

LE REVISIONI E I PROTOCOLLI PUBBLICATI DAL GRUPPO DROGHE ED ALCOL RELATIVE AGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE

Aggiornato al 31/11/2011 (Cochrane Library, issue 12.2011)

Laura Amato, Marina Davoli, Zuzana Mitrova

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

Base editoriale del Gruppo Cochrane su Droghe ed Alcol in collaborazione con l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità

Ad ottobre 2011, rispetto agli interventi di prevenzione, il Gruppo Cochrane Droghe ed Alcol ha pubblicato 7 revisioni e 2 protocolli di revisione, inoltre ha registrato 1 titolo che presto diventerà protocollo e poi revisione.

E' stata inoltre pubblicata una overview che sintetizza i risultati delle revisioni relative ai trattamenti farmacologici per il trattamento della sindrome di astinenza da alcol.

Revisioni:

1. Interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali
2. Interventi per la prevenzione dell'uso di droghe svolti in setting non scolastici
3. Interventi che utilizzano le "norme sociali" per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università o nei College
4. Programmi di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani svolti nelle scuole
5. Programmi di prevenzione universale con più componenti per l'abuso di alcol nei giovani
6. Programmi familiari di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani
7. Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe

Protocolli pubblicati

1. Intervista motivazionale per prevenire l'abuso di alcol nei giovani
2. Campagne di mass media per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali tra i giovani

Titoli Registrati

1. Approcci di tipo comportamentale nella scuola primaria per la prevenzione dell'uso di alcol e droghe

Al fine di favorire la pratica della medicina basata sulle migliori prove disponibili, prima della sintesi dei risultati delle revisioni, è stato inserito un box con le implicazioni per la pratica clinica scritte dagli autori delle revisioni stesse.

Glossario

RR= Rischio Relativo

IC= Intervallo di Confidenza

SMD = Differenze Standardizzate tra Medie

WMD = Differenze Pesate tra Medie

Nota bene: La precisione della stima è misurata con gli intervalli di confidenza al 95% sempre

[1] Interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P.
Cochrane Database of Systematic Reviews **2**, 2005

Implicazioni per la Pratica Clinica

I risultati di questa revisione sistematica dimostrano che i programmi che favoriscono lo sviluppo di capacità individuali sono l'intervento più efficace tra quelli condotti in ambiente scolastico e tesi a prevenire l'uso di droghe tra i giovanissimi. I programmi condotti a scuola che offrono solo informazioni o che sono focalizzati soltanto sull'affettività, dovrebbero essere svolti solo in contesti sperimentali per consentirne un'accurata valutazione.

Obiettivi: Valutare l'efficacia degli interventi preventivi nelle scuole paragonati con le normali attività curricolari od altri tipi di interventi scolastici nel dare conoscenze specifiche, sviluppare capacità specifiche o nel promuovere cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti allo scopo di ridurre l'incidenza del primo uso, della frequenza e della quantità di sostanza stupefacente assunta e la prevalenza di assuntori di sostanze fra gli alunni della scuola dell'obbligo e secondaria.

Strategia di ricerca: Il registro specializzato del Gruppo Cochrane Droghe ed Alcol fino a Febbraio 2004, il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 2, 2004), MEDLINE (1966 – Febbraio 2004), EMBASE (1988 - Febbraio 2004) e riferimenti bibliografici degli articoli.

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 82 studi, di questi 32 avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; il numero totale degli studenti era di 50224. Tutti e 32 gli studi sono stati condotti in Nord America

Risultati:

Risultati da studi controllati randomizzati

Gli interventi mirati all'acquisizione di conoscenze verso attività curricolari, sono efficaci nell'aumentare le conoscenze sulle droghe, SMD 0.91 (IC da 0.42 a 1.39).

Gli interventi sull'acquisizione di capacità di relazione sociale verso attività curricolari migliorano l'acquisizione di conoscenze sulle droghe WMD +2.60 (IC da +1.17 a +4.03), la capacità di prendere decisioni SMD +0.78 (da +0.46 a +1.09), l'autostima SMD +0.22 (IC da +0.03 a +0.40) e la resistenza alle pressioni dei pari RR 2.05 (IC da 1.24 a 3.42), sono inoltre efficaci nel ridurre l'uso di cannabinoidi RR 0.82 (IC da 0.73 a 0.92) e di droghe "pesanti" RR 0.45 (IC da 0.24 a 0.85).

Il confronto tra interventi sull'acquisizione di capacità di relazione sociale e quelli mirati all'acquisizione di conoscenze non ha evidenziato differenze statisticamente significative.

Gli interventi sull'acquisizione di capacità di relazione sociale verso quelli mirati ad intervenire sulla sfera emotiva si sono dimostrati più efficaci solo nel migliorare l'autostima WMD +1.90 (IC da +0.25 a +3.55).

Risultati da CPS

Non è stato possibile condurre meta analisi sui risultati di questi studi, nei confronti effettuati nei singoli studi non emergono differenze significative tra i confronti.

Conclusioni: I risultati di questa revisione dimostrano che gli interventi di prevenzione in ambito scolastico tesi a sviluppare capacità sociali specifiche sono quelli più efficaci per prevenire l'uso precoce di sostanze. Gli interventi mirati all'acquisizione di migliori conoscenze o quelli focalizzati soltanto sulla dimensione affettiva dovrebbero ancora essere oggetto di studi di valutazione.

[2] Interventi per la prevenzione dell'uso di droghe svolti in setting non scolastici

Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR.
Cochrane Database of Systematic Reviews **1**, 2006

Implicazioni per la Pratica Clinica

Nessuno degli interventi studiati ha dimostrato di essere inequivocabilmente efficace, ed il rapporto costi benefici non è stato valutato. E' pertanto difficile poter raccomandare il loro utilizzo almeno finché non vengano condotte nuove ricerche.

Obiettivi: 1. Valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione svolti in setting non scolastici e mirati a prevenire o a ridurre l'uso di droghe nei giovani con meno di 25 anni; 2. Studiare se l'effetto di questi interventi è modificato dal tipo di intervento proposto, dal setting e dall'età della popolazione a cui viene proposto; 3. Identificare le aree per cui sono necessari nuovi studi.

Strategia di ricerca: Il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2004), MEDLINE (1966 - 2004), EMBASE (1980 - 2004), PsycInfo (1972 - 2004), SIGLE (1980 - 2004), CINAHL (1982 - 2004) and ASSIA (1987 - 2004) e riferimenti bibliografici degli articoli.

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 49 studi. Di questi, 17, hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. Il numero totale di adolescenti trattati era di 24482 persone ma due studi non riportavano il numero di partecipanti. 16 studi sono stati condotti in Nord America, ed 1 in Asia.

Risultati:

I diciassette studi inclusi valutavano quattro differenti tipi di intervento: intervista motivazionale o intervento breve, training educativi o mirati all'acquisizione di capacità sociali, interventi familiari e interventi di comunità che utilizzavano multicomponenti. Non è stato possibile condurre delle meta analisi a causa della diversità degli interventi studiati. Molti studi avevano seri problemi metodologici soprattutto un alta percentuale di persi al follow up, per cui i risultati attendibili si basano su pochi studi. Uno studio che considerava l'intervista motivazionale dimostra che questo intervento è utile rispetto all'uso di cannabinoidi. Tre differenti interventi familiari (Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program and Preparing for the Drug-Free Years), ognuno dei quali valutato in diversi singoli studi, sembravano essere utili nel prevenire l'uso di cannabinoidi. Gli studi di comunità con multi componenti non hanno dimostrato effetti significativi per quanto riguarda l'uso di droghe ed infine due studi sui training educativi o mirati all'acquisizione di capacità sociali non hanno evidenziato differenze rispetto ai gruppi di controllo.

