tutti questi effetti hanno un notevole impatto sulle capacità e sull'attenzione alla guida.



Attenzione!

- *Scuola e autoscuola non possono rappresentare gli unici ambiti di azione.*
- *È importante potenziare gli interventi nei luoghi di aggregazione informale e nei non-luoghi.*

Se la **scuola** costituisce un ambito privilegiato di azione, non può essere l'unico, anche perché alcuni ragazzi, soprattutto nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 18 anni, non sono inseriti in questo contesto: di solito si tratta proprio di quelli maggiormente problematici e potenzialmente più esposti ai comportamenti a rischio; è quindi necessario realizzare momenti di incontro e di formazione mirati.

L'**autoscuola**, permette di raggiungere un vasto numero di giovani, compresi coloro che sono usciti precocemente dal contesto scolastico. Inoltre, la specificità dei temi trattati e il tipo di relazione, in molti momenti duale, che si instaura tra insegnante/istruttore e allievo, favoriscono sia la trasmissione di informazioni, sia la condivisione di esperienze e di atteggiamenti rispetto alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive.

Altri ambiti di intervento dovrebbero essere i **luoghi di aggregazione informale, i luoghi dello sport, gli stadi, le discoteche**. Gli interventi di prevenzione devono essere attuati dove i giovani vivono e socializzano; il gruppo dei pari, cioè degli amici coetanei, rappresenta infatti a questa età l'istanza più autorevole, quella che maggiormente influenza il comportamento degli adolescenti. Il gruppo pone delle regole ben precise alle quali ogni membro per essere accettato deve conformarsi.

Le situazioni in cui i giovani si espongono di più al rischio sono quelle in compagnia, per cui gli spazi di incontro con il gruppo sono fondamentali per il confronto.

● I luoghi

La scuola

L'autoscuola

I luoghi di
aggregazione
informali

I luoghi dello sport

Gli stadi

Le discoteche

I non luoghi

Luoghi virtuali

A tal fine è importante potenziare gli interventi formativi nei **non luoghi**  che oggi spesso sono iperluoghi, ovvero spazi in cui le persone si incontrano spontaneamente, ma che non hanno una specifica definizione (ad es. i centri commerciali).

Non vanno dimenticati i **luoghi di comunicazione virtuale**  che per gli adolescenti sono sempre più spesso luoghi di incontro e di scambio di informazioni da cui gli adulti restano per lo più esclusi. Questi canali di comunicazione possono essere usati per potenziare l'invio di messaggi che rompano mitologie e false credenze.



Prevenire nei “non luoghi”

La maggior parte degli interventi di prevenzione e di promozione della salute avvengono in contesti circoscritti (come la scuola, i luoghi di lavoro, i servizi socio-sanitari, ecc.) in quanto le risorse strutturali e organizzative di tali contesti ne favoriscono la realizzazione, la fattibilità e la valutazione (Zani, Cicognani, 2000).

Poiché la soluzione ai comportamenti a rischio non si trova esclusivamente dentro l'individuo, ossia in uno spazio privato, ma nella sua connessione con l'ambiente di vita, ossia in uno spazio pubblico (Zamperini, Testoni, 2002), occorre realizzare anche interventi di prevenzione e di promozione della salute nella comunità. Tali interventi sono più costosi, complessi da organizzare e difficilmente valutabili rispetto a quelli diretti ai singoli individui o condotti in contesti ristretti, poiché la comunità è un contesto ampio e difficilmente controllabile, data la molteplicità di sistemi in essa presenti e di livelli di influenza reciproci. Essi però permettono di raggiungere un numero maggiore di individui e di utilizzare le risorse di sostegno sociale per rafforzare il cambiamento di comportamento. Una delle ragioni della scarsa efficacia dei programmi di prevenzione e promozione della salute condotti nel contesto scolastico è che quando gli adolescenti ritornano nei loro ambienti, si trovano alle prese con i fattori che influenzano il comportamento a rischio e non ricevono più il sostegno sociale al cambiamento di comportamento (ad esempio, per un adolescente con amici implicati nei comportamenti a rischio, i benefici della partecipazione a un intervento scolastico sulla prevenzione, possono svanire qualora ritorni nel suo ambiente di vita quotidiano dove non riceve alcun tipo di incoraggiamento da parte dei coetanei). In particolare, sebbene la scuola costituisca un contesto privilegiato per le attività di prevenzione e promozione della salute rivolte agli adolescenti, è necessario tener conto della varietà di contesti e luoghi in

cui gli adolescenti vivono e si sviluppano. La scuola inoltre può non essere il luogo appropriato per raggiungere alcuni gruppi di adolescenti (Hendry et al., 1995).

Per tale motivo è utile realizzare interventi di prevenzione e di promozione della salute non solo a scuola, ma anche in quei luoghi di aggregazione spontanea in cui è possibile incontrare gruppi informali di adolescenti: in tal caso infatti i membri del gruppo si conoscono tra loro e possono esercitare un'influenza reciproca attraverso la creazione di norme di comportamento condivise (Cicognani, Zani, 2002). Fare prevenzione nei luoghi di ritrovo degli adolescenti permette di raggiungere anche gli adolescenti che sono fuori dal circuito scolastico: costoro infatti sono più coinvolti nei comportamenti a rischio (Hingson, Strunin, 1992; Bowler et al., 1992), hanno meno opportunità di essere inseriti in programmi di prevenzione e promozione della salute e possiedono minori risorse personali per fronteggiare situazioni potenzialmente rischiose.

Oggigiorno uno dei luoghi in cui gli adolescenti trascorrono la maggior parte del loro tempo libero è il centro commerciale. Definito da Augè (2005) come "non luogo", ossia uno spazio in cui gli individui si incrociano senza entrare in relazione in una condizione di solitudine e provvisorietà perché guidati dal desiderio frenetico di consumare, il centro commerciale assume agli occhi degli adolescenti un significato e un valore diverso: esso è prima di tutto un luogo di ritrovo e di incontro e, solo in un secondo tempo, un luogo di consumo, che comunque avviene sempre in compagnia degli amici (Sassoli, 2008).

Andare al centro commerciale è entrato a far parte dello stile di vita di molti adolescenti e rappresenta un contesto ricreativo che si affianca ai tradizionali luoghi di aggregazione giovanile (ad esempio, oratori, centri sportivi, piazze, sale giochi, ecc.). Per tale motivo è di fondamentale importanza promuovere in questi luoghi interventi di prevenzione e di promozione del benessere. Fare prevenzione nei contesti di vita degli individui, ossia nei luoghi in cui le persone trascorrono la loro quotidianità e il loro tempo libero, significa allargare il concetto stesso di prevenzione da riduzione dell'incidenza di certe malattie a promozione della qualità di vita (De Piccoli, 2007).

Le attività di prevenzione rivolte agli adolescenti non sono infatti finalizzate solamente a evitare conseguenze negative in futuro, ma anche a promuovere uno sviluppo positivo (Ferrer-Wreder et al., 2004) e devono quindi essere realizzate in tutti i contesti di riferimento degli adolescenti.

Il lavoro di prevenzione con gli adolescenti è complesso proprio perché vanno raggiunti nei loro contesti di vita attraverso strategie e strumenti adeguati. In questo senso il centro commerciale si configura come un luogo extra-scolastico in cui è possibile contattare e coinvolgere gli adolescenti proprio per l'alta concentrazione degli stessi. L'intervento di prevenzione nel centro commerciale può quindi avere un duplice obiettivo: da una parte fornire un'informazione generica al maggior numero possibile di adolescenti, sia in forma diretta che indiretta, attraverso il coinvolgimento di coetanei come fonte di informazione e influenza e di eventuali adulti significativi presenti in tale contesto; dall'altra, potenziare le competenze personali e di gruppo per promuo-

vere uno sviluppo positivo degli adolescenti. Il medesimo intervento può anche porsi l'obiettivo di potenziare le risorse del contesto in questione in modo che esso possa meglio rispondere ai bisogni degli adolescenti e dei giovani che lo frequentano, diventando così un contesto promotore di benessere. Agire nei centri commerciali in un'ottica di prevenzione e promozione della salute verso gli adolescenti necessita di strumenti e metodologie di intervento flessibili e vicini alle abitudini e agli interessi di coloro che li frequentano.

I METODI: L'IMPORTANZA DELLA PARTECIPAZIONE ATTIVA



Attenzione!

- *Gli interventi devono porsi al tempo stesso obiettivi informativi ed educativi, poiché la conoscenza dei rischi non è sufficiente per determinare un cambiamento.*
- *È necessario utilizzare metodi di didattica attiva in grado di stimolare la partecipazione e il confronto.*
- *Il materiale didattico di supporto deve utilizzare i canali, le forme e i linguaggi di comunicazione del target di riferimento.*
- *L'approccio terroristico alla tematica è spesso inutile e controproducente.*

- Metodi** ● — Tutti gli attori coinvolti devono prendere parte a **un'attività di coordinamento stabile** che favorisca un approccio integrato e sinergico delle attività sul territorio, che includa anche iniziative di tipo strutturale atte a ridurre l'incidentalità, quali ad esempio l'ideazione e la promozione di una mobilità alternativa.
- Attività di coordinamento stabile
- Informazioni specifiche integrate in un percorso educativo
- Ai fini della prevenzione è importante ricordare che gli adolescenti sono generalmente ben informati sui diversi tipi di rischio, ciò che invece spesso manca è la reale valutazione delle conseguenze di certi comportamenti; la

percezione degli aspetti negativi e talvolta pericolosi per la propria salute è infatti molto diversa rispetto a quella degli adulti. Inoltre è necessario lavorare sull'attrazione che il rischio esercita: sottovalutazione, ricerca attiva del rischio, senso di invulnerabilità, sfida, esibizione, influenza del gruppo, effetti della musica ad alto volume.

Informare per prevenire non sembra quindi essere un binomio valido: i messaggi che esortano alla prudenza sulle strade, al corretto uso dei dispositivi di sicurezza e al non mettersi alla guida dopo aver usato sostanze psicoattive, non bastano da soli a raggiungere l'obiettivo che si pongono, perché non tengono conto dei processi di interazione sociale.

Inoltre questi messaggi possono essere in competizione con modelli sociali che richiamano la ricerca del rischio, l'esibizione, l'ostentazione di atteggiamenti di sfida. Si tratta pertanto di lavorare alla costruzione di modelli che favoriscano da parte del gruppo la valutazione critica dei messaggi latenti, l'emersione dei bisogni reali e delle pressioni del gruppo.

Se da un lato è quindi fondamentale informare in maniera corretta al fine di sfatare alcuni miti e stereotipi legati alla guida e al rischio, dall'altro è importante essere consapevoli che l'informazione da sola non è sufficiente.

Gli interventi di prevenzione dovrebbero quindi agire su due livelli:

- **a livello informativo:** sui comportamenti a rischio, sulle sanzioni legislative previste per le condotte scorrette, sul corretto utilizzo dei dispositivi di sicurezza e sugli effetti delle sostanze psicoattive sulla guida;
- **a livello educativo:** sulle abilità socio-cognitive e sulle capacità comportamentali dei ragazzi. Uno dei modelli maggiormente raccomandati è quello cosiddetto delle *life skills*  che si propone di promuovere risorse generali utili a favorire il benessere, nello specifico potenziando le abilità di *decision making*  e l'autoefficacia regolatoria.  Tuttavia è opportuno lavorare anche sulle rappresentazioni sociali e individuali, sui miti di gruppo, sull'influenza dei modelli socio-culturali, favorendo la discussione critica dei modelli stessi e l'emersione delle dinamiche di ricerca del rischio.

Percorsi modulari

Partecipazione attiva

Forme di comunicazione adeguata

I percorsi proposti devono essere **modulari** così da poter essere adattati alle diverse realtà ed esigenze dei differenti *target* di riferimento.

Nella gestione degli interventi è importante utilizzare metodi di didattica attiva: l'intento è quello di favorire la creazione di uno spazio di riflessione e confronto sul modo di percepire e valutare l'incidente e sul ruolo individuale nell'assunzione dei comportamenti a rischio. I giovani non devono essere quindi semplicemente i destinatari delle azioni preventive, ma vanno considerati come soggetti attivi, direttamente coinvolti nei comportamenti che si intendono prevenire. I metodi che favoriscono una **partecipazione attiva** sono svariati e possono comprendere, a seconda dei contesti e dei gruppi, giochi di ruolo, produzione di materiali, *peer education*,  ecc. Gli strumenti devono comunque essere atti a stimolare la partecipazione e la discussione e partire dalle esperienze e dai vissuti personali dei ragazzi. È particolarmente importante coinvolgere i ragazzi in attività, come la produzione di materiale informativo, anche multimediale, che aiutino a sfatare le false credenze e a superare gli stereotipi pericolosi. Per garantire l'efficacia degli interventi è indispensabile utilizzare **forme, canali e linguaggi di comunicazione** propri dei *target* di riferimento, quali ad esempio le piattaforme virtuali più utilizzate dai giovani (*MSM, Facebook, ecc.*).