Conclusioni: Vi è una mancanza di evidenza circa l'efficacia degli interventi considerati. L'intervista motivazionale ed alcuni interventi familiari possono offrire qualche beneficio. Una valutazione costi-efficacia non è stata considerata in nessuno degli studi inclusi, future ricerche sono necessarie per valutare se questo tipo di interventi debbano essere raccomandati.

[3] Interventi che utilizzano le “norme sociali” per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università e nei College

Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D.

Cochrane Database of Systematic Reviews **3**, 2009

Implicazioni per la Pratica Clinica

I risultati di questa revisione sistematica suggeriscono che gli interventi individuali e personalizzati che utilizzano le norme sociali riducono nell'immediato e a breve termine, l'uso e l'abuso di alcol, ed i problemi ad esso correlati, tra gli studenti dei College e delle Università. L'utilizzo di questo intervento dovrebbe essere considerato anche per altri tipi di setting poichè è un intervento con un buon rapporto costo-efficacia per ridurre l'uso di alcol e i danni ad esso correlate. Per ottenere i feedback sui cambiamenti delle norme sociali, l'utilizzo dei computer e del web è sicuramente economico e funzionale. Coloro che si occupano di interventi di prevenzione e i decisori politici ed amministrativi dovrebbero considerare l'opportunità di utilizzare quest'approccio per la prevenzione dell'abuso di alcol.

Obiettivi: Determinare se i feedback sulle “norme sociali” riducono l'abuso di alcol tra gli studenti dei College e delle Università

Strategia di ricerca Il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 2, 2008), MEDLINE; EMBASE; PsycInfo; CINAHL (fino a Marzo 2008).

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 58 studi, di questi 22, 9610 studenti, avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; 19 studi sono stati condotti in Nord America e 3 in Australia.

Risultati:

I feedback via web sono risultati efficaci nel ridurre i problemi correlati all'uso di alcol, SMD -0.31 (IC da -0.59 a -0.02), la frequenza del bere SMD -0.38 (IC da -0.63 a -0.13), il picco alcolico ematico, SMD -0.77 (IC da -1.26 a -0.28), la quantità di alcol assunta SMD -0.35 (IC da -0.51 a -0.18), le ubriacature gravi SMD -0.47 (IC da -0.92 a -0.03) e le norme sociali relative all'assunzione di alcol SMD -0.75 (IC da -0.98 a -0.52).

I feedback individuali faccia a faccia sono risultati efficaci per la frequenza del bere SMD -0.39 (IC da -0.66 a -0.12), mentre quelli di gruppo per la quantità di alcol assunta SMD -0.32 (IC da *0.63 a -0.02) e le ubriacature gravi SMD -0.38 (IC da -0.35 a -0.14)

Il feedback postale non dava risultati statisticamente significativi per i problemi correlati all'uso di alcol. La frequenza del bere, il picco alcolico ematico

Tutti gli altri confronti non evidenziavano differenze statisticamente significative.

Conclusioni: Il feedback via web e quello con incontri faccia a faccia sono probabilmente efficaci nel ridurre il consumo di alcol. Negli studi non viene mai effettuato un confronto tra queste due modalità, ma il feedback via web sembrerebbe dare migliori risultati su un maggior numero di esiti ed ha sicuramente un costo più basso rispetto agli incontri faccia a faccia per cui dovrebbe essere la modalità preferibile. Gli effetti migliori si notano nei periodi di follow up più brevi (3 mesi).

Per il feedback per posta, per quello che utilizza incontri in gruppo e per le campagne di marketing sulle norme sociali, i risultati degli studi non sono nel complesso favorevoli in modo significativo e per questo queste modalità non dovrebbero essere raccomandate.

[4] Programmi di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani svolti nelle scuole

Foxcroft DR, Tsertsvadze A.

Cochrane Database of Systematic Reviews 5, 2011

Implicazioni per la Pratica Clinica

Le prove disponibili suggeriscono che alcuni programmi di prevenzione basati su generici interventi psicosociali e mirati allo sviluppo possono essere efficaci e possono essere considerati una valida opzione sia per lo sviluppo di politiche di prevenzione che nella pratica. Questi programmi sono il "Life Skills Training Program" in Nord America, "Unplugged" in Europa e "Good Behaviour Game" sia in Nord America che in Europa.

Comunque, a causa della variabilità dei risultati sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare ed al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Obiettivi: Valutare sistematicamente l'efficacia dei Programmi di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani (fino ai 18 anni) svolti nelle scuole.

Strategia di ricerca: Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2009), MEDLINE, EMBASE, Project CORK, PsycINFO (tutti da Gennaio 2002 a Luglio 2010)

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 101 studi, di questi 53, 122107 studenti, avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; 41 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Australia 5 in Europa ed 1 in Asia.

Risultati:

Gli studi inclusi erano di bassa qualità, ed a causa della diversità degli interventi, delle popolazioni e degli esiti considerati, non è stato possibile fare delle sintesi quantitative dei risultati che vengono riportati solo in modo qualitativo. 6/11 studi che valutavano interventi alcol-specifici hanno dimostrato di essere più efficaci delle normali attività curricolari di prevenzione. 14/39 studi che valutavano l'efficacia di interventi di prevenzione generici, hanno registrato una diminuzione dell'uso di alcol osservabile in tutto il campione o in sottogruppi. L'efficacia degli interventi era diversa a seconda del genere, dell'uso di alcol al baseline e dell'etnicità. I risultati dei 3 studi che valutavano interventi mirati alla prevenzione di cannabinoidi, alcol e/o tabacco erano inconsistenti.

Conclusioni: I risultati degli studi inclusi non sono univoci, alcuni dimostrano l'efficacia dell'intervento in studio, altri no. Non è facile individuare i possibili parametri che causano questa diversità di risultati. In ogni caso gli effetti positivi più frequentemente osservati erano relativi alle ubriacature e all'assunzione compulsiva di alcol (binge drinking). Le prove disponibili suggeriscono che alcuni programmi di prevenzione basati su generici interventi psicosociali e mirati allo sviluppo possono essere efficaci e possono essere considerati una valida opzione sia per lo sviluppo di politiche di prevenzione che nella pratica. Questi programmi sono il "Life Skills Training Program", "Unplugged" e "Good Behavior Game". In futuro la ricerca dovrebbe focalizzarsi sui contenuti dei vari programmi rispetto ai contesti in cui vengono proposti.

[5] Programmi di prevenzione universale con più componenti per l'abuso di alcol nei giovani

Foxcroft DR, Tsertsvadze A.

Cochrane Database of Systematic Reviews **9, 2011**

Implicazioni per la Pratica Clinica

Le prove disponibili suggeriscono che i programmi di prevenzione a più componenti possano essere considerate un'opzione sia per lo sviluppo di politiche di prevenzione che nella pratica.

Comunque, a causa della variabilità dei risultati sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare ed al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Le prove disponibili sono troppo poche per poter affermare che i programmi a più componenti siano più efficaci di quelli somministrati in un unico contesto.