Va inoltre ricordato che l'approccio terroristico  e allarmistico non solo non raggiunge gli obiettivi che si prefigge, ma spesso ha effetti controproducenti; nell'ambito degli interventi possono essere usati strumenti a grosso impatto visivo ed emotivo (ad es. filmati e *crash test*) solo se inseriti in un percorso più ampio e articolato.

Formazione e supervisione

Per gli insegnanti

Per tutti gli attori coinvolti

Per i genitori

Soprattutto nelle scuole medie inferiori è necessario prevedere delle specifiche attività di formazione e supervisione rivolte agli **insegnanti** e più in generale a **tutti gli attori coinvolti** al fine di garantire continuità e coerenza degli interventi proposti.

Nel corso dell'attività è importante ideare del materiale didattico di supporto che possa essere utilizzato in maniera autonoma dai diversi attori.

Particolare attenzione va dedicata ai **genitori** dei ragazzi soprattutto in

alcune circostanze, ad esempio l'acquisto del motorino e del casco, al fine di fornire informazioni che li aiutino a orientarsi nelle scelte di fondo. Risulta particolarmente indicata anche l'ideazione e la costruzione di **materiale informativo ad hoc**.

● **Produzione di materiale didattico di supporto e informativo**



L'approccio terroristico

Gli interventi di prevenzione centrati sulla paura si fondano sull'idea che sia possibile convincere le persone ad astenersi dal coinvolgimento in comportamenti a rischio e più in generale degli stili di vita dannosi per la salute enfatizzandone e drammatizzandone i rischi. Per ottenere questo scopo gli interventi propongono informazioni a tinte forti sulla pericolosità dei comportamenti a rischio e degli stili di vita dannosi per la salute e sulle conseguenze negative nelle quali può incorrere chi li attua. Il messaggio viene in genere confezionato in modo tale da contenere una parte in cui si minacciano alcuni esiti indesiderabili che potrebbero verificarsi se il destinatario non adotta le azioni raccomandate nella seconda parte. Solitamente per veicolare il messaggio centrato sulla paura sono utilizzati poster e spot, oltre alle comunicazioni faccia a faccia. Tale approccio si basa su un processo comunicativo di tipo asimmetrico (se si mette in contatto una fonte portatrice di informazione con un destinatario che non la possiede si verifica un processo di omogeneizzazione del livello di conoscenza), che non tiene però conto del fatto che il destinatario del messaggio non è mai "un vaso del tutto vuoto" (Cavazza, 1996).

Gli esperimenti condotti da Hovland e colleghi (1953) hanno dimostrato che un appello troppo intenso alla paura, se è efficace nel provocare livelli elevati di tensione, attiva delle interferenze difensive quali disattenzione al messaggio, aggressività nei confronti del comunicatore, sottovalutazione delle conseguenze prefigurate. In sostanza i soggetti esposti a messaggi che richiamano in modo debole la paura modificano il loro comportamento nel senso desiderato più di coloro che sono esposti a messaggi che richiamano in modo forte la paura. Inoltre, in adolescenza, una modalità di presentazione delle conseguenze negative connesse ai comportamenti a rischio basata sulla paura e sull'esagerazione dei danni conseguenti va evitata, in quanto, non solo non è credibile, ma può anche essere controproducente (Bonino et al., 2003). Molti comportamenti a rischio infatti sono messi in atto dagli adolescenti proprio per la loro pericolosità e per gli effetti che possono produrre: ad esempio la guida pericolosa svolge la funzione di provare sensazioni nuove e inusuali, di sfidare il pericolo, di affermare la propria percezione di controllo e di invulnerabilità, di emulare e superare gli altri.

Nonostante ciò, l'approccio terroristico centrato sulla paura continua a essere utilizzato come strategia per modificare la guida pericolosa attraverso la comunicazione mass-mediale. La mag-

gioranza degli spot relativi alla guida pericolosa si basano su immagini a effetto incentrate sul binomio "incidente stradale-morte", efficaci nel catturare l'attenzione dello spettatore e nell'indurre la consapevolezza della gravità del problema, ma inadeguate a condurre al comportamento atteso in quanto manca la conoscenza delle modalità di fronteggiamento attivo del problema e la sensazione di poterle applicare personalmente (Zambianchi, 2002). Tali messaggi fanno riferimento a processi di elaborazione essenzialmente intraindividuali, quando in realtà l'adolescente è immerso in un contesto sociale in cui la guida pericolosa assume un significato comune e condiviso legato alla mascolinità, al rischio come affermazione di sé, alla competizione all'interno del gruppo di appartenenza, al superamento dei propri limiti. Pertanto il cambiamento di comportamento deve passare attraverso processi di negoziazione interpersonale all'interno della comunità di riferimento, che stimolino la produzione di nuovi significati socialmente condivisi relativi alla guida pericolosa.



La capacità di prendere decisioni

La capacità di prendere decisioni (decision-making) in modo consapevole e costruttivo, considerando le diverse opportunità e le possibili conseguenze connesse a ogni scelta, è stata individuata dall'OMS (WHO, 1992) come una competenza vitale che permette all'individuo di affrontare al meglio le sfide che la vita quotidiana presenta lungo il suo ciclo di vita. In realtà, oltre al valutare i pro e i contro di ogni scelta e decidere di conseguenza, esistono diversi altri modi in cui l'individuo può prendere una decisione: ad esempio, d'impulso, rimandando la decisione, non decidendo o lasciando che altri prendano la decisione (Marmocchi et al., 2004).

Il percorso che porta a prendere delle decisioni è complesso in quanto entrano in gioco fattori di tipo cognitivo, emotivo e motivazionale. Erroneamente si tende invece a considerare ogni comportamento messo in atto dall'individuo, sia esso rischioso o meno per la salute, come l'esito di un processo razionale fondato su un'analisi sistematica delle informazioni disponibili, dei costi e dei benefici di comportamenti alternativi (Zani, Cicognani, 2000). Secondo questa prospettiva l'individuo, di fronte a una situazione che prefigura diverse azioni alternative dall'esito incerto, dovrebbe valutare l'utilità o la desiderabilità di ogni comportamento e scegliere quello con la più elevata utilità soggettiva. Nella vita quotidiana però la presa di decisioni non avviene in questo

modo poiché l'individuo può avere una rappresentazione incompleta o inadeguata della situazione problematica, focalizzandosi e selezionando un numero limitato di conseguenze di azioni possibili e trascurandone altre. Ad esempio, nell'ottica dei comportamenti di salute, l'individuo tende a considerare i rischi isolatamente gli uni dagli altri e a ignorarne alcuni. Oppure può essere distratto da altri fattori e decidere di non dar corso alle proprie intenzioni o di posticipare il comportamento scelto. È anche possibile che le abitudini dannose per la salute ostacolino le intenzioni di cambiamento. Inoltre, sulla presa di decisione influisce il livello di importanza e di preferenza e il valore che l'individuo attribuisce agli eventi previsti (Shwartz, Bilsky, 1987). Ad esempio, "la scelta di indossare o meno il casco quando ci si metta alla guida di un ciclomotore, costituisce un esempio di decisione, legata a una situazione presente, che può avere importanti conseguenze non solo a breve ma anche a lungo termine. In questo caso entrano in gioco diversi fattori, che possono assumere una valutazione e un peso differenti a seconda del soggetto e addirittura a seconda del momento, per lo stesso ragazzo: non soltanto la tutela della propria sicurezza come obiettivo ultimo, ma anche l'esigenza di adeguarsi alle aspettative e alle norme del gruppo di riferimento, nonché la sottovalutazione dei pericoli cui si va incontro (per esempio non indossare il casco quando si percorrono strade di campagna, poiché ritenute meno pericolose), o la necessità di mantenere intatta la pettinatura. Ecco allora che un adolescente, pur conoscendo l'importanza dei dispositivi di sicurezza, potrà decidere di non indossare il casco perché per lui, in quel particolare momento, assumono una maggiore pregnanza altri aspetti, legati principalmente alla sfera relazionale e motivazionale" (Begotti, 2008; p. 89).



L'autoefficacia

"Il concetto di senso di autoefficacia si riferisce alla convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno in modo da raggiungere i risultati prefissati" (Bandura, 1996, p. 15). Il senso di autoefficacia riveste un ruolo importante nell'adozione di comportamenti che promuovono la salute, nel rinunciare ad abitudini dannose per la propria salute e benessere e nel mantenimento del cambiamento di comportamento. Nell'ottica della prevenzione e della promozione della salute, il senso di autoefficacia rappresenta la convinzione di essere capaci di esercitare un controllo

sull'abitudine dannosa e di avere la capacità di modificare i comportamenti a rischio per la salute attraverso un'azione personale.

Il senso di autoefficacia influenza non solo l'intenzione di eliminare il comportamento a rischio, ma anche la quantità di impegno che l'individuo spende nel perseguire questo obiettivo e la persistenza nel continuare a sforzarsi nonostante gli ostacoli e le ricadute che possono indebolire la motivazione al cambiamento (Schwarzer, Fuchs, 1996; Bandura, 1992). Ad esempio, le persone prendono in considerazione l'idea di cambiare abitudini dannose per la salute solo se sono convinte della propria capacità di motivare se stesse e di regolare il proprio comportamento. Inoltre, poiché la modificazione di comportamenti a rischio per la salute richiede lo sviluppo di determinate abilità di autoregolazione, è necessario che i programmi di promozione della salute prevedano l'insegnamento delle abilità necessarie per regolare il proprio comportamento e la propria motivazione. Lo sviluppo di tali capacità richiede però anche il rafforzamento del senso di autoefficacia, in quanto "se le persone non sono pienamente convinte della propria efficacia personale, abbandonano rapidamente le abilità che sono state loro insegnate se non riescono a ottenere risultati rapidi o se subiscono degli insuccessi" (Bandura, 1996; p. 49). L'autoefficacia è quindi un fattore importante nei processi di prevenzione e di promozione della salute. In adolescenza, è particolarmente importante l'autoefficacia regolatoria, ossia la capacità di resistere alle pressioni sociali verso l'implicazione in comportamenti a rischio (Caprara, 2001; Marlatt et al., 1996). Numerose ricerche hanno messo in luce che una maggiore convinzione circa la propria capacità di resistere alle pressioni sociali riduce la forza dell'influenza del gruppo dei pari a incoraggiare il consumo di tabacco, alcol e marijuana (Ellickson, Hays, 1991; Stacy et al., 1992; Hays, Ellickson, 1990). Sulla base della relazione tra autoefficacia e comportamenti a rischio in futuro, sono stati messi a punto interventi finalizzati allo sviluppo e potenziamento dell'autoefficacia regolatoria degli adolescenti. Tali interventi prevedono l'insegnamento di abilità necessarie per resistere alle pressioni interne ed esterne al coinvolgimento nei comportamenti a rischio.

BIBLIOGRAFIA

- Augè, M. (2005). *Nonluoghi. Introduzione ad una antropologia della surmodernità*. Milano: Eleuthera.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schawarzer (eds.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 3-38.
- Bandura, A. (a cura di) (1996). *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Trento: Edizioni Erickson.
- Begotti, T. (2008). Le life skills in adolescenza. In S. Bonino, E. Cattellino (a cura di), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Trento: Edizioni Erickson.
- Bonino, S., Cattellino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.
- Bowler, S., Sheon, A. R., D'Angelo, L. J., Vermund, S. H. (1992). HIV and AIDS risk among adolescents in the United States: increasing risk in the 1990s. *Journal of Adolescence*, 15: 345-371.
- Caprara, G. V. (2001). *La valutazione dell'autoefficacia*. Trento: Edizioni Erickson.
- Cavazza, N. (1996). *La persuasione*. Bologna: Il Mulino.
- Leone, L., Celata, C. (a cura di) (2006). *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Il Sole 24 ore.
- Cicognani, E. (2002). Il rischio in ambito stradale. Il contributo della psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 2: 5-7.
- De Piccoli, N. (2007). *Individui e contesti in psicologia di comunità*. Milano: Unicopli.
- Ellickson, P. L., Hays, R. D. (1991). Beliefs about resistance self-efficacy and drug prevalence: do they really affect drug use? *International Journal of the Addictions*, 25: 1353-1378.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J. G., Adamson, L. (2004). *Successful prevention and youth development programs*. New York: Kluwer Academic.
- Hays, R. D., Ellickson, P. L. (1990). How generalizable are adolescents' beliefs about prodrug pressure and resistance self-efficacy? *Journal of Applied Social Psychology*, 20: 321-340.
- Hendry, L., Shucksmith, J., Philip, K. (1995). *Educating for health: schools and community approaches with adolescents*. London: Cassell.