Obiettivi: Valutare sistematicamente l'efficacia dei Programmi di prevenzione universale che utilizzano più componenti per l'abuso di alcol nei giovani (fino ai 18 anni).

Gli interventi oggetto della revisione erano: qualsiasi programma di prevenzione universale psicosociale o educativo che utilizzava più componenti. Per intervento con più componenti si intende un intervento che comprende interventi somministrati in contesti diversi (ad esempio sia a scuola che a casa).

Strategia di ricerca: Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2009), MEDLINE, EMBASE, Project CORK, PsycINFO (tutti da Gennaio 2002 a Luglio 2010)

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 67 studi, di questi 20, 53039 giovani, avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 1 ciascuno in Australia, in Europa ed in Asia.

Risultati:

Gli studi inclusi erano di bassa qualità, ed a causa della diversità degli interventi, delle popolazioni e degli esiti considerati, non è stato possibile fare delle sintesi quantitative dei risultati che vengono riportati solo in modo qualitativo.

12/20 studi hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento rispetto al controllo, con una persistenza dell'effetto variabile dai 3 mesi ai 3 anni. Dei rimanenti 8 studi, uno riportava un effetto significativo ma la valutazione era fatta con un solo test e gli altri 7 non evidenziavano differenze significative tra i programmi con più componenti ed i controlli rispetto alla riduzione dell'uso di alcol.

La valutazione dei possibili benefici aggiuntivi di interventi con più componenti rispetto a quelli somministrati in un solo setting, è stata fatta in 7 studi che avevano più bracci di confronto. Solo 1/7 studi ha dimostrato l'efficacia degli interventi somministrati in più di un contesto.

Conclusioni: Vi è qualche prova disponibile relativa all'efficacia dei programmi con più componenti per la prevenzione dell'abuso di alcol nei giovani. Tuttavia le prove sono troppo poche per poter affermare che i programmi a più componenti siano più efficaci di quelli somministrati in un unico contesto.

[6] Programmi familiari di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani

Foxcroft DR, Tsertsvadze A.

Cochrane Database of Systematic Reviews **9, 2011**

Implicazioni per la Pratica Clinica

Le prove disponibili suggeriscono che alcuni programmi familiari di prevenzione possano essere considerate un'opzione sia per lo sviluppo di politiche di prevenzione che nella pratica.

Comunque, a causa della variabilità dei risultati sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare ed al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Obiettivi: Valutare sistematicamente l'efficacia dei Programmi familiari di prevenzione universale per l'abuso di alcol nei giovani (fino ai 18 anni).

Strategia di ricerca: Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2009), MEDLINE, EMBASE, Project CORK, PsycINFO (tutti da Gennaio 2002 a Luglio 2010)

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 60 studi, di questi 12, 11274 giovani, avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; 11 studi sono stati condotti in Nord America, ed 1 in Europa.

Risultati:

Gli studi inclusi erano di bassa qualità, ed a causa della diversità degli interventi, delle popolazioni e degli esiti considerati, non è stato possibile fare delle sintesi quantitative dei risultati che vengono riportati solo in modo qualitativo.

9/12 dimostravano una qualche efficacia, rispetto ai controlli, per i programmi familiari con una persistenza dell'effetto sia a medio che a lungo termine. Quattro di questi interventi erano genere specifici, focalizzandosi solo su giovani donne. Tra questi, uno studio, con pochi partecipanti, mostrava un effetto positivo dell'intervento sebbene la differenza con il controllo non raggiungesse la significatività statistica ed altri due studi, con un maggior numero di partecipanti, non evidenziavano differenze statisticamente significative tra gli interventi familiari e quelli di controllo, nel ridurre l'uso di alcol.

Conclusioni: I risultati di questa revisione mostrano che le prove relative all'efficacia degli interventi familiari di prevenzione sono poche ma consistenti ed inoltre persistono a medio e a lungo termine.

[7] Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe

Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W

Cochrane Database of Systematic Reviews **11, 2011**

Implicazioni per la Pratica Clinica

Qualità delle prove: Non vi sono prove di buona qualità che permettono di affermare che gli sforzi organizzativi e di comunità per attività di mentoring risultino in una diminuzione dell'uso di alcol.

Rapporto rischi benefici: Non è stato riportato alcun evento avverso. Solo un RCT ha riportato una diminuzione significativa dell'uso di alcol ed un altro una diminuzione dell'uso di droghe e quindi i benefici, rispetto agli sforzi per effettuare questi programmi, sono modesti. Dei benefici collaterali potrebbero essere collegati ad una aumentata consapevolezza e ad un aumento delle capacità di affrontare il problema sia a livello di comunità che di genitori che personale (questo esito non è stato considerato nella revisione).

Valori e convinzioni personali: Non vi sono prove che gli studi abbiano considerato come variabile i valori e le convinzioni personali dei mentori. Lo scopo dei coordinatori dei programmi era quello di offrire una relazione personale a lungo termine (almeno un anno) e di formare, valutare e monitorare il lavoro dei mentori.

Utilizzazione delle risorse: Uno sforzo considerevole è stato fatto per formare, valutare e monitorare il lavoro dei mentori e la struttura delle attività di comunità, ma non sono stati riportati problemi relativi al reclutamento dei mentori. Non sono stati, altresì, riportati dati relativi ai costi degli interventi. I corsi formativi erano gratuiti ed i mentori stessi non venivano pagati per la loro attività.

Fattori che possono aver modificato i risultati sull'efficacia degli interventi in studio: tutti e 4 gli RCT inclusi in questa revisione utilizzavano programmi di formazione continua dei mentori, monitoraggio delle attività di implementazione, attività strutturate dei mentori e frequenza di contatti di supporto ai genitori: Tutte queste attività aumentano il livello di efficacia dei programmi di mentoring, come è stato dimostrato in una revisione sistematica di studi sul mentoring pubblicati tra il 1970 ed 1998 (Dubois 2002).

Obiettivi: Valutare l'efficacia dei Programmi di mentoring per prevenire l'uso di alcol e droghe tra gli adolescenti.

Strategia di ricerca: Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2011), MEDLINE (dal 1950 a Luglio 2011), EMBASE (dal 1980 a Luglio 2011), 5 altri database elettronici ed 11 database di letteratura grigia, riferimenti bibliografici degli articoli e contatti con esperti di mentoring e tossicodipendenza.

N° e disegno degli studi: La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 233 studi, di questi 4, 1,194 adolescenti, avevano le caratteristiche necessarie per essere inseriti nella revisione; tutti e 4 gli studi sono stati condotti in Nord America.

Risultati:

Rispetto alla qualità, nessuno dei 4 RCT inclusi riportava le informazioni necessarie per stabilire se il processo di randomizzazione e di allocazione dei partecipanti ai gruppi di intervento e controllo fosse adeguato. Dato il tipo di intervento non era possibile la cecità, i dati riportati erano completi in 3/4 studi.

Rispetto all'uso di alcol, 3 studi confrontavano l'intervento di mentoring verso nessun intervento, 2 studi, 1116 partecipanti, dimostravano la sua efficacia RR 0.71 (IC da 0.57 a 0.90) e un terzo studio, 194 partecipanti, considerando una differenza tra medie d'uso MD -0.09 (IC da -0.32 a +0.14), non evidenziava differenze statisticamente significative. Il quarto studio, 198 partecipanti, confrontando il mentoring con intervento curricolare, non evidenziava differenze statisticamente significative tra i due interventi MD -0.08 (IC da -0.31 a +0.15)

Rispetto all'uso di droghe non è stato possibile fare sintesi statistiche dei risultati dei tre studi che consideravano questo esito, ma solo uno di loro dava risultati in favore dell'intervento di mentoring.