- Hingson, R., Strunin, L. (1992). Monitoring adolescents' responses to the AIDS epidemic: changes in knowledge, attitudes, beliefs and behaviors. In R. J. Di Clemente (ed.), *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*. New York: Sage, 34-51.
- Hovland, C. I., Janis, I. L., Kelley, H. H. (eds.) (1953). *Communication and persuasion. Psychological studies on opinion change*. New Haven: Yale University Press.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Quigley, L. A. (1996). L'autoefficacia nelle dipendenze. In A. Bandura (a cura di), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Trento: Edizioni Erickson, 351-388.
- Sassoli, E. (2008). *Non solo shopping. Usi sociali dei luoghi del consumo*. Firenze: Edizioni Le Lettere.
- Schwarzer, R. ; Fuchs, R. (1996). Autoefficacia e comportamenti a rischio. In A. Bandura (a cura di), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Trento: Edizioni Erickson, 313-350.
- Schwartz, S. H., Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 550-562.
- Stacy, A. W., Suassman, S., Dent, C. W., Burton, D., Flay, B. R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18: 163-172.
- WHO (1992). *Skills for life*. Bollettino OMS, 1.
- Zambianchi, M. (2002). Comunicazione persuasive e rischio stradale. *Psicologia della Salute*, 2: 9-18.
- Zamperini, A., Testoni, I. (2002). Il valore della salute. Risorse per un dialogo tra psicologia sociale ed educazione alla salute. In G. Di Stefano, R. Vianello (a cura di), *Psicologia dello sviluppo e problemi educativi. Studi e ricerche in onore di Guido Petter*. Firenze: Giunti, 537-549.
- Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.
- Zani, B., Cicognani, E. (2002). I "non studenti" e l'AIDS: comportamenti a rischio e strategie di prevenzione. *Psicologia della Salute*, 1:60-77.

2.3.2 Evidenze di efficacia e indicazioni di buone pratiche

Destinatari

Destinatari finali

Le fonti esaminate hanno messo in evidenza che i programmi di prevenzione e promozione della salute in materia di sicurezza stradale non sono quasi mai adattati alle specifiche caratteristiche dei destinatari dell'intervento e hanno una struttura pre-definita sia rispetto al genere degli adolescenti sia rispetto alle loro caratteristiche socioeconomiche. Dato che i diversi gruppi di adolescenti presentano numerose e profonde differenze nei livelli di coinvolgimento nel rischio e nei fattori di rischio e protezione, le linee guida disponibili (Mayhew *et al.*, 2002; Global Road Safety Partnership, 2007) auspicano che gli interventi, tengano conto delle caratteristiche specifiche dei destinatari, e in particolare di:

- genere
- acquisizione recente della patente
- appartenenza etnica e culturale
- livelli di coinvolgimento nel rischio degli adolescenti (rilevati prima dell'intervento).

Tenere in considerazione tali aspetti durante la progettazione dell'intervento permette di far emergere i bisogni espressi dai diversi gruppi di adolescenti, stabilendo quali sono le priorità su cui agire e come adattare i programmi originariamente rivolti a un diverso *target* (Gillan, 2006; Berg, 2006).

Età

Le buone pratiche di promozione della salute sottolineano in generale la necessità di indirizzare interventi di promozione della sicurezza stradale già a partire dall'infanzia e dalla pre-adolescenza. In particolare per i bambini di 6-8 anni si raccomandano interventi basati sul rispetto delle regole e l'adozione di comportamenti responsabili. Gli interventi rivolti a preadolescenti fra gli 11 e i 14 anni e fra i 15 e i 17 anni per risultare efficaci devono avere necessariamente caratteristiche diverse, in quanto il contenuto e le metodologie applicate negli interventi per le due fasce d'età devono tenere conto dei seguenti aspetti:

- livello di sviluppo cognitivo raggiunto
- eventuale coinvolgimento in incidenti o condotte pericolose.

Le differenze di età comportano in genere differenti livelli di coinvolgimento in condotte pericolose (velocità, inosservanza del codice della strada, mancato utilizzo di caschi o cinture di sicurezza). Tutto ciò

dovrebbe riflettersi in particolar modo sui contenuti trattati nel corso degli interventi differenziati per età. Towner *et al.* (2002), nella loro revisione sottolineano l'importanza di sviluppare e valutare programmi tenendo conto dei gruppi specifici di popolazione: gli interventi che hanno avuto successo con i ragazzi più giovani possono infatti non essere appropriati per i più grandi e, in particolare, l'assunzione dei rischi non è comparabile fra i vari gruppi di età. Royal *et al.* (2005) sostengono che gli interventi attuati in contesto scolastico risultano più efficaci con i ragazzi più giovani.

La vulnerabilità dei neo-patentati è nota: secondo lo studio di Fisher (2006), il tasso di incidenti stradali è particolarmente alto durante il primo mese dopo il conseguimento della patente, decresce rapidamente nei primi 6 mesi e dopo circa 1.600 chilometri percorsi e poi decresce più lentamente nei successive due anni. Nel tempo i neopatentati acquisiscono esperienza, capacità di reagire a situazioni difficili di traffico e meteorologiche, capacità di valutare i rischi e di adottare misure di protezione. Tuttavia i neopatentati non sono tutti uguali: occorre considerare le loro caratteristiche, cioè qual è il loro atteggiamento rispetto alla guida e quali sono i comportamenti conseguenti, quali sono le caratteristiche dei giovani che guidano in sicurezza fin dall'inizio della loro esperienza di guida di veicoli a motore, quali fattori cognitivi, sensoriali, o comportamentali possono influenzare l'adozione di comportamenti sicuri e stimolare lo sviluppo di capacità in questo ambito.

Genere

I ragazzi e le ragazze adolescenti vivono, percepiscono e sperimentano la guida e l'utilizzo dei mezzi di trasporto in modo profondamente diverso. Gli adolescenti maschi hanno maggiori probabilità rispetto alle femmine di assumere rischi legati alla guida e di essere coinvolti in incidenti e accade spesso che abbiano troppa, ingiustificata, confidenza nelle loro abilità di guida (Shope, 2006). In relazione a tali diversità, molti degli interventi indirizzati contemporaneamente ad adolescenti di entrambi i generi hanno mostrato un'efficacia disuguale per maschi e femmine (Shope, 2006). A partire da tali evidenze, alcune linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Global Road Safety Partnership, 2007) sottolineano l'importanza di ideare gli interventi tenendo conto dei differenti modi di vivere la guida di ragazzi e ragazze.

Gli studi raccomandano una differenziazione degli interventi per ragazzi e ragazze sia in relazione ai contenuti trattati, sia in relazione al potenziamento di diverse abilità individuali legate all'attuazione di comportamenti non rischiosi. In particolare, si sollecita l'attenzione alle molteplici implicazioni del consumo di sostanze e bevande alcoliche, nonché alle dinamiche che entrano in gioco nella decisione di avere un comportamento sicuro o rischioso (utilizzare casco, cintura o guidare il mezzo di trasporto ad alta velocità). Gli interventi con i maschi adolescenti dovrebbero focalizzarsi su specifiche abilità connesse con l'attuazione di tale comportamento, oltre che sulla consapevolezza della pressione e dell'influenza che gli amici esercitano in relazione alla guida e alla guida pericolosa. Le ragazze beneficiano maggiormente

di interventi di prevenzione e promozione della salute svolti in contesto scolastico (Towner *et al.*, 2001; 2002), mentre non esistono studi che confrontino l'efficacia di interventi condotti separatamente per maschi e femmine con quelli rivolti a entrambi i generi.

Appartenenza etnica e culturale, caratteristiche socio-demografiche

La salute e la sicurezza delle persone sono influenzate da fattori ambientali e stili di vita in modo determinante. A loro volta questi fattori si distribuiscono nella popolazione in modo diseguale, spesso a svantaggio di alcuni gruppi sociali e di alcune aree e comunità meno favoriti (Costa, 2004). Per questo alcuni autori (Gillan, 2006; Berg, 2006; Juarez, et al. 2006) sottolineano l'importanza, ai fini del rispetto delle norme di sicurezza stradale, di non riferirsi ai giovani come a un unico gruppo omogeneo, ma di considerare l'ambiente familiare, il luogo di provenienza, la comunità di appartenenza e le differenze sociali. È raccomandato realizzare interventi che si adattino alle specificità culturali ed etniche di una particolare popolazione, tenendo conto dei ruoli e dei significati attribuiti al comportamento presenti nelle specifiche culture d'origine e del confronto fra tali modelli e quelli presenti nella cultura del paese di residenza.

Livello di coinvolgimento nelle condotte di guida a rischio

Risulta efficace effettuare prima dell'intervento indagini sia sul coinvolgimento degli adolescenti nelle condotte pericolose sia sui fattori di rischio e protezione delle condotte su cui l'intervento intende focalizzarsi. A tale fine si possono utilizzare strumenti quantitativi (questionari) e/o qualitativi (interviste e *focus group*), questi ultimi volti in particolare a individuare le motivazioni del comportamento a rischio, degli atteggiamenti relativi alla velocità, al mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza, alle barriere e alle credenze erronee relative, ecc. Negli interventi che risultano efficaci un'indagine preliminare con simili caratteristiche è sempre presente.

Destinatari intermedi

Famiglie, insegnanti, istruttori di scuola guida, *peer educator* sono spesso coinvolti negli interventi come destinatari intermedi. Risulta che gli interventi che coinvolgono anche le famiglie hanno effetti a più lungo termine rispetto a quelli rivolti solo agli adolescenti nel contesto scolastico. A questo proposito, si è rilevata maggiore efficacia a lungo termine di interventi condotti nel contesto scolastico che abbinavano all'approccio curricolare un intervento con le famiglie volto a migliorare la capacità di supervisione dei genitori rispetto alle attività e alle frequentazioni dei figli e la capacità di comunicare apertamente in merito ai temi legati alla sicurezza stradale. In generale, gli interventi che coinvolgono i genitori si rivelano efficaci quando consentono loro, in primo luogo, di migliorare la capacità di parlare apertamente con i figli e, in secondo luogo, di acquisire competenze ed efficacia nel gestire la relazione educativa (Ginsburg, 2009).

In alcuni casi i genitori non sono stati coinvolti nell'intervento come destinatari intermedi attraverso una specifica formazione, ma sono stati informati dell'intervento e dei compiti assegnati ai ragazzi ed è fornito loro materiale informativo in modo che possano discuterne con i figli.

Attori

Gli interventi che si sono rivelati efficaci hanno coinvolto sia adulti sia coetanei. Nel caso degli adulti, per i quali è cruciale il compito di figure di riferimento, che dovrebbero essere consapevoli del loro ruolo di modello e assumere comportamenti tali da proteggere la salute dei giovani, si tratta di:

- a) educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione, insegnanti, operatori di polizia municipale in veste di facilitatori e di conduttori di gruppi, formatori, ecc. (D'Angelo *et al.*, 2008; Sommers *et al.*, 2008; Shults *et al.*, 2009; Mayhew *et al.*, 2002; Wolley, 2000; Christie, 2001; Ian, 2001);
- b) genitori, (Simons Morton *et al.*, 2006; Simons Morton *et al.*, 2008; Ginsburg, 2009; Hartos, 2001, Hartos, 2002; MacCartt, 2009);
- c) gestori e operatori di locali pubblici, istruttori di scuola guida, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori (Shults *et al.*, 2009; Foxcroft *et al.*, 2002);
- d) membri di associazioni attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori;
- e) autorità (pubbliche e scolastiche), quali per esempio, gli amministratori locali ai fini del supporto, riconoscimento e diffusione dell'intervento.

Nel caso dei coetanei si tratta di *peer educator* di pochi anni maggiori dei destinatari diretti, o di *peer leader* anche della stessa età, che i programmi di prevenzione coinvolgono nell'intervento quando esso si attua all'interno del contesto scolastico o di comunità.

Non sono presenti studi che abbiano confrontato l'efficacia di programmi che coinvolgono altri attori, diversi per professionalità, genere, età, appartenenza etnica, in veste di facilitatori/conduttori dell'intervento. Vi sono tuttavia evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata a particolari abilità e attitudini dei facilitatori/conduttori e alla loro formazione (precedente o contestuale all'intervento).

Contesti

Dall'esame della letteratura risulta che la scuola è il principale contesto in cui vengono realizzati gli interventi di prevenzione dei rischi connessi alla sicurezza stradale, in quanto proprio nella scuola è possibile raggiungere la quasi totalità degli adolescenti. Sono documentati anche interventi che coinvolgono le famiglie e la comunità locale. Vi sono evidenze di efficacia degli interventi nei diversi contesti, tuttavia

per ottenere effetti determinanti e duraturi è importante che i comportamenti corretti vengano sostenuti e rinforzati nella famiglia e nella comunità, con la trasmissione di messaggi coerenti con quelli ricevuti a scuola. Per questa ragione si sottolinea la necessità di attuare interventi multilivello, che coinvolgano il gruppo dei pari, la famiglia e la comunità (Shults *et al.*, 2009).

Scuola

La maggioranza degli interventi di promozione della sicurezza stradale e in generale di prevenzione dei comportamenti a rischio viene attuata nel contesto scolastico, e l'educazione alla sicurezza stradale è diventata anche in Italia parte integrante dei curricula scolastici. Tuttavia dagli studi presenti nella letteratura internazionale non emerge una convincente evidenza che l'educazione stradale realizzata nel contesto scolastico riduca la percentuale di giovani guidatori coinvolti in incidenti stradali (Mayhew *et al.*, 2002; Wolley, 2000; Christie, 2001). Nel contesto anglosassone, dove la licenza di guida può essere conseguita prima dei 18 anni, i corsi seguiti a scuola spesso portano a un anticipo generalizzato della esperienza di guida per gli adolescenti. Secondo Wolley (2000), esiste un grado di prova molto ridotto a sostegno dell'efficacia dei corsi di educazione stradale a scuola: inoltre l'elevata percentuale di patentati di giovane età, laddove la patente può essere conseguita precocemente, causa una serie di problemi che annullano i benefici dell'educazione stradale a scuola. Alle stesse conclusioni giunge lo studio di Christie (2001), pubblicato in Australia: i corsi di educazione stradale a scuola contribuiscono in minima parte a ridurre il numero di incidenti e le violazioni di codice stradale, ma possono anzi aumentare l'esposizione al rischio dei giovani automobilisti. Nella stessa direzione vanno anche i risultati di due meta analisi condotte rispettivamente da Vernick (1999) e da Roberts *et al.* (2001), ricercatori del *Cochrane Injuries Group*; obiettivo principale di quest'ultimo lavoro era valutare l'efficacia dei programmi di educazione stradale sviluppati dal governo inglese e in particolare dall'Agenzia esecutiva del Dipartimento dell'Ambiente, dei Trasporti e della Regione responsabile degli esami di guida in ambito scolastico, per contrastare il problema degli incidenti stradali negli adolescenti. Entrambe le ricerche hanno analizzato studi randomizzati controllati che valutavano l'effetto dei corsi scolastici di educazione alla guida sul conseguimento della patente e sul coinvolgimento in incidenti stradali. Nessuno degli studi dimostra l'efficacia dei corsi di educazione alla guida nel ridurre i comportamenti a rischio e il tasso di incidenti in studenti di scuola secondaria di II grado. Al contrario, gli studi evidenziano che l'opportunità di ottenere la patente in giovane età grazie ai corsi di educazione alla guida aumenta la probabilità di coinvolgimento precoce in incidenti stradali (McCartt *et al.*, 2009). Harré *et al.* (1998) hanno effettuato uno studio il cui principale obiettivo era di determinare l'influenza di un programma di educazione alla guida sicura sui comportamenti e sugli atteggiamenti di studenti di scuola secondaria di II grado. L'intervento analizzato, per il quale non sono state verificate prove di efficacia, è consistito in una serie di 10 lezioni di un'ora ciascuna che riguardavano conoscenze, atteggiamenti e opinioni relative alla guida

sicura (percezione del rischio, impulsività, invulnerabilità, rispetto delle norme e dell'autorità). Le lezioni interattive enfatizzavano la scelta personale e il ruolo attivo degli studenti attraverso l'impiego di un'ampia varietà di tecniche quali la discussione e il gruppo di lavoro, e agli studenti è stata offerta la possibilità di mettere in pratica le abilità relative ai comportamenti sicuri attraverso il *role playing*. Secondo la revisione sistematica di Elder *et al.* (2004) che valuta tre tipologie di intervento (programmi informativi effettuati in contesto scolastico, programmi che coinvolgono i pari e campagne riguardanti norme sociali), non vi sono evidenze sull'efficacia di programmi effettuati a scuola che promuovono la guida sicura e sono insufficienti le prove di efficacia riguardanti programmi organizzati con il coinvolgimento di pari a causa dell'esiguo numero di studi disponibili. Risultano invece efficaci a breve termine le campagne svolte a scuola per promuovere l'utilizzo del casco (Royal *et al.*, 2005, Elder *et al.*, 2004). Non sembrano efficaci, secondo la revisione di Simons Morton *et al.* (2006), interventi che utilizzano materiali scritti quali lettere o manuali.

Famiglia

Simons Morton *et al.* (2006, 2008) si sono occupati di studiare, nella loro revisione, i diversi ruoli che i genitori hanno, rispetto al tema della guida, e hanno individuato i seguenti:

1. rappresentare un modello di guida sicura
2. permettere agli adolescenti di prendere la patente, decidere come e quando
3. controllare e misurare l'accesso ai veicoli
4. influenzare la scelta del veicolo
5. porre restrizioni alla guida e sanzionare le infrazioni
6. accompagnare e supervisionare i figli durante le prime esperienze di guida.

La letteratura indica che le principali decisioni che i genitori prendono in materia di promozione della guida sicura consistono nel ritardare il conseguimento della patente e imporre dei limiti alla guida (come guidare di notte o portare dei passeggeri) durante il primo periodo di conseguimento della patente (Ginsburg *et al.*, 2009). Naturalmente gli elementi che condizionano il rapporto fra famiglia e adolescente rispetto a mobilità e sicurezza includono i valori e le convinzioni dei genitori (Simons Morton *et al.*, 2008). I genitori devono essere consapevoli dell'importanza del loro ruolo in termini di guida sicura e dovrebbero anche essere avvertiti che alla loro guida pericolosa spesso corrispondono comportamenti di guida pericolosa da parte dei loro figli (Simons Morton *et al.*, 2008). Secondo il recente studio di Ginsburg *et al.* (2009) che ha l'obiettivo di esplorare la relazione fra lo stile dei genitori e i comportamenti di guida, quando esistono controllo e regole certe, o anche solo una presenza attiva da parte dei genitori che supportano i figli nella esperienza della guida, vi è un beneficio nei comportamenti di guida e sono

provati gli effetti protettivi. È dunque importante aumentare e migliorare la partecipazione attiva dei genitori nella prima fase di esperienza degli adolescenti con la guida e i mezzi a motore. Gli studi selezionati indicano che quando i genitori pongono limiti e regole certe nell'utilizzo dei mezzi a motore, gli adolescenti incorrono in meno incidenti e infrazioni del codice stradale. Dagli studi (Simons Morton *et al.*, 2006; Ruebenson, 2008) risulta anche che i limiti posti dai genitori tendono a scemare a 12 mesi dal conseguimento della patente e che le regole funzionano meglio se accompagnate dalla persuasione piuttosto che dall'imposizione.

I genitori dovrebbero anche conoscere meglio la natura dei rischi assunti dai figli. Di fronte all'uso dell'auto tendono infatti a porre in primo piano l'attenzione a dettagli quali permesso, destinazione, orario di ritorno a casa, e meno alle condizioni di pericolo della guida. I comportamenti rischiosi nella guida, come violazioni del codice della strada e incidenti, sono meno presenti quando i genitori pongono limitazioni ai figli (Beck *et al.*, 2005). Secondo i numerosi studi analizzati delle revisioni di Simons Morton *et al.* (2008) fra i quali ricordiamo Hartos *et al.* (2000), Haggerty *et al.* (2006); Hartos *et al.* (2004), gli adolescenti a cui i genitori impongono regole e limitazioni riguardo al trasporto di passeggeri e alla guida nelle ore notturne, affrontano un minor numero di rischi legati al comportamento di guida (Hartos *et al.*, 2001; Hartos *et al.*, 2002; MacCartt *et al.*, 2009; Simons-Morton *et al.*, 2006; Ginsburg *et al.*, 2009). Alcuni studi analizzati da Simons Morton *et al.* (2006) hanno mostrato che l'intervento dei genitori durante le prime esperienze di guida dei figli migliora la sicurezza delle condotte di guida degli adolescenti. La supervisione dei genitori nella prima fase di guida dei giovani è sollecitata soprattutto da linee guida americane; negli Stati Uniti diversi progetti mirano al coinvolgimento dei genitori, per esempio gli interventi citati da Ferguson *et al.* (2004) e Potvin *et al.* (1988) e il *Checkpoint Program* (Simons-Morton *et al.*, 2006; Goodwin *et al.*, 2004; Steenberger *et al.*, 2001). I programmi, attivi in molti contesti, che prevedono la patente graduata e che si sono dimostrati efficaci (Langley *et al.*, 1996; Shope *et al.*, 2003), prevedono l'attiva partecipazione dei genitori nell'accompagnamento alla guida (Mayhew *et al.*, 1999, Williams *et al.*, 2004). Esistono contrastanti evidenze sull'efficacia della guida "assistita" dai genitori: secondo lo studio di Simons Morton *et al.* (2008), non esistono sufficienti evidenze che la pratica di guida con la supervisione dei genitori sia associata a un ridotto numero di incidenti dopo il conseguimento della patente. Sia negli USA sia in Francia gli studi selezionati non sembrano confermare l'associazione fra l'assistenza dei genitori alla guida durante la fase di acquisizione della patente e la diminuzione di incidenti.

Altri studi mostrano invece il contrario, come per esempio gli studi svedesi di Gregersen *et al.* (2000) e Sagberg *et al.* (2005) e lo studio australiano di Ivers *et al.* (2006). Gli autori descrivono anche l'esistenza di ausili tecnologici, come telecamere a bordo o computers, che permettono ai genitori di controllare le abitudini di guida dei figli, ma questi provvedimenti non sono stati sufficientemente valutati (Lee, 2007).

Comunità

Gli interventi attuati a livello di comunità che hanno mostrato evidenze di efficacia anche a lungo termine, sono quelli che favoriscono appartenenza, partecipazione, responsabilità attraverso il coinvolgimento degli adolescenti stessi, di *peer leader*, delle famiglie e la comunicazione di contenuti e messaggi promossi dall'intervento nell'ambito della comunità. Gli interventi di comunità hanno un significativo impatto positivo sull'abuso di alcolici da parte dei giovani, ma possono anche avere un impatto su altri gruppi dentro la comunità stessa, amplificando l'effetto di promozione della sicurezza stradale (Foxcroft *et al.*, 2002; Shults *et al.*, 2009). Shults *et al.* (2009) descrive alcuni programmi multicomponente che prevedono azioni di *empowerment* della comunità e hanno dimostrato di essere efficaci. Ad esempio, il *Rhode Island Program* nato nel 1984, coinvolge figure definite "custodi" per favorire comportamenti salutari in relazione al consumo di bevande alcoliche fra i giovani, soprattutto minorenni. Fra primi "*gatekeeper*" formati per supportare i giovani furono scelti le forze dell'ordine e il personale dei locali che somministrano bevande alcoliche. Questi ultimi erano coinvolti in progetti di formazione, i cui obiettivi consistevano nel cambiamento delle modalità di somministrazione delle bevande alcoliche. La formazione era volta a coinvolgere gli operatori nelle seguenti azioni: proporre cibi solidi insieme alle bevande alcoliche per mitigarne gli effetti, rilevare i pericoli di abuso di alcol e rifiutare la somministrazione di bevande alcoliche in situazioni di potenziale pericolo per la salute, dissuadere i giovani in stato di ebbrezza dall'intenzione di guidare. La validità dei progetti è confermata, quando la formazione per il personale è ben condotta e supportata dalla partecipazione dei proprietari e gestori dei locali stessi. Il programma opera progressivamente per rendere la comunità informata, partecipe e responsabile, con ottimi risultati. I programmi descritti dalla revisione di Shults sono ben finanziati, per più anni; questo, secondo gli autori della metanalisi, costituisce un elemento di forza dei progetti, importante per il loro successo. Fra gli interventi di comunità, anche in Italia viene attuato in vari contesti il programma *Guidatore designato* che include diverse attività concomitanti:

- campagne indirizzate alla popolazione
- programmi di sensibilizzazione svolti con i gestori e operatori dei locali e dei ristoranti.

Il programma *Guidatore designato* incoraggia a individuare chi, nel gruppo di amici, rinuncia a consumare bevande alcoliche assumendosi la responsabilità della guida, prevedendo spesso incentivi a suo favore, come il dono di un biglietto o di una consumazione analcolica. Dalla revisione sistematica di Ditter *et al.* (2005), che però si riferisce a studi pubblicati prima del 2003, non risulta che il grado di prova di questo intervento sia sufficiente per determinarne l'efficacia. Inoltre, alcuni studi presi in considerazione da Ditter *et al.* (2005) hanno espresso preoccupazione riguardo al messaggio implicito contenuto nella campagna, che potrebbe essere interpretata come bere è accettabile, purché una persona del gruppo

non si metta alla guida di un'automobile , e potrebbero potenzialmente contribuire all'abuso di alcol invece di dissuadere. Queste obiezioni provengono da ricercatori anglosassoni e del nord-Europa, e si riferiscono probabilmente a contesti nei quali, secondo la teoria dei modelli ideal-tipici del bere elaborata da Room (1989), il consumo di bevande alcoliche è spesso legato al raggiungimento dell'intossicazione (modello cosiddetto asciutto che si contrappone al modello bagnato del contesto mediterraneo dove il bere è legato alla presenza quotidiana del vino durante i pasti e ai momenti di festa e di socialità).