Conclusioni: Tutti e Quattro gli studi inclusi sono stati condotti negli USA ed includevano adolescenti provenienti da minoranze etniche e "deprivati". I partecipanti erano giovani di 12 anni (due studi) o tra i 9 e i 16 anni (due studi). Tutti non usavano né alcol né droghe al momento dell'arruolamento in studio. Durante il periodo osservato, due studi hanno evidenziato che le attività di mentoring riducono il numero di persone che inizia ad usare alcol ed uno studio ha evidenziato la sua efficacia rispetto al numero di persone che iniziano ad assumere droghe. La possibilità dell'intervento di dimostrare la sua efficacia era comunque limitata dal fatto che, durante il periodo di osservazione, i tassi di persone che iniziavano ad usare alcol o droghe erano comunque bassi (in uno studio l'uso di marijuana aumentava dell'1% nel gruppo sperimentale e dell'1.6% in quello di controllo ed in un altro studio l'uso di droghe aumentava del 6% nel gruppo sperimentale e del 11% in quello di controllo). Solo in un terzo studio l'uso di alcol aumentava del 19% nel gruppo mentoring e del 27% in quello di controllo. Tutti gli studi valutavano programmi di mentoring strutturati e non informali.

Riferimenti bibliografici delle Revisioni relative agli interventi di prevenzione

[1] Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.

[2] Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.

[3] Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 , Issue 3. Art. No.: CD006748. DOI: 10.1002/14651858.CD006748

[4] Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9.

[5] Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9.

[6] Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9

[7] Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 , Issue 11 . Art. No.: CD007381. DOI: 10.1002/14651858.CD007381

Bibliografia degli studi inclusi

N. B. I numeri tra parentesi quadra indicano la revisione in cui è incluso lo studio.

1. Allison KR, Silverman G, Dignam C. Effects on students of teacher training in use of a drug education curriculum. *Journal of Drug Education* 1990; 20:31-46. [4]
2. Aseltine RH, Dupre M, Lamlein P. Mentoring as a drug prevention strategy: An evaluation of 'Across Ages'. *Adolescent & Family Health* 2000;1(1):11-20. [7]
3. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief Intervention for Heavy-Drinking College Students: 4-Year Follow-Up and Natural History. *American Journal of Public Health* 2001;91(8):1310-6. [3]
4. Bauman KE, Ennett ST, Foshee VA, Pemberton M, King TS, Koch GG. Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention Science* 2002;3(1):35-42. [6]
5. Beaulieu MA, Jason LA. A drug abuse prevention program aimed at teaching seventh grade students problem solving strategies. *Children and Youth Services Review* 1988;10:131-49. [4]
6. Bernstein E, Woodal WG. Changing perceptions of riskiness in drinking, drugs and driving: an emergency department-based alcohol and substance abuse prevention program. *Annales of Emergency Med* 1987;16(12):1350-4. [1]
7. Biglan A, Ary DV, Smolkowski K, Duncan T, Black C. A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control* 2000;9(1):24-32. [2]
8. Bond L, Patton G, Glover S, Carlin JB, Butler H, Thomas L, Bowes G. The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *Journal of Epidemiology & Community Health* 2004;58(12):997-1003. [4]
9. Borsari B, Carey KB. Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005;19:296-302. [3]

10. Borsari B, Carey, KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:728-33. [3]
11. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial. *Journal of the American Medical Association* 1995;273:1106-12. [4]
12. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S et al. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive behavioural approach: Results of a 3 year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:437-46. [1]
13. Botvin GJ, Baker E, Renick NL, Filazzola AD, Botvin EM. A cognitive behavioural approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviours* 1984;9:137-47. [1] and [4]
14. Botvin GJ, Epstein JA, Baker E, Diaz T, Ifill-Williams M. School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 1997;6(1):5-19. [1]
15. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M. Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Preventive science* 2001;2(1):1-13. [1]
16. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M. Preventing binge drinking during early adolescence: one- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001;15(4):360-5. [4]
17. Botvin GJ, Griffin KW, Paul E, Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2003;12(4):1-17. [4]
18. Botvin GJ, Schinke SP, Epstein JA, Diaz T, Botvin EM. Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviours* 1995;9:183-94. [1]
19. Brewer LC. Social skills training as a deterrent to entry level drug experimentation among 15-year-old adolescents. Unpublished Ph.D. Dissertation, University of Pennsylvania 1991. [4]
20. Brody GH, Murry VM, Kogan SM, Gerrard M, Gibbons FX, Molgaard V, et al. The Strong African American Families Program: A cluster-randomised prevention trial of long-term effects and a mediational model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(2):356-66. [6]
21. Brown EC, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children project: a two-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(4):699-710. [5]
22. Caplan M, Weissberg RP, Grober JS, Sivo PJ, Grady K, Jacoby C. Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60:56-63. [4]
23. Carey KB, Carey MP, Maisto SA, Henson JM. Brief motivational interventions for heavy college drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):943-54. [3]
24. Catalano RF, Gainey RR, Fleming CB, Haggerty KP, Johnson NO. An experimental intervention with families of substance abusers: one year follow-up of the focus on families project. *Addiction* 1999;94(2):241-54. [2]
25. Clayton RR, Cattarello A, Walden KP. Sensation seeking as a potential mediating variable for school based prevention intervention: A two year follow-up of DARE. *Health Community* 1991;3:229-39. [1] and [4]
26. Collins SE, Carey KB, Sliwinski MJ. Mailed personalized normative feedback as a brief intervention for at-risk college drinkers. *Journal Studies on Alcohol* 2002;63(5):559-67. [3]
27. Cook R, Lawrence H, Morse C, Roehl J. An evaluation of the alternatives approach to drug abuse prevention. *International Journal of the Addictions* 1984;19:767-87. [1] and [4]
28. Corbin SKT, Jones RT, Schulman RS. Drug refusal behavior: the relative efficacy of skill-based treatment. *Journal of Paediatric Psychology* 1993;18(6):769-84. [1]
29. D'Amico EJ, Fromme K. Brief prevention for adolescent risk-taking behavior. *Addiction* 2002;97(5):563-74. [4]
30. DeJong W, Scheider SK, Towvim LG, Murphy MJ, Doerr EE, Simonsen NR, et al. A multi-site randomized trial of Social Norms Marketing Campaigns to Reduce College Student Drinking: A replication Failure. under review. [3]
31. DeJong W, Schneider SK, Towvim LG, Murphy MJ, Doerr EE, Simonsen NR et al. A multisite randomized trial of social norms marketing campaigns to reduce college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 2006;67(6):868-79. [3]