Campagne sociali

Lund *et al.* (2004) hanno mostrato che le informazioni volte a prevenire gli incidenti stradali in generale (non focalizzate sui giovani) non risultano efficaci se attuate con un solo mezzo di diffusione; hanno invece effetti positivi se il messaggio è ripetuto, costruito specificamente partendo dalle caratteristiche dei destinatari e comunicato personalmente o attraverso una comunicazione a due vie in piccoli gruppi. Le campagne differiscono a seconda di dove sono promosse, dell'età dei ragazzi, dei metodi e risultano particolarmente efficaci le azioni che si svolgono nella comunità. Roberts *et al.* (2001) riportano prove di efficacia di campagne educative multicomponente, protratte nel tempo o regolarmente riproposte.

Servizi sociosanitari o servizi destinati agli adolescenti

Il *counseling* in un contesto clinico, effettuato da operatori sanitari opportunamente formati, è uno strumento promettente per migliorare la sicurezza stradale fra gli adolescenti. Risultano efficaci le attività intraprese dagli operatori sociosanitari per promuovere le leggi e i regolamenti finalizzati alla prevenzione di incidenti stradali e alle pratiche di guida sicura. Per esempio, i servizi sociosanitari che attuano attività di formazione e promozione della salute possono contribuire a un aumento significativo dell'utilizzo di cinture di sicurezza da parte di adolescenti di età compresa fra 14 e 16 anni. (Ozer *et al.*, 2001; D'Angelo *et al.*, 2008; Sommers *et al.*, 2008). Gli autori elencano i possibili contenuti di interventi che mirano alla promozione della sicurezza stradale e alla prevenzione degli interventi da parte degli operatori sociosanitari:

- far conoscere le leggi che disciplinano l'acquisizione, la sospensione e il ritiro della patente di guida;
- consigliare adolescenti e genitori sulla guida sicura;
- incoraggiare i genitori a stabilire accordi con i figli e a disciplinare l'utilizzo dei veicoli a motore e le modalità di guida volte ad aumentare la sicurezza stradale.

L'*American Academy of Pediatrics* ha sviluppato alcune linee guida che trattano la sicurezza nella guida e raccomandano ai pediatri di impegnarsi nell'offerta di *counseling* sui temi della sicurezza stradale e della guida sotto effetto di alcol, anche se l'impatto di questi interventi sui comportamenti degli adolescenti non è stato ancora sufficientemente studiato (American Academy of Pediatric, 2006; Gardner *et al.*,

2007; Ozer *et al.*, 2004). I pediatri e i medici di famiglia che si prendono cura della maggior parte degli adolescenti sono abituati a comunicare su temi quali attività fisica, abitudini alimentari, utilizzo di droghe e alcol e salute sessuale. Ottengono effetti positivi grazie alla loro esperienza e capacità comunicativa. I medici e gli operatori sociosanitari possono interpretare o reinterpretare i messaggi sulla salute veicolati dai mass media, spesso impropri o scorretti, in modo efficace per gli adolescenti e le loro famiglie. D'Angelo *et al.*, (2008) riferisce una scarsa applicazione di queste e di altre linee guida che raccomandano da parte dei medici interventi di *counseling* mirati a prevenire incidenti e promuovere la sicurezza stradale. Infatti gli studi selezionati da D'Angelo mostrano che questi interventi sono effettuati in modo scarso e irregolare con il coinvolgimento prevalente di medici di sesso femminile, giovani e laureati da poco. Anche Spirito *et al.* (2004) ha valutato positivamente un intervento di colloquio motivazionale breve, che si proponeva di:

- enfatizzare la responsabilità personale per il consumo di alcol
- discutere le motivazioni del bere e le possibili conseguenze negative
- valutare le situazioni di rischio legate all'abuso di alcol
- stabilire insieme obiettivi in relazione al consumo di alcol
- stabilire regole atte a raggiungere tali obiettivi.

Contenuti

Riduzione dei rischi e promozione dei comportamenti salutari

Le linee guida e le raccomandazioni sottolineano l'importanza di progettare interventi tenendo conto di alcune fondamentali regole:

1) formulare obiettivi di salute in riferimento a specifici rischi da prevenire. Gli obiettivi di un programma o intervento possono includere:

- riduzione degli incidenti stradali
- riduzioni di infortuni e decessi causati da incidenti stradali
- riduzione dell'incidenza di consumo di alcol e guida pericolosa

2) chiara specificazione dei comportamenti salutari che l'intervento intende promuovere al fine di ridurre i rischi per la salute, come per esempio:

- aumento di una cultura della consapevolezza dei rischi stradali;
- sviluppo di comportamenti stradali responsabili e prudenti, rispettosi della salute propria e altrui;
- cambiamento dei comportamenti a rischio legati alla guida, riduzione del consumo di alcol, della velocità, ecc.;

- aumento della compliance alle norme di sicurezza;
- utilizzo di dispositivi di sicurezza (casco, cinture di sicurezza);
- rispetto del codice della strada.

Occorre tenere conto che risultano più efficaci interventi di tipo comprensivo, rispetto a quelli basati esclusivamente sulla promozione o sulla dissuasione di un singolo comportamento.

Agire sugli antecedenti del comportamento

Conoscenze e informazioni corrette

Conoscenze esaurienti e informazioni corrette sui rischi legati alla guida costituiscono un elemento ineliminabile (anche se da solo non sufficiente a garantire la modificazione dei comportamenti e quindi l'efficacia dell'intervento) di tutti gli interventi nell'ambito della sicurezza stradale rivolti agli adolescenti.

In particolare, le conoscenze necessarie si focalizzano sui seguenti elementi:

- rischi e conseguenze di determinati comportamenti tenuti durante la guida: velocità, uso di bevande alcoliche o sostanze psicotrope, mancato rispetto del codice della strada;
- comportamenti che riducono o evitano il rischio: attivazione (attuazione) di comportamenti e metodi per prevenire gli incidenti e le loro conseguenze, corretto utilizzo di casco e cinture di sicurezza, riduzione della velocità, non utilizzo di musica e telefoni o altri elementi di disturbo alla concentrazione;
- conoscenze legate ai veicoli a motore e acquisizione di abilità nella guida.

Rischi percepiti

Gli adolescenti ricercano emozioni forti, situazioni ed esperienze nuove e questa ricerca di emozione spesso coincide con l'assunzione di rischi. Per questo gli interventi efficaci si focalizzano anche sul rischio di incorrere in un incidente stradale. Da un lato si fa riferimento ai rischi percepiti (probabilità di incorrere in un incidente stradale), dall'altro alla gravità delle conseguenze a breve e lungo termine (WHO, 2009).

Norme sociali

Gli adolescenti si conformano a regole sociali e comportamentali riferite alla guida e al consumo di bevande alcoliche. Tali norme riguardano sia il contesto socio-culturale e la comunità di appartenenza dei destinatari, sia in particolar modo il gruppo dei coetanei e degli amici, la cui influenza in termini di norme e pressione a conformarsi a esse è particolarmente elevata in adolescenza. Il condizionamento ambientale

(reale o percepito) è una delle più importanti e complesse questioni riguardanti i comportamenti alla guida. Durante la loro vita i giovani hanno sviluppato percezioni che alcuni comportamenti sono “normali” o che ci si aspetta da loro comportamenti che influenzano con forza la loro guida (Shope *et al.*, 2001; Shope, 2006; Bingham *et al.*, 2004). L'ambiente, le norme e le politiche istituzionali, i messaggi dei mass media, e in particolar modo il gruppo dei coetanei e degli amici influenzano in modo considerevole i comportamenti degli adolescenti. I media, le trasmissioni di intrattenimento e la pubblicità, promuovono la guida veloce, la prestazione di guida piuttosto che la guida sicura (Williams *et al.*, 2004), inoltre, i più giovani passano molto tempo a giocare con i video games, molti dei quali incoraggiano un comportamento aggressivo o le corse in auto, con possibili conseguenze sui comportamenti dei giovani giocatori quando si pongono alla guida (Shope, 2006). Molti autori riflettono sull'imperativo della velocità o del bere, e riflettono come la presenza o assenza di questi comportamenti possa divenire segno di inclusione e appartenenza o di esclusione: effettiva o almeno percepita. Lo studio *Escape* (Makinen *et al.*, 2003), evidenzia che molti comportamenti salutari tenuti durante la guida e il rispetto del codice della strada, non sono solo il risultato di una compliance volontaria o di una politica attiva, ma sono anche dovuti a una socializzazione riuscita. Guidare ubriachi è ora socialmente inaccettabile per la maggioranza dei giovani in molti paesi, ma non si può dire che sia inaccettabile in molti luoghi dell'Europa e del mondo. Ancora, guidare ad alta velocità un'automobile potente, oltre i limiti imposti dal codice della strada, non in tutti i paesi del mondo è socialmente inaccettabile, come sottolinea anche Senserrick (2006). I comportamenti a rischio in adolescenza, tra cui la guida pericolosa, che rappresenta una delle principali cause dell'incidentalità stradale, vengono visti dagli studiosi come condotte dotate di significato per l'individuo impegnato nella transizione all'età adulta e che svolgono precise funzioni, legate sia alla costruzione dell'identità, sia alla ridefinizione delle relazioni sociali (Bonino *et al.*, 2003). Per esempio, per la maggior parte dei giovani l'abuso di bevande alcoliche può essere legato alla fase di crescita che stanno attraversando, connotata dalla sperimentazione e dalla trasgressione o almeno dalla forzatura di limiti percepiti come imposti dagli adulti. Rivers *et al.*, citati da Small (2008) sostengono che la pressione dei pari è importantissima rispetto ai comportamenti degli adolescenti. Per molti adolescenti, i pari costituiscono le persone più importanti e influenti della vita e la prima fonte di norme di comportamento. Per questo è forte il rischio che i comportamenti ritenuti *cool* siano preferiti ai comportamenti sicuri (WHO, 2009; Kunsche, 2004). Ad esempio, di condizionamento sociale si occupa il recente studio qualitativo di Gemeni *et al.* (2009) sull'utilizzo del casco. Lo studio è svolto in Grecia, dove il motorino da 50 cc è molto popolare. A 16 anni si può avere la patente per il motorino e le conseguenze sugli incidenti sono molto gravi: il 20% dei morti per incidente si trovava a bordo di un motorino, circa 350 all'anno, e un terzo di questi ha un'età compresa tra 15 e 24 anni. Il casco è obbligatorio in Grecia fin dal 1977 con un rispetto della norma estremamente limitato, addirittura inferiore al 20% nell'area di Atene. L'80% dei ragazzi deceduti per incidente non indossava il casco. Le

interazioni sociali che emergono dallo studio sono molto significative, infatti i giovani individuano come ostacoli all'utilizzo del casco nell'ordine:

- scarsa percezione di efficacia
- pressione da parte dei pari
- mancanza di informazioni appropriate
- costo alto
- limitazioni alla vista e all'udito
- modelli di comportamento e atteggiamento dominanti.

Secondo gli autori, quando le norme sociali di bassa adesione alla sicurezza prevalgono, è necessario sviluppare interventi educativi mirati a modificare i comportamenti nella popolazione di riferimento. Gli interventi focalizzati sul ruolo delle norme sociali includono in particolare:

- riflessione sull'approvazione, le pressioni, l'influenza e il sostegno sociale percepito da parte di amici e coetanei;
- creazione di sostegno sociale per i comportamenti salutari, attraverso una modificazione delle norme all'interno del gruppo dei pari, anche attraverso il ricorso a *peer educator* e *peer leader*.

Abilità specifiche legate alla sicurezza stradale e all'attuazione di condotte salutari e percezione di efficacia (autoefficacia) in relazione a tali abilità

Condizione essenziale degli interventi efficaci è quella di consentire agli adolescenti di sviluppare specifiche abilità che consentano loro di evitare le condotte rischiose e mettere in atto quelle salutari; allo sviluppo di tali abilità si associa la promozione del senso di autoefficacia nell'esercitarle e nell'attuare i comportamenti salutari. Ad esempio, secondo le rassegne analizzate, interventi che risultano efficaci implementano attività atte a potenziare le abilità e le percezioni di efficacia relative a:

- percepire il pericolo rappresentato dalla velocità e dalle condotte pericolose;
- imparare a gestire le situazioni difficili legate a fenomeni atmosferici particolari o a particolari condizioni del traffico;
- saper resistere alle pressioni dei pari a consumare bevande alcoliche prima di mettersi alla guida.

È ritenuto inoltre importante per gli adolescenti:

- identificare le situazioni che possono più facilmente condurre all'attuazione di comportamenti rischiosi;
- elaborare strategie che permettono di evitare tali situazioni.

Fattori di rischio e di protezione non specifici: competenze vitali e problematiche evolutive tipiche dell'adolescenza

Oltre a trasmettere informazioni corrette in merito ai comportamenti di guida rischiosi o salutari, a far apprendere specifiche abilità e a sviluppare l'autoefficacia connessa a tali comportamenti, gli interventi efficaci possono mirare sia a potenziare competenze e fattori di protezione più generali (caratteristiche personali o di contesto che possono diminuire la probabilità di coinvolgimento nel rischio o moderare i fattori di rischio cui i soggetti sono esposti), sia a favorire la riflessione su problematiche psicosociali rilevanti nella vita degli adolescenti (definizione dell'identità e dei ruoli sociali, scelte scolastiche e di realizzazione personale). Fra i documenti esaminati non ci sono meta-analisi che evidenzino una maggiore efficacia degli interventi centrati su fattori di rischio specifici dei comportamenti oppure su particolari *life skills* o specifiche problematiche adolescenziali. Tuttavia, tenendo conto di studi più generali (Antonovsky, 1996; Bonino *et al.*, 2003), in relazione all'efficacia degli interventi di prevenzione universale dei comportamenti a rischio per la salute in adolescenza, gli interventi più efficaci anche a lungo termine includono il potenziamento sia di *skills* specifiche relative ai comportamenti a rischio (capacità di negoziare), sia di *life skills* più generali (es. capacità di *problem-solving*, abilità di *decision-making*, comunicazione efficace). La guida di mezzi a motore e la sicurezza stradale in generale assumono connotazioni peculiari durante il percorso di crescita dell'adolescenza. Gli adolescenti infatti sono spesso impulsivi, si percepiscono invulnerabili e sono portati ad assumere comportamenti pericolosi, come per esempio il mancato rispetto del codice stradale, l'eccessiva velocità e il mancato utilizzo di caschi e cinture (Williams *et al.*, 2004; Allen *et al.*, 2008). Anche il consumo e l'abuso di sostanze e bevande alcoliche risentono del particolare momento vissuto dai giovani, caratterizzato dall'orientamento alla sperimentazione e alla trasgressione o almeno alla forzatura di limiti percepiti come imposti dagli adulti. Inoltre, la gravità degli incidenti e delle lesioni conseguenti è spesso legata alla potenza delle auto e delle motociclette guidate, che si combina con l'incapacità di riconoscere i rischi e l'inesperienza nel gestire le situazioni che si presentano durante la guida.

I corsi tradizionali di educazione alla guida (teoria + pratica)

La maggioranza dei corsi di educazione alla guida sono rivolti a gruppi (dentro la scuola, nelle scuole guida o in altre agenzie dedicate) e prevedono una parte di formazione teorica cui i soggetti ricevono informazioni, raccomandazioni, incoraggiamenti e una parte di addestramento pratico che può

essere fornito da genitori supervisor o da altri formatori. I corsi tradizionali di questo tipo sono stati ampiamente valutati, con esito prevalentemente negativo; risulta infatti che contribuiscono ad aumentare le conoscenze degli adolescenti, ma non riescono a incidere sui comportamenti (Mayhew *et al.*, 2002). Di seguito sono riportati gli esiti di alcuni studi. Lo studio di Williams *et al.* (2004) evidenzia i pericoli dell'educazione alla guida sicura quando è legata al conseguimento della patente in giovanissima età. Ciò aumenta la mobilità indipendente, il che ha effetti positivi per gli adolescenti, ma precorrere i tempi porta a un aumento del numero di incidenti stradali. Come è sottolineato da Williams *et al.* (2004), i corsi di guida sicura sono generalmente di breve durata (per esempio, 30 ore in aula e 6 ore in auto) e nel tempo disponibile si possono insegnare solo le cose fondamentali e non è possibile insegnare le tecniche di guida sicura. Gli studi sono condotti soprattutto in contesti nei quali la frequentazione dei corsi presso la scuola guida è obbligatoria per accedere all'esame per il conseguimento della licenza di guida e i giovani dichiarano di ricevere questi interventi con l'unica motivazione di accedere il più presto possibile alla patente. Prevalgono, rispetto a questo addestramento breve, i condizionamenti che vengono dallo stile di guida dei genitori, dai coetanei, dalle norme sociali interiorizzate. Lo stile di vita tipico di molti adolescenti (il modo di vivere il rischio, la sensazione di invulnerabilità, l'im maturità) è fra i motivi che rende poco efficace questo tipo di interventi. Alle stesse conclusioni giungono diversi studi statunitensi che hanno valutato corsi di educazione alla guida (Levy, 1990; Lund, 1987). Anche la revisione di Roberts *et al.* (2001) ha esaminato gli effetti dell'educazione alla guida sul conseguimento della patente: tutti i *trials* esaminati valutano gli effetti dell'educazione alla guida sugli incidenti occorsi sulla strada, ma non vi sono evidenze che l'educazione alla guida riduca gli incidenti stradali. I tre *trials*, condotti ormai lontano nel tempo, hanno coinvolto 17.965 soggetti. Nel *trial* di Stock (1983), più studenti conseguono la patente rispetto al gruppo di controllo (87% vs 84,3%, RR 1.04; 95% CI 1.02 - 1.05). Il *trial* di Wynne-Jones (1984) riporta il conseguimento della patente, per il gruppo che ha frequentato un corso di educazione alla guida, in 111 giorni rispetto ai 300 giorni necessari per il gruppo di controllo, mentre servono 105 giorni alle femmine per conseguire la patente di guida rispetto ai 415 che sono necessari nel gruppo di controllo. Secondo l'autore la conoscenza dei veicoli e l'abilità nella guida, condizioni sufficienti per superare l'esame e ottenere la patente, non assicurano che gli adolescenti abbiano sviluppato quelle capacità complesse che sono fortemente collegate con la sicurezza e che possono essere sviluppate solamente attraverso l'esperienza di guida. Difficoltà nel gestire situazioni di guida sono state riscontrate anche diverso tempo dopo l'acquisizione della patente (Lee, 2006). Le ragioni dell'inefficacia di questi programmi, riportate dai vari autori, riguardano soprattutto le motivazioni che spingono i giovani a frequentare i corsi presso una autoscuola, che consistono essenzialmente nel prendere la patente. I loro comportamenti e le assunzioni di rischio, tipici della loro età, non sono condizionati dalle semplici conoscenze sui rischi, ed essi non sono motivati a conoscere le pratiche sicure. Risulta dunque fondamentale l'esperienza che deve essere acquisita in modo sicuro, con l'aiuto

di adulti e genitori che possono supervisionare le prime esperienze di guida (Simons Morton *et al.*, 2006; Shope, 2006; Simons Morton *et al.*, 2008). A questo proposito è interessante lo studio di Mayhew *et al.* (2002) che propone un elenco di indicazioni utili per la realizzazione di programmi di educazione e prevenzione più efficaci: soprattutto il contenuto dei programmi dovrebbe essere focalizzato sulle abilità associate agli incidenti stradali. Le strategie e i metodi utilizzati dovrebbero inoltre rendere i neopatentati consapevoli dei loro limiti, contrastando il problema dell'eccessiva fiducia nelle proprie capacità. Inoltre, i programmi dovrebbero tener conto delle differenze individuali, dell'importanza della supervisione durante la guida e del coinvolgimento degli adulti.

Programmi destinati a ragazzi che hanno avuto incidenti o hanno commesso infrazioni del codice della strada

Poiché gli errori nella guida sono una causa frequente di incidenti, la revisione sistematica Cochrane di Ker *et al.* (2003) ha analizzato l'efficacia dei programmi realizzati in seguito al conseguimento della licenza di guida volti a migliorare la performance di guida e la sicurezza di coloro che hanno commesso gravi infrazioni o sono incorsi in incidenti. Fra questi, il programma *Road Safety Strategy*, realizzato dal governo del Regno Unito con diversi obiettivi:

1. promuovere l'educazione alla guida per la fase successiva al conseguimento della patente
2. fornire addestramento per autisti professionisti
3. educare alla guida persone che hanno commesso gravi infrazioni del codice della strada.

Gli interventi prevedono il passaggio di informazione attraverso un manuale oppure attraverso una formazione di gruppo o individuale. Secondo l'analisi svolta da Ker *et al.* (2003), vi sono forti evidenze che l'educazione avanzata alla guida o i programmi rieducativi non riducano le infrazioni alle regole di sicurezza stradale, gli incidenti stradali e le lesioni procurate nel corso di incidenti. L'analisi è basata su 21 studi, e riguarda 309.624 partecipanti, dunque i dati rilevati possono ritenersi assolutamente significativi. Anche Small (2008) analizza i programmi rivolti agli adolescenti coinvolti in incidenti stradali o gravi infrazioni delle norme sul traffico, attuati in Missouri, Virginia, e Ontario. Gli interventi svolti in Missouri, per esempio, includono visite in pronto soccorso dove transitano frequentemente vittime di gravi incidenti, colloqui con persone sopravvissute a incidenti, *role playing*. I programmi canadesi prevedono anche colloqui con infermieri e personale sanitario sulle conseguenze degli incidenti. Secondo Small (2008) le prove di efficacia a breve termine di questi programmi sono contrastanti: alcune valutazioni a breve termine notano risultati positivi, ma non esistono ancora prove sufficienti per valutare in modo adeguato i programmi a medio e lungo termine.

Diverse revisioni della letteratura, che hanno valutato programmi di educazione stradale volti a migliorare la performance dei giovani nella guida, giungono alle medesime conclusioni: non vi sono evidenze che

l'addestramento alla guida (la simulazione e sperimentazione di situazioni limite e la ricerca del controllo nelle situazioni estreme) riduca gli incidenti stradali fra i giovani, a breve e lungo termine (Williams *et al.*, 2004). I corsi di questo genere sono divenuti molto popolari, soprattutto negli Stati Uniti come una modalità per integrare la tradizionale formazione alla guida. Di solito sono tenuti da membri delle forze dell'ordine, da volontari o da personale delle scuole guida utilizzando piste appositamente costruite. Secondo due studi, uno effettuato negli Stati Uniti e uno in Norvegia, i ragazzi che hanno ricevuto questo addestramento hanno mostrato di essere più a rischio di incidente rispetto a coloro che non lo hanno ricevuto. Infatti, secondo gli studi individuati, questi corsi portano i ragazzi ad avere eccessiva confidenza nella loro abilità di guida. In ogni caso, Williams *et al.* (2004) sottolinea come questo sia un esempio di abilità apprese attraverso l'educazione stradale che interagiscono con l'ambiente e lo stile di vita tipico degli adolescenti e possono produrre risultati non voluti. L'evidenza che i corsi di guida pratica portano ad aumentare il numero di incidenti è confermata dalla revisione di Christie (2001) che ha selezionato studi effettuati in Australia, Nuova Zelanda, Nord America, Scandinavia. La revisione di Christie sostiene che tutti i corsi di guida che mirano a potenziare il controllo dell'auto e le abilità di guida, somministrati prima della patente aumentano l'esposizione agli incidenti stradali. Confermano queste conclusioni gli studi di Engstrom *et al.* (2003).

Interventi destinati ai genitori

Lo stile di guida dei genitori ha una forte influenza sui figli e rappresenta per loro un esempio. Dalla nascita, la maggior parte degli adolescenti sono passeggeri nell'automobile dei loro genitori e le loro percezioni riguardo alla guida si sono formate anche grazie a questa esperienza. Esiste addirittura una associazione fra lo stile di guida dei genitori e la probabilità che i figli incorrano in incidenti stradali (Ginsburg *et al.*, 2009). Gli interventi di prevenzione del rischio connesso alla sicurezza stradale che coinvolgono i genitori cercano di modificare alcuni aspetti del funzionamento familiare e della relazione genitori-figli che sono emersi dalla letteratura come fattori di rischio. Inoltre, incoraggiano i genitori a stabilire delle regole sull'utilizzo dei mezzi a motore, ad assistere il primo periodo di guida dei figli e, soprattutto, a costruire una comunicazione più aperta ed efficace. Quando le regole e il controllo sulla guida sono supportati dai genitori, i benefici sono amplificati e aumentano le componenti protettive di ogni progetto (Mayhew *et al.*, 2002; Shope, 2006; Ginsburg *et al.*, 2009).

In particolari gli interventi rivolti ai genitori si sono focalizzati sui seguenti aspetti:

- fornire informazioni corrette sui rischi;
- aiutare i genitori a tenere sotto controllo le attività dei figli e a stabilire regole riguardanti la guida di veicoli;
- consentire ai genitori di migliorare le proprie capacità di mantenere una comunicazione aperta con i figli.