32. Dembo R, Shemwell M, Pacheco K, Seeberger W, Rollie M, Schmeidler J et al. A longitudinal study of the impact of a family empowerment intervention on juvenile offender psychosocial functioning: an expanded assessment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2000;10:1-7. [2]
33. Dent CW, Sussman S, Stacy AW. Project Towards No Drug Abuse: generalizability to a general high school sample. *Preventive Medicine* 2001;32:514-20. [1]
34. Dielman TE, Shope JT, Butchart AT, Campanelli PC. Prevention of adolescent alcohol misuse: An elementary school program. *Journal of Pediatric Psychology* 1986;11(2):259-82. [4]
35. Durrant LH. A multi component approach to prevention of adolescent substance abuse. Unpublished Ph.D. Dissertation, University of Utah 1986. [4]
36. Duryea E, Okwumabua J, Rouse J. Preliminary 6 month follow-up results of a preventive alcohol intervention. *Australian Council for Health, Physical Education and recreation national Journal* 1984;104:15-8. [4]
37. Eddy JM, Reid JB, Fetrow RA. An elementary school based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the interests of families and teachers (LIFT). *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2000;8(3):165-76. [5]
38. Eisen M, Zellman GL, Massett HA, Murray DM. Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescence" drug education program: first-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors* 2002;27(4):619-32. [4]
39. Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science* 1990;247:1299-305 [1] and [4]
40. Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B, Longshore DL. New Inroads in Preventing Adolescent Drug Use: Results from a Large-Scale Trial of Project ALERT in Middle Schools. *American Journal of Public Health* 2003; 93(11):1830-6. [1] and [4]
41. Faggiano F, Richardson C, Bohrn K, Galanti MR, EU-Dap Study Group. A cluster randomised controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine* 2007;44(2):170-3. [4]
42. Flay BR, Graumlich S, Segawa E, Burns JL, Holliday MY, for the Aban Aya Investigators. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African-American youth: a randomized trial. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 2004;158(4):377-84. [2]
43. Furr-Holden CDM, Ialongo NS, Anthony JC, Petras H, Kellam SG. Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug Alcohol Dependence* 2004;73:149-58. [1] and [4] and [5]
44. Goldberg L, Elliot DL, MacKinnon DP, Moe EL, Kuehl KS, Yoon M, et al. Outcomes of a prospective trial of student-athlete drug testing: The Student Athlete Testing Using Random Notification (SATURN) Study. *Journal of Adolescent Health* 2007;41(5):421-9. [4]
45. Goldberg L, MacKinnon DP, Elliot DL, Moe EL, Clarke G, Cheong JW. The adolescents training and learning to avoid steroids program. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine* 2000;154:332-8. [4]
46. Goodstadt MS, Sheppard MA. Three approaches to alcohol education. *Journal of Studies on Alcohol* 1983;44(2):362-80. [4]
47. Griffin JP, Holliday RC, Frazier E, Braithwaite RL. The BRAVE (Building Resiliency and Vocational Excellence) Program: evaluation findings for a career-oriented substance abuse and violence preventive intervention. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved* 2009;20(3):798-816. [4]
48. Grossman JB, Tierney JP. Does mentoring work?: An impact study of the Big Brothers Big Sisters Program. *Evaluation Review* 1998;22(3):403-26. [7]
49. Haggerty KP, Skinner ML, MacKenzie EP, Catalano RF. A randomised trial of Parents Who Care: effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prevention Science* 2007;8(4):249-60. [6]
50. Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine* 1991;20:414-30. [1] and [4]
51. Hansen WB, Johnson CA, Flay BR, Graham JW, Sobel J. Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from project SMART. *Preventive Medicine* 1988;17:135-54. [1] and [4]
52. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Arthur MW, Abbott RD, Fagan AA, et al. Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009;163(9):789-98. [5]
53. Hecht ML, Corman SR, Miller-Rassulo M.. An evaluation of the Drug Resistance Project: a comparison of film versus live performance media. *Health Communication* 1993;5(2):75-88. [1]

54. Hecht ML, Marsiglia FF, Elek E, Wagstaff DA, Kulis S, Dustman P, et al. Culturally grounded substance use prevention: an evaluation of the keeping' it R.E.A.L. curriculum. *Prevention Science* 2003;4(4):233-48. [4]
55. Hurry J, McGurk H. An evaluation of a primary prevention programme for schools. *Addiction Research* 1997;5(1):23-38. [1]
56. Johnson KW, Shamblen SR, Ogilvie KA, Collins D, Saylor B. Preventing youths' use of inhalants and other harmful legal products in frontier Alaskan communities: a randomised trial. *Prevention Science* 2009;10(4):298-12. [4]
57. Jones RT, Corbin SKT, Sheehy L, Bruce S. Substance refusal: more than "Just Say No". *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 1995;4(2):1-26. [1]
58. Jones RT, McDonald DW, Fiore MF, Arrington T, Randall J. A primary preventive approach to children's drug refusal behavior: the impact of Rehearsal-Plus. *J Paediatric Psychology* 1990;15(2):211-23. [1]
59. Juarez P, Walters ST, Daugherty M, Radi C. A Randomized Trial of Motivational Interviewing and Feedback With Heavy Drinking College Students. *Journal of Drug Education* 2006;36(3):233 - 46. [3]
60. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;95S:S5-S28. [4]
61. Kim S, McLeod JH, Shantzis C. An outcome evaluation of refusal skills program as a drug abuse prevention strategy. *Journal of Drug Education* 1989;19(4):363-71. [1]
62. Komro KA, Perry CL, Veblen-Mortenson S, Farbaksh K, Kugler KC, Alfano KA, et al. Cross-cultural adaptation and evaluation of a home-based program for alcohol use prevention among urban youth: the "Slick Tracy Home Team Program". *Journal of Primary Prevention* 2006;27(2):135-54. [5]
63. Koning IM, Vollebergh W, Smit F, Verdurmen J, van den Eijnden R, ter Bogt T, et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomised trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction* 2009;104(10):1669-78. [4] and [5] and [6]
64. Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized Controlled Trial of Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care. *Archives of Internal Medicine* 2008;168(5):530-36. [3]
65. Kypri K, McAnally HM. Randomized controlled trial of a web-based primary care intervention for multiple health risk behaviors. *Preventive Medicine* 2005;41(3-4):761-6. [3]
66. Kypri K, Saunders J, Williams S, McGee RO, Langley JD, Cashell-Smith ML, Gallagher SJ. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomised controlled trial. *Addiction* 2004;99:1410-7. [3]
67. Lewis MA, Neighbors C, Oster-Aaland L, Kirkeby B, Larimer ME. Indicated prevention for incoming college freshmen: Personalized feedback and high risk drinking. *Addictive Behaviors* 2007;32(11):2495-2508. [3]
68. Lewis MA, Neighbors C. Optimizing Personalized Normative Feedback: The Use of Gender-Specific Referents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007;68:228-37. [3]
69. Lindenberg CS, Solorzano RM, Bear D, Strickland O, Galvis C, Pittman K. Reducing substance use and risky sexual behavior among young, low-income, Mexican-American women: comparison of two interventions. *Applied Nursing Research* 2002;16(3):137-48. [2]
70. Lochman JE, Wells KC. The Coping Power Program at the middle-school transition: universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviours* 2002;16(4):40-54. [2]
71. Loveland-Cherry CJ, Ross LT, Kaufman SR. Effects of a home-based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. *Journal of Studies on Alcohol* 1999 Suppl;13:94-102. [6]
72. Malvin JH, Moskovitz JM, Schaps E, Schaeffer GA. Evaluation of two school-based alternatives programs. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1985;30(3):98-108. [1]
73. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA et al. Screening and Brief Intervention for High-Risk College Student Drinkers Results From a 2-Year Follow-Up Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(4):604 [46] and [3]
74. McBride N, Midford R, Farrington F, Phillips M. Early results from a school alcohol harm minimization study: the School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Addiction* 2000;95(7):1021-42. [4]

75. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized controlled trial. *Addiction* 2004;99(1):39-52. [2]
76. McGillicuddy NB, Rychtarik RG, Duquette JA, Morsheimer ET. Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;20(1):59-68. [2]
77. McNally AM, Palfai TP. Brief group alcohol interventions with college students: examining motivational components. *Journal of Drug Education* 2003;33(2):159-76. [3]
78. Michael KD, Curtin L, Kirkley DE, Jones DL, Harris RJr. Group-Based Motivational Interviewing for Alcohol Use Among College Students: An Exploratory Study. *Professional Psychology: Research and Practice* 2006;37(6):629-34. [3]
79. Morgenstern M, Wiborg G, Isensee B, Hanewinkel R. School-based alcohol education: results of a cluster-randomised controlled trial. *Addiction* 2009;104(3):402-12. [4]
80. Moskowitz JM, Malvin JH, Schaeffer GA, Schaps E. An experimental evaluation of a drug education course. *Journal of Drug Education* 1984;14:9-22. [1] and [4]
81. Murphy JG, Duchnick JJ, Vuchinich RE, Davison JW, Karg R, Olson AM et al. Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001;15:373-9. [3]
82. Neal DJ, Carey KB. Developing discrepancy within self-regulation theory: Use of personalized normative feedback and personal strivings with heavy-drinking college students. *Addictive Behaviors* 2004;29(2):281-97. [3]
83. Neighbors C, Lewis MA, Bergstrom RL, Larimer ME. Being controlled by normative influences: Self-determination as a moderator of a normative feedback alcohol intervention. *Health Psychology* 2006;25:571-9. [3]
84. Newman IM, Anderson CS, Farrell KA. Role rehearsal and efficacy: Two 15 month evaluations of a ninth grade alcohol education programme. *Journal of Drug Education* 1992;22(1):55-67. [4]
85. Newton NC, Andrews G, Teesson M, Vogl LE. Delivering prevention for alcohol and cannabis using the Internet: a cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine* 2009;48(6):579-84. [4]
86. O'Donnell L, Myint-U A, Duran R, Stueve A. Especially for Daughters: Parent Education to Address Alcohol and Sex-Related Risk Taking Among Urban Young Adolescent Girls. *Health Promotion Practice* 2010;11(Suppl 1):70S-78S. [6]
87. Oliansky DM, Wildenhaus KJ, Manlove K, Arnold T, Schoener EP. Effectiveness of brief interventions in reducing substance use among at-risk primary care patients in three community-based clinics. *Substance Abuse* 1997;18(3):95-103. [2]
88. Palinkas LA, Atkins CJ, Miller C, Ferreira D. Social Skills training for drug prevention in high-risk female adolescents. *Preventive Medicine* 1996;25(6):692-701. [46] and [2]
89. Perry CL, Grant M. Comparing peer-led to teacher-led youth alcohol education in four countries (Australia, Chile, Norway and Swaziland). *Alcohol Health and Research World* 1988;12:322-6. [4]
90. Perry CL, Komro KA, Mortenson-Veblen S, Bosma LM, Farbakhsh K, Munson KA, et al. A randomised controlled trial of the middle and junior high school D.A.R.E. and D.A.R.E. Plus programs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2003;157:178-184. [2] and [4] and [5]
91. Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S, Toomey TL, Komro KA, Anstine PS, et al. Project Northland: outcomes of a community wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health* 1996;86(7):956-65. [5]
92. Reddy KS, Arora M, Perry CL, Nair B, Kohli A, Lytle LA, et al. Tobacco and alcohol use outcomes of a school-based intervention in New Dehli. *American Journal of Health Behavior* 2002;26(3):173-81. [4] and [5]
93. Ringwalt C, Ennett ST, Holt KD. An outcome evaluation of project DARE. *Health Education Research* 1991;6:327-37. [1] and [4]
94. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. Project ALERT: a cluster randomised trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2009;163(7):625-32. [4]
95. Rosenbaum DP, Hanson GS. Assessing the effects of school-based drug education: a six-year multilevel analysis of project DARE. *Journal of Research Crime Delinquency* 1998;35(4):381-412. [1]
96. Rosenblum A, Magura S, Fong C, Curry P, Norwood C, Casella D. Effects of peer mentoring on HIV-affected youths' substance use risk and association with substance using friends. *Journal of Social Service Research* 2005;32(2):45-60. [7]

97. Ross C, Richard L, Potvin L. One year outcome evaluation of an alcohol and drug abuse prevention program in a Quebec high school. *Revue Canadienne Santé Publique* 1998;89(3):166-70. [1]
98. Scaggs LS. A substance abuse awareness prevention program: knowledge, attitudes and behaviours. Unpublished Ph.D. Dissertation, Ohio State University 1985. [4]
99. Schinke SP, Tepavac LO, Cole KC. Preventing substance use among native American youth: three-year results. *Addictive Behaviors* 2000;25(3):387-97. [2] and [4]
100. Schinke SP, Cole KC, Fang L. Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: A test of a computer-mediated, mother-daughter program. *Alcohol and Drugs* 2009;70(1):70-7. [6]
101. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Computer-delivered, parent-involvement intervention to prevent substance use among adolescent girls. *Preventive Medicine* 2009;49(5):429-35. [6]
102. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother-daughter program. *Addictive Behaviors* 2009;34(12):1060-4. [6]
103. Schinke SP, Schwinn TM, Di Noia J, Cole KC. Reducing the risks of alcohol use among urban youth: three-year effects of a computer-based intervention with and without parent involvement. *Journal of Studies on Alcohol* 2004;65(4):443-9. [5]
104. Sexter J, Sullivan AP, Wepner SF, Denmark R. Substance abuse: assessment of the outcomes of activities and activity clusters in school-based prevention. *International Journal of Addictions* 1984;19(1):79-92. [1]
105. Sheehan M, Schonfeld C, Ballard R, Schofield F, Najman J, Siskind V. Three Year Outcome Evaluation of a Theory Based Drink Driving Education Program. *Journal of Drug Education* 1996;26(3):295-312. [4]
106. Shortt AL, Hutchinson DM, Chapman R, Toumbourou JW. Family, school, peer and individual influences on early adolescent alcohol use: first-year impact of the Resilient Families programme. *Drug and Alcohol Review* 2007;26(6):625-34. [5]
107. Sigelman CK, Bridges LJ, Leach DB, Mack KL, Rinehart CS, Sorongon AG et al. The efficacy of an education program to teach children a scientific theory of how drugs affect behaviour. *Applied Developmental Psychology* 2003;24:573-93. [1]
108. Simons-Morton B, Haynie D, Saylor K, Crump AD, Chen R. The effects of the going places program on early adolescent substance use and antisocial behavior. *Prevention Science* 2005a;6(3):187-97. [5]
109. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, et al. Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Education Research* 2006;21(1):157-67. [5]
110. Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, Grey SF, Teasdale B, Hawthorne RD, et al. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomised field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;102:1-10. [4]
111. Snow DL, Tebes JK, Arthur MW, Tapasak RC. Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *Journal of Drug Education* 1992;22(2):101-14 [1]
112. Spoth R, Redmond C, Shin C, Greenberg M, Clair S, Feinberg M. Substance-use outcomes at 18 months past baseline: the PROSPER community-University Partnership Trial. *American Journal of Preventive Medicine* 2007;32(5):395-402. [5]
113. Spoth R, Reyes ML, Redmond C, Shin C. Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: latent transition and log-linear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 1999;67(5):619-30. [2] and [6]
114. Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002;16(2):129-34. [2] and [4] and [5]
115. St. Pierre TL, Osgood DW, Mincemoyer CC, Kaltreider DL, Kauh TJ. Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by Cooperative Extension. *Prevention Science* 2005;6(4):305-17. [4]
116. Stevens MM, Olson AL, Gaffney CA, Tosteson TD, Mott LA, Starr P. A paediatric, practice-based, randomised trial of drinking and smoking prevention and bicycle helmet, gun, and seatbelt safety promotion. *Pediatrics* 2002;109(3):490-7. [6]
117. Sun P, Sussman S, Dent CW, Rohrbach A. One-year follow-up evaluation of Project Towards No Drug Abuse (TND-4). *Preventive Medicine* 2008;47(4):438-42. [4]