La revisione di Foxcroft *et al.* (2002) ha utilizzato la metodologia Cochrane per identificare e valutare sul lungo periodo interventi educativi dotati di un solido impianto di valutazione e orientati alla prevenzione dell'abuso di bevande alcoliche fra i giovani. Sono stati identificati 56 studi: 41 studi randomizzati controllati, 14 studi clinici controllati e 1 *interrupted time series* che includevano circa 77.644 ragazzi. Gli interventi di breve periodo (1 anno) erano 43, fra i quali solo quindici studi avevano risultati positivi solo per alcuni degli esiti valutati e 4 studi avevano come effetto l'aumento dei comportamenti a rischio. 12 interventi di medio periodo (1-3 anni) mostravano una parziale efficacia; mentre 2 studi osservavano un aumento dei comportamenti a rischio in seguito all'intervento. Sul lungo periodo infine, superiore ai tre anni, gli interventi valutati ottenevano esiti positivi (evidenza di efficacia) nel 50% dei casi (4 su 8). Secondo lo studio di Foxcroft, offre particolari prove di efficacia lo *Strengthening Families Programme* (SFP), nato negli Stati Uniti. Si tratta di un programma di prevenzione universale e multicomponente, focalizzato sulla famiglia. Descritto e valutato da Spoth *et al.* (2001), è stato realizzato per prevenire l'abuso di bevande alcoliche e di sostanze. Si tratta di un programma che coinvolge i genitori e le famiglie, permettendo loro di acquisire conoscenze e capacità anche attraverso la socializzazione. Il programma si basa su un modello psico-sociale le cui componenti sono:

- acquisizione di competenze comunicative
- rispetto delle regole
- gestione delle emozioni.

Tale programma fornisce supporto alle famiglie con bambini dai 6 ai 14 anni di età. È nato come intervento per aiutare i genitori che abusavano di droghe a migliorare le loro abilità genitoriali e a ridurre il rischio di comportamenti problematici nei loro figli. È costituito da tre parti: un intervento di potenziamento delle abilità per i genitori, uno di potenziamento delle abilità dei figli e uno di potenziamento delle abilità familiari. In ognuna delle sessioni a cadenza settimanale, i genitori e i figli partecipano a gruppi separati durante la prima ora. Durante la seconda, genitori e figli svolgono attività insieme. I promotori del programma sottolineano l'importanza di garantire, attraverso il lavoro di gruppo, un supporto reciproco fra genitori tramite la discussione e il confronto di esperienze e problematiche che essi incontrano nella relazione con i figli adolescenti. La partecipazione agli incontri è favorita attraverso la fornitura di servizi di *baby-sitting*, trasporto e piccoli incentivi. Questo approccio è stato valutato in diversi contesti socioculturali. I risultati principali rilevati sono:

- riduzione
 - dei conflitti genitori-figli
 - dei comportamenti problematici e a rischio nei figli

- miglioramento
 - delle abilità sociali nei figli
 - delle abilità genitoriali
 - della comunicazione genitori-figli
 - del clima familiare.

Lo SFP deve essere valutato su larga scala e in differenti *setting* testarne l'efficacia (Foxcroft *et al.*, 2002).

La patente graduata

Il sistema della “patente graduata” ha mostrato di influenzare positivamente i comportamenti degli adolescenti laddove è stato applicato (Williams, 2007; Hartling *et al.*, 2004). Attraverso il sistema della patente graduata i neopatentati possono acquisire conoscenze, abilità, attitudini ed esperienza in una condizione di rischio limitato. Si tratta di un intervento multilivello molto variabile a seconda delle scelte di implementazione, ossia norme molto restrittive in taluni casi e poco restrittive in altri, che si propone di incidere su due determinanti spesso presenti negli adolescenti: la percezione del rischio condizionata dall'inesperienza e l'assunzione del rischio. Tali interventi prevedono uno o più dei seguenti provvedimenti:

- rilascio ritardato di una patente valida a tutti gli effetti
- periodi di guida pratica sotto la supervisione di un adulto
- restrizioni alla guida durante le ore notturne
- restrizioni al livello di alcol nel sangue
- restrizioni al trasporto di passeggeri.

La patente graduata prevede un tempo più lungo per acquisire la licenza di guida e secondo gli studi analizzati questo è positivo per la sicurezza stradale (Williams, 2007). Limitare l'esperienza di guida nelle situazioni di maggiore rischio sembra essere una contromisura promettente per ridurre gli incidenti negli adolescenti neopatentati. I programmi di patente graduata sono implementati negli Stati Uniti, in Canada, in Australia e Nuova Zelanda. Studi condotti in tutti questi paesi hanno indicato che la patente graduata riduce in maniera apprezzabile gli incidenti e le lesioni, aumenta le ore di guida con la supervisione di adulti, e produce cambiamenti significativi nei comportamenti e negli atteggiamenti degli adolescenti. In particolare, si è osservato un calo significativo della tendenza degli adolescenti patentati a guidare dopo aver bevuto o a salire in macchina con amici che hanno abusato di bevande alcoliche. Altri studi hanno confermato i benefici prodotti dalla patente graduata, evidenziando una riduzione di tutti gli incidenti, delle lesioni e degli incidenti mortali che coinvolgono i ragazzi di 16 anni (Fildes *et al.*, 2002; Begg

et al., 2003). Un recente studio di Campbell et al. (2009) sottolinea tuttavia lo scarso supporto dei genitori alle norme che regolano la patente graduata, che prevede un onere di presenza e supervisione da parte dei genitori stessi. Gli autori dello studio sottolineano la necessità di sostenere l'istituzione della patente graduata con interventi di motivazione per i genitori in accordo con Williams (2007) e Ruebenson (2008).

Metodologia

Modelli teorici

Le revisioni sistematiche prese in considerazione mettono in luce che una caratteristica comune e imprescindibile degli interventi di prevenzione efficaci è la presenza di un preciso modello teorico di riferimento che definisca quali sono i fattori di rischio e i fattori di protezione ritenuti fondamentali e su quali di essi l'intervento può agire, specificando in quali modi agire per modificare il comportamento stesso. Avere una teoria di riferimento e implementarla attraverso un intervento ben progettato è molto importante. Occorre aggiungere che, per tenere conto di più determinanti del comportamento, un buon numero di programmi di intervento esaminati fa riferimento a più di un modello teorico. Per una rassegna sintetica dei modelli di cambiamento e delle principali teorie di riferimento, è possibile fare riferimento alla revisione sul tema della Salute Sessuale, precedentemente descritta.

Metodologie: approccio curricolare, peer education, life skills promotion

Alcuni interventi condotti nel contesto scolastico utilizzano un approccio definito di tipo curricolare, in cui il programma di intervento viene considerato parte integrante del curriculum scolastico. In alcuni casi gli interventi impiegano *peer leader* o sono basati sulla *peer education*. Il coinvolgimento dei pari è ritenuto di fondamentale importanza quando si vuole modificare il sostegno sociale verso i comportamenti salutari. Al fine di prevenire le condotte rischiose alla guida è possibile agire in modo indiretto e mediato, potenziando i fattori di protezione, vale a dire quelle caratteristiche personali o contestuali che possono diminuire la probabilità di coinvolgimento nel rischio o moderare i fattori di rischio cui i soggetti sono esposti. Mentre fra i fattori contestuali risulta centrale agire sul modello di comportamento dei pari, un ruolo fondamentale rivestono fra i fattori individuali le *life skills* collegate alla salute, in particolare la capacità di prendere decisioni in modo autonomo (*decision making*) e l'autoefficacia regolatoria.

Programmi multicomponente

La rassegna sistematica di Shults et al. (2009), condotta attraverso il metodo della *Community Guide*, riguarda il contesto americano, sia in grandi città che in piccoli centri, e ha inteso determinare l'efficacia e l'economicità di programmi multicomponente che prevedono il coinvolgimento della comunità per ridurre

la guida sotto effetto di alcol. I programmi multicomponente includono generalmente una combinazione di iniziative di controllo e proibizione per limitare l'accesso all'alcol in particolare fra i giovani (formazione per gli operatori dei locali, controlli da parte delle forze dell'ordine), ma prevedono anche un processo di *empowerment* della comunità, programmi educativi e il contributo dei media. Nella rassegna di Shults due studi hanno esaminato gli incidenti mortali e riportano una diminuzione del 9% e del 42%; uno studio ha esaminato gli incidenti con ferite e ha riportato una diminuzione del 10%, un altro studio ha esaminato gli incidenti fra i giovani guidatori fra 16 e 20 anni e ha riportato una diminuzione del 45%; ancora un altro studio ha esaminato gli incidenti di adolescenti maschi durante i *weekend* e non ha riportato cambiamenti. Il sesto studio ha esaminato incidenti con lesioni fra ragazzi minorenni e ha individuato piccole riduzioni.

Gli studi selezionati e descritti dalla revisione di Shults *et al.* (2001) riportano dunque forti evidenze dell'efficacia dei programmi di prevenzione che comprendono diversi approcci educativi e coinvolgono genitori e insegnanti, integrando la dimensione comunitaria e risultano complessivamente positivi anche a una analisi economica costi-benefici. Altre revisioni, come ad esempio la revisione sistematica realizzata dal Progetto Apollo (2006) e la revisione di Elder *et al.* (2005) e Royal *et al.* (2005) confermano l'efficacia di programmi multicomponente.

Interventi che prevedono una partecipazione attiva dei destinatari

Le principali linee guida raccomandano, a chi promuove e progetta interventi, di favorire processi di partecipazione creando le condizioni perché fra adulti e adolescenti, si apra la comunicazione sui temi dell'identità, del senso, del rischio, della salute, delle relazioni.

Simulazioni di incidenti stradali

Molti programmi incoraggiano un apprendimento attivo e includono *role-play*, discussioni e varie situazioni che contribuiscono a rendere più reali per gli adolescenti certe situazioni di rischio. Alcuni di questi programmi, per i quali non sono presenti evidenti prove di efficacia, sono consueti soprattutto negli Stati Uniti e simulano situazioni di incidente o di pronto soccorso che hanno gli adolescenti come protagonisti. Lo studio di Fisher *et al.* (2006) ha indagato l'efficacia di programmi di prevenzione per neopatentati e registra prove di efficacia a favore della simulazione di guida attraverso il computer.

Campagne di mass media

Gli interventi basati sui mass media consistono nella diffusione di messaggi attraverso televisione, radio, Internet, stampa, affissioni e materiali informativi. Le campagne, è dimostrato in vari ambiti della promozione della salute, non sono in grado da sole di modificare la percezione di norme o i comportamenti. Gli studi analizzati suggeriscono che le campagne per la promozione della sicurezza stradale possono

essere efficaci se accompagnano programmi multicomponenti, influenzando conoscenze e attitudini. La revisione sistematica di Elder *et al.* (2004) include sei studi, tutti realizzati negli Stati Uniti, di valutazione di campagne volte a ridurre la guida dopo il consumo di bevande alcoliche. Le campagne risultano efficaci se sono progettate con cura, bene eseguite, rivolte a *target* chiaramente definiti e soprattutto se sono parte di una strategia multicomponente, cioè implementate in sinergia con altri interventi preventivi, come la legislazione su alcol e guida e l'aumento dell'età minima per acquistare bevande alcoliche. La revisione di Royal *et al.* (2005) mostra l'efficacia di campagne volte alla promozione dell'uso del casco, quando il contesto è quello comunitario, se si integrano con interventi educativi. Ad esempio, le campagne più efficaci rivolte a bambini e preadolescenti prevedevano il dono del caschetto per la bicicletta ai ragazzi dopo un intervento informativo ed educativo, rivolto al gruppo. L'Unione Europea ha promosso il progetto CAST, *Campaigns and Awareness-Raising Strategies in Traffic Safety*, che si propone di supportare la progettazione, l'implementazione e la valutazione di campagne di mass media a partire dalle buone pratiche e dalle evidenze di efficacia. Il progetto ha anche portato alla realizzazione di una campagna pan-europea e di un manuale. Nel manuale si raccomandano l'integrazione di programmi e la realizzazione di azioni combinate di carattere educativo, legislativo e di *enforcement*, l'accurata progettazione del contenuto del messaggio e una scelta attenta dei canali di comunicazione, a partire dalla analisi delle caratteristiche dei destinatari.