118. Sussman S, Dent CW, Craig S, Ritt-Olsen A, McCuller WJ. Development and immediate impact of a self-instruction curriculum for an adolescent indicated drug abuse prevention trial. *Journal of Drug Education* 2002;32(2):121-37. [1]
119. Sussman S, Dent CW, Stacy AW, Craig S. One-Year Outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine* 1998;27:632-42. [1]
120. Taylor AS, LoSciuto L, Fox M, Hilbert SM, Sonkowsky M. The mentoring factor: Evaluation of the Across Ages' intergenerational approach to drug abuse prevention. *Child & Youth Services* 1999;20(1/2):77-99. [7]
121. Valentine J, Griffith J, Ruthazer R, Gottlieb B, Keel S. Strengthening causal inference in adolescent drug prevention studies: methods and findings from a controlled study of the Urban Youth Connection Program. *Drugs and Society* 1998;12(1/2):127-45. [1]
122. van Lier PAC, Huizink A, Crijnen A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;100(3):228-33. [4]
123. Vogl L, Teesson M, Andrews G, Bird K, Steadman B, Dillon P. A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: Randomized controlled trial. *Addiction* 2009;104(4):564-75. [4]
124. Walters ST, Bennett ME, Miller JE. Reducing alcohol use in college students: a controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education* 2000;30(3):361-72. [3]
125. Walters ST, Vader AM, Harris TR. A Controlled Trial of Web-Based Feedback for Heavy Drinking College Students. *Prevention Science* 2007;8(1):83-8. [3]
126. Werch C, Pappas D, Carlson J, Edgemont P, Sinder J, DiClemente C. Evaluation of a brief alcohol prevention program for urban school youth. *American Journal of Health Behavior* 2000;24(2):120-31. [5]
127. Werch C, Moore M, DiClemente CC, Owen DM, Jobli E, Bledsoe R. A sport-based intervention for preventing alcohol use and promoting physical activity among adolescents. *Journal of School Health* 2003;73(10):380-8. [5]
128. Werch CC, Moore MJ, DiClemente CC, Bledsoe R, Jobli E. A multi health behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science* 2005;6(3):213-26. [5]
129. Werch CC, Moore MJ, DiClemente CC. Brief image-based health behavior messages for adolescents and their parents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2008;17(4):19-40. [6]
130. Werch CE, Bian H, DiClemente CC, Moore MJ, Thombs D, Ames SC, et al. A brief image-based prevention intervention for adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 2010;24(1):170-5. [4]
131. Werch CE, Bian H, Moore MJ, Ames SC, DiClemente CC, Thombs D, et al. Brief multiple behavior health interventions for older adolescents. *American Journal of Health Promotion* 2008;23(2):92-6. [4]
132. Werch CE, Pappas DM, Carlson JM, DiClemente CC, Chally PS, Sinder JA. Results of a Social Norm Intervention To Prevent Binge Drinking among First-Year Residential College Students. *Journal of American College Health* 2000;49(2):85-92. [3]
133. Werch CE, Young M, Clark M, Garrett C, Hooks S, Kersten C. Effects of a take-home drug prevention program on drug-related communication and beliefs of parents and children. *Journal of School Health* 1991;61(8):346-50. [1]
134. Werch CE, Moore MM, DiClemente CC, Owen DM, Carlson JM, Jobli E. Single vs. multiple drug prevention: Is more always better? A pilot study. *Substance Use and Misuse* 2005;40(8):1085-1101. [5]
135. Wilhelmsen BU, Laberg JC, Klepp KI. Evaluation of two student and teacher involved alcohol prevention programmes. *Addiction* 1994;89(9):1157-65. [4]
136. Williams AF, DiCicco LM, Unterberger H. Philosophy and evaluation of an alcohol education programme. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1968;29:685-702. [4]
137. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(15):1874-81. [2]
138. Wu Y, Stanton BF, Galbraith J, Kaljee L, Cottrell L, Li X, et al. Sustaining and broadening intervention impact: randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches. *Pediatrics* 2003;111(1):32-8. [2] and [5]
139. Wu Z, Detels R, Zhang J, Li V, Li J. Community-based trial to prevent drug use among youth in Yunnan, China. *American Journal of Public Health* 2002;92(12):1952-7. [2]

Appendice 1

Sintesi statistiche dei risultati delle revisioni sugli interventi per l'abuso/dipendenza da Alcol

[1] Interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali (2, 2005)

| <i>Esito</i> | <i>N. Studi</i> | <i>N. Partecipanti</i> | <i>Stima dell'effetto (95%IC)</i> | <i>Risultato</i> |
|--|-----------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| <u>Interventi mirati all'acquisizione di conoscenze verso attività curricolari</u> | | | | |
| Miglioramento delle conoscenze sulle droghe | 3 | 220 | WMD +0.91 (da +0.42 a +1.39) | in favore dell'intervento |
| Capacità di prendere decisioni | 2 | 55 | WMD -0.06 (da -0.60 a +0.47) | senza differenze statisticamente significative |
| Assertività | 2 | 55 | WMD -0.13 (da -0.67 a +0.40), | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Interventi sull'acquisizione di capacità verso attività curricolari</u> | | | | |
| Capacità di prendere decisioni | 2 | 1229 | SMD +0.78 (da +0.46 a +1.09) | in favore dell'intervento |
| Autostima | 2 | 484 | SMD +0.22 (da +0.03 a +0.40) | in favore dell'intervento |
| Uso di droghe | 2 | 2371 | RR 0.81 (da 0.64 a 1.01) | senza differenze statisticamente significative |
| Uso di cannabis | 4 | 7287 | RR 0.82 (da 0.73 a 0.92) | in favore dell'intervento |
| <u>Interventi sull'acquisizione di capacità verso interventi mirati all'acquisizione di conoscenze</u> | | | | |
| Miglioramento delle conoscenze sulle droghe | 2 | 472 | SMD +0.02 (da -0.18 a +0.22) | senza differenze statisticamente significative |
| Autoefficacia | 2 | 472 | SMD +0.13 (da -0.37 a +0.63) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Interventi mirati ad intervenire sulla sfera emotiva verso attività curricolari</u> | | | | |
| Miglioramento delle conoscenze sulle droghe | 2 | 63 | SMD +1.88 (da +1.27 a +2.50) | in favore dell'intervento |
| Capacità di prendere decisioni | 2 | 63 | SMD +1.35 (da +0.79 a +1.91) | in favore dell'intervento |
| Assertività | 2 | 63 | SMD +0.09 (da -0.41 a +0.60) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Interventi mirati ad intervenire sulla sfera emotiva verso interventi mirati all'acquisizione di conoscenze</u> | | | | |
| Miglioramento delle conoscenze sulle droghe | 3 | 91 | SMD +0.60 (da +0.18 a +1.03) | in favore dell'intervento |
| Capacità di prendere decisioni | 2 | 64 | SMD +1.22 (da +0.33 a +2.12) | in favore dell'intervento |
| Assertività | 2 | 64 | SMD +0.21 (da -0.29 a +0.70) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Tecniche interattive verso tecniche passive</u> | | | | |
| Miglioramento delle conoscenze sulle droghe | 2 | 472 | SMD +0.02 (da -0.18 a +0.22) | senza differenze statisticamente significative |
| Autoefficacia | 2 | 472 | SMD +0.13 (da -0.37 a +0.63) | senza differenze statisticamente significative |