Messaggi terroristici

Fra le comunicazioni persuasive sono state utilizzate ampiamente le comunicazioni tramite *fear appeal*, con la convinzione che mostrare le conseguenze negative del comportamento a rischio possa condurre più probabilmente i destinatari del messaggio a un cambiamento dei loro atteggiamenti e dei loro comportamenti alla guida. La revisione non sistematica di Cedri *et al.* (2008) si focalizza sugli effetti dei messaggi intimidatori per la prevenzione degli incidenti stradali. Fra gli studi esaminati da Cedri *et al.* (2008), il lavoro di Barth *et al.* (2000) conclude che esistono molteplici situazioni in cui questi messaggi possono funzionare o meno, a causa delle numerose variabili che si presentano di volta in volta, relative sia all'emittente del messaggio, sia al destinatario, sia al messaggio stesso, sia all'argomento presentato. Riguardo agli effetti dei messaggi, Cedri *et al.* (2008) avvertono che gli stati d'animo suscitati da tali tipi di messaggio non sono esclusivamente quelli relativi alla paura (quali timore, spavento, paura, terrore), ma anche altri, che potrebbero non essere previsti al momento dell'elaborazione del messaggio, quali l'ansia, la depressione, il senso di colpa; potrebbero essere proprio questi altri stati d'animo, insieme con la paura, a causare il cosiddetto "effetto *boomerang*", cioè repulsione, desiderio di sottrarsi all'esposizione a tali messaggi, passività nei confronti del tema considerato. Mentre la maggior parte dei lavori considerati dimostra un effetto positivo in relazione agli atteggiamenti dichiarati, non esistono sufficienti prove di efficacia sulla possibilità, per questi

programmi, di agire sui comportamenti salutari. Le reazioni ai messaggi sopra evidenziate suggeriscono invece estrema cautela per non provocare effetti avversi.

Durata

Gli interventi curricolari condotti nel contesto scolastico che hanno fatto riscontrare un'efficacia a lungo termine presentano, secondo l'analisi di Elder *et al.* (2004), le seguenti caratteristiche: la durata dell'intervento è di almeno 10 incontri o prevede sessioni di rinforzo. La revisione di Shults *et al.* (2009) ha valutato programmi multicomponente che coinvolgono l'intera comunità: gli autori della revisione sottolineano che i progetti più efficaci sono ben finanziati per più anni, e che queste caratteristiche sono molto importanti per la loro riuscita.

BIBLIOGRAFIA

Allen, J. P. *et al.* (2008). Adolescents, peers, and motor vehicles: the perfect storm? *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (3): 289-293.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1): 11-18.

Barth, J. *et al.* (2000). *Prevention through fear? The state of fear appeal research*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Beck, K. H. *et al.* (2005). Parent-teen disagreement of parent-imposed restrictions on teen driving after one month of licensure: is discordance related to risky teen driving? *Preventive Science*, 26: 1-9.

Begg, D *et al.* (2003). Graduated driver licensing: the New Zealand experience. *Journal of Safety Research*, 34 (1): 99-105.

Berg, H. Y. (2006). Reducing crashes and injuries among young drivers: what kind of prevention should be focusing on? *Injury Prevention*, 12 (1): 15-18.

Bingham, C. R. *et al.* (2004). Adolescent developmental antecedents of risky driving among young adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65 (1): 84-94.

Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.

Campbell, B. T. *et al.* (2009). Does knowledge of teen driving risks and awareness of current law translate into support for stronger gdl provisions? Lessons learned from one state' traffic injury prevention. *Traffic Injury Prevention*, 10 (4): 320.

Costa, G. *et al.* (2004). Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione*, 28 (3): 1-162.

D'Angelo, L. J. *et al.* (2008). From the exam room to behind the wheel can healthcare providers affect automobile morbidity and mortality in teens? *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (3): 304.

Ferguson, S. A. *et al.* (2004). Project: a program to increase parental involvement. *Traffic Injury Prevention*, 5: 356-361.

Fildes, B *et al.* (2002). Graduated licensing programmes and young-driver crashes. *Lancet*. 359 (9308): 725-726.

- Fisher, D. L. *et al.* (2006). Can novice drivers be trained to scan for information that will reduce their likelihood of a crash? *Injury Prevention*, 12 (1): 25-29.
- Gardner, H. G. *et al.* (2007). Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics*, 119 (1): 202-206.
- Germeni, E. *et al.* (2009). Understanding reasons for non-compliance in motorcycle helmet use among adolescents in Greece. *Injury Prevention*, 15 (1): 19-23.
- Gillan, J. S. (2006). Legislative advocacy is key to addressing teen driving deaths. *Injury Prevention*, 12 (1): 44-48.
- Ginsburg, K. R. *et al.* (2009). Associations between parenting styles and teen driving, safety-related behaviours and attitudes. *Pediatrics*, 124 (4): 1040-1051.
- Goodwin, A. H. *et al.* (2004). Graduated driver licensing restrictions: awareness, compliance, and enforcement in North Carolina. *Journal of Safety Research*, 35 (4): 367-374.
- Gregersen, N. P. *et al.* (2000). Sixteen years age limit for learner drivers in Sweden: an evaluation of safety effects. *Accident Analysis and Prevention*, 32: 25-35.
- Harré, N. *et al.* (1998). Safe driving education programs at school: lessons from New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22 (4): 447-450.
- Haggerty, K. P. *et al.* (2006). Raising healthy children: examining the impact of promoting healthy driving behavior within a social development intervention. *Preventive Science*, 7: 257-267.
- Hartos, J. L. *et al.* (2000). Can I take the car? Relations among parenting practices and adolescent problem-driving practices. *Journal of Adolescent Research*, 15 (3): 352-367.
- Hartos, J. L. *et al.* (2001). Do parent-imposed delayed licensure and restricted driving reduce risky driving behaviors among newly licensed teens? *Preventive Science*, 2: 113-122.
- Hartos, J. L. *et al.* (2002). Parenting practices and adolescent risky driving: a three-month prospective study. *Health Education and Behaviour*, 29: 194-206.
- Hartos, J. L. *et al.* (2004). An in-depth look at parent-imposed driving rules: their strengths and weaknesses. *Journal of Safety Research*, 35: 547-555.
- Ivers, R. Q. *et al.* (2006). *Supervised driving experience in learner drivers—the drive study*. Proceedings of the 20th World Congress of the International Traffic Medicine Association, Melbourne: Australia.
- Juarez, P. *et al.* (2006). A conceptual framework for reducing risky teen driving behaviors and associated adverse outcomes. *Injury Prevention*, 12 (1): 49-53.

- Langley, J. D. *et al.* (1996). An evaluation of the New Zealand graduated driver licensing system. *Accident Analysis and Prevention*, 28 (2): 139-146.
- Lee, S. E. (2006). Eyeglance behavior of novice teen and experienced adult drivers. *Transportation Research Record, Journal of the Transportation Research Board*, 1980: 57-64.
- Lee, J. D. (2007). Technology and teen drivers. *Journal of Safety Research*, 38 (2): 203-213.
- Levy, D. T. (1990). Youth and traffic safety: the effects of driving age, experience, and education. *Accident Analysis and Prevention*, 22 (4): 327-334.
- Lund, A. K. *et al.* (1987). Licensing decisions of teenagers. *Alcohol Drugs and Driving*, 3 (3-4): 93-107.
- Makinen, T. *et al.* (2003). *Traffic enforcement in Europe: effects, measures, needs and future*. Final report of the ESCAPE consortium. Report to The European Commission.
http://ec.europa.eu/transport/roadsafety_library/publications/escape_final_report.pdf
www.vtt.fi/rte/projects/escape/escape_d10.pdf (accessed March 2006)
- Mayhew, D. R. *et al.* (1999). Graduated licensing in Ontario: a survey of parents. *Journal of Traffic Medicine*, 27 (3-4): 71-80.
- Mayhew, D. R. *et al.* (2002). The safety value of driver education and training. *Injury Prevention*, 8 (2): 3-8.
- McCartt, A. T. *et al.* (2009). Effects of age and experience on young driver crashes: review of recent literature. *Traffic Injury Prevention*, 10 (3): 209-219.
- Ozer, E. M. *et al.* (2001). Can it be done? Implementing adolescent clinical preventive services. *Health Services Research*, 36 (6, 2): 150-165.
- Ozer, E. *et al.* (2004). Does screening and counseling adolescents influence their behavior? *Pediatric Research*, 55 (4, 2): 2-.
- Potvin, L. *et al.* (1988). Mandatory driver training and road safety: the Quebec experience. *American Journal of Public Health*, 78: 1206-1209.
- Room, R. (1989). *Responses to alcohol in an international perspective: characterizing and explaining cultural wetness and dryness*. La ricerca Italiana sulle bevande alcoliche nel confronto internazionale, Santo Stefano Belbo, Italia, 22-23 Settembre 1989.
- Ruebenson, G. E. (2008). Accelerating a community response to safe teen driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (3): 334-335.
- Sagberg, F. *et al.* (2005). Effects of lowering the age limit for driver training. In G. Underwood (ed.), *Traffic and transport psychology: theory and application*. Amsterdam: Elsevier Science, 171-178.

- Senserrick, T. M. (2006). Reducing young driver road trauma: guidance and optimism for the future. *Injury Prevention*, 12 (1): 56-60.
- Shope, J. T. *et al.* (2001). Adolescent antecedents of highrisk driving behavior in young adulthood: substance use and parental influences. *Accident and Analysis Prevention*, 33: 649-658.
- Shope, J. T. *et al.* (2003). Graduated driver licensing in the United States: evaluation results from the early programs. *Journal of Safety Research*, 34: 63–69.
- Shope, J. T. (2006). Influences on youthful driving behavior and their potential for guiding interventions to reduce crashes. *Injury Prevention*, 12 (1): 9-14.
- Simons-Morton, B. G. *et al.* (2006). The effect on teen driving outcomes of the Checkpoints Program in a statewide trial. *Accident Analysis Prevention*, 38: 907-912.
- Sommers, M. S. *et al.* (2008). A model for preventing serious traffic injury in teens or “Keep those teenagers out of our ICU!”. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27 (4): 143-151.
- Spirito, A. *et al.* (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145: 396-402.
- Spoth, R. L. *et al.* (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4): 627-642.
- Steenbergen, L. C. *et al.* (2001). Kentucky’s graduated driver licensing program for young drivers: barriers to effective local implementation. *Injury Prevention*, 7: 286-292.
- Stock, J. R. (1983). *Evaluation of safe performance secondary school driver education curriculum demonstration project*. Final Report. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.
- Vernick, J. S (1999). Effects of high school driver education on motor vehicle crashes, violation, and licensure. *American Journal of Preventive Medicine*, 16 (1): 40-46.
- Williams, A. F. *et al.* (2004). Driver education renaissance? Why we need evidence based highway safety policy. *Injury Prevention*, 10: 4-7.
- Williams, A. F. (2007). Contribution of the components of graduated licensing to crash reductions. *Journal of Safety Research*, 38 (2): 177-184.
- Wynne-Jones, J. D. (1984). *Driver Training Evaluation*. Traffic Research Report N. 33. Ministry of Transport, Road Transport Division, Wellington, New Zealand 1984.

Rassegne sistematiche

Cedri, S. *et al.* (2008). *Sicurezza stradale: gli effetti della comunicazione intimidatoria sulla prevenzione degli incidenti*. Rapporto ISTISAN 08/33. Roma: Istituto Superiore di Sanità.

Christie, R. (2001). *The effectiveness of driver training as a road safety measure: a review of the literature*. Victoria, Australia: Royal Automobile Club of Victoria Ltd.

Ditter, S. M. *et al.* (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (5): 280-287.

Elder, R. W. *et al.* (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (1): 57-65.

Elder, R. W. *et al.* (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (5, 1): 288-304.

Engstrom, I. *et al.* (2003). *Young novice drivers, driving education and training: literature review*. Linkoping, Sweden: Swedish National Road and Transport Research Institute.

Foxcroft, D. *et al.* (2002). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Hartling, L. *et al.* (2004). Graduated driver licensing for reducing motor vehicle traffic crashes among young drivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Ker, K. *et al.* (2003). Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Kuntsche, E. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59: 113-127.

Progetto Apollo (2006). *Systematic literature review of good practices for four injury priorities: alcohol – related injuries, road traffic injuries, occupational injuries and drowning*. http://www.euroipn.org/apollo/documents/Good%20Practices_SLR.pdf

Roberts, I. *et al.* (2001). School-based driver education for the prevention of traffic crashes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Royal, S. *et al.* (2005). Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Shults, *et al.* (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (4): 66-88.

Shults, R. A *et al.* (2009). Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (4): 360-371.

Small, K. (2008). Interventions to prevent adolescent motor vehicle crashes: a literature review. *Orthopaedic Nursing*, 27 (5): 283-290.

Towner, E. *et al.* (2002). Community-based childhood injury prevention interventions: what works? *Health Promotion International*. 17 (3): 273-284

Woolley, J. (2000). *In-car driver training at high schools: a literature review*. Walkerville, South Australia: Safety Strategy, Transport SA.

Linee guida e raccomandazioni

American Academy of Pediatrics (2006). The teen driver. *Pediatrics*, 118: 2570-2581.

Global Road Safety Partnership (2007). *Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Geneva, 2007.

WHO (2009). Guide to Community Preventive Services. Reducing alcohol-impaired driving: multicomponent interventions with community mobilization www.thecommunityguide.org/mvoi/multicomponent.html