[3] Interventi che utilizzano le "norme sociali" per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università e nei College (3, 2009)

| <i>Esito</i> | <i>N. Studi</i> | <i>N. Partecipanti</i> | <i>Stima dell'effetto (95%IC)</i> | <i>Risultato</i> |
|---|-----------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| <u>Feedback sulle norme sociali per posta verso controllo, follow up a 3 mesi</u> | | | | |
| Problemi legati all'uso di alcol | 4 | 681 | SMD +0.13 (da -0.02 a +0.28) | senza differenze statisticamente significative |
| Quantità di alcol assunta | 3 | 521 | SMD -0.10 (da -0.47 a +0.26) | senza differenze statisticamente significative |
| Numero di ubriacature | 2 | 615 | SMD -0.07 (da -0.50 a +0.36) | senza differenze statisticamente significative |
| Alcolemia ematica | 2 | 66 | SMD +0.16 (da -0.34 a +0.67) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Feedback sulle norme sociali per web verso controllo</u> | | | | |
| Problemi legati all'uso di alcol, follow up a 3 mesi | 3 | 278 | SMD -0.31 (da -0.59 a -0.02) | in favore del feedback via web |
| Picco di alcolemia ematica, follow up a 3 mesi | 2 | 198 | SMD -0.77 (da -1.25 a -0.28) | in favore del feedback via web |
| Frequenza del bere, follow up a 3 mesi | 2 | 243 | SMD -0.38 (da -0.63 a -0.13) | in favore del feedback via web |

| | | | | |
|---|---|-----|------------------------------|--|
| Quantità di alcol assunta, follow up a 3 mesi | 5 | 602 | SMD -0.29 (da -0.50 a -0.09) | in favore del feedback via web |
| Norme sociali relative all'accol, follow up a 3 mesi | 3 | 312 | SMD -0.75 (da -0.98 a -0.52) | in favore del feedback via web |
| Problemi legati all'uso di alcol, follow up a 4-16 mesi | 3 | 415 | SMD -0.26 (da -0.45 a -0.07) | in favore del feedback via web |
| Frequenza del bere, follow up a 4-16 mesi | 3 | 478 | SMD -0.31 (da -0.49 a -0.13) | in favore del feedback via web |
| Quantità di alcol assunta, follow up a 4-16 mesi | 4 | 560 | SMD -0.16 (da -0.33 a +0.00) | senza differenze statisticamente significative |
| Norme sociali relative all'accol, follow up a 4-16 mesi | 2 | 199 | SMD -0.59 (da -1.02 a -0.17) | in favore del feedback via web |
| <u>Feedback sulle norme sociali con incontri individuali faccia a faccia verso controllo</u> | | | | |
| Problemi legati all'uso di alcol, follow up a 3 mesi | 3 | 278 | SMD -0.24 (da -0.49 a +0.01) | senza differenze statisticamente significative |
| Picco di alcolemia ematica, follow up a 3 mesi | 2 | 224 | SMD -0.13 (da -0.41 a +0.15) | senza differenze statisticamente significative |
| Frequenza del bere, follow up a 3 mesi | 2 | 217 | SMD -0.39 (da -0.66 a -0.12) | in favore del feedback faccia a faccia |
| Quantità di alcol assunta, follow up a 3 mesi | 3 | 217 | SMD -0.20 (da -0.44 a +0.03) | senza differenze statisticamente significative |
| Numero di ubriacature, follow up a 3 mesi | 3 | 278 | SMD -0.25 (da -0.49 a -0.02) | in favore del feedback faccia a faccia |
| Problemi legati all'uso di alcol, follow up a 4-16 mesi | 4 | 533 | SMD -0.24 (da -0.42 a -0.07) | in favore del feedback faccia a faccia |
| Picco di alcolemia ematica, follow up a 4-16 mesi | 2 | 180 | SMD -0.08 (da -0.37 a +0.22) | senza differenze statisticamente significative |
| Frequenza del bere, follow up a 4-16 mesi | 3 | 476 | SMD -0.26 (da -0.26 a -0.08) | in favore del feedback faccia a faccia |
| Quantità di alcol assunta, follow up a 4-16 mesi | 4 | 533 | SMD -0.14 (da -0.31 a +0.03) | senza differenze statisticamente significative |
| Numero di ubriacature, follow up a 4-16 mesi | 3 | 329 | SMD -0.03 (da -0.29 a +0.22) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Feedback sulle norme sociali con incontri di gruppo faccia a faccia verso controllo</u> | | | | |
| Problemi legati all'uso di alcol, follow up a 3 mesi | 2 | 144 | SMD -0.09 (da -0.49 a +0.32) | senza differenze statisticamente significative |
| Frequenza del bere, follow up a 3 mesi | 3 | 211 | SMD -0.26 (da -0.69 a +0.16) | senza differenze statisticamente significative |
| Quantità di alcol assunta, follow up a 3 mesi | 3 | 211 | SMD -0.32 (da -0.63 a -0.02) | in favore del feedback faccia a faccia |
| Numero di ubriacature, follow up a 3 mesi | 4 | 264 | SMD -0.38 (da -0.62 a -0.14) | in favore del feedback faccia a faccia |

[7] Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe (11, 2011)

| <i>Esito</i> | <i>N. Studi</i> | <i>N. Partecipanti</i> | <i>Stima dell'effetto (95%IC)</i> | <i>Risultato</i> |
|---|-----------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| <u>Mentoring per prevenire l'uso di alcol verso nessun intervento</u> | | | | |
| Persone che hanno iniziato a bere dopo 12 o 18 mesi | 2 | 1116 | RR 0.71 (da 0.57 a 0.90) | in favore del mentoring |
| Uso mensile di alcol a 6 mesi | 1 | 194 | SMD -0.09 (da -0.32 a +0.14) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Mentoring per prevenire l'uso di droghe verso nessun intervento</u> | | | | |
| Persone che hanno iniziato ad assumere droghe dopo 18 mesi | 1 | 959 | RR 0.54 (da 0.35 a 0.83] | in favore del mentoring |
| Uso mensile di marijuana a 6 mesi | 1 | 194 | SMD -0.20 (da -0.43 a +0.03) | senza differenze statisticamente significative |
| Uso di droghe nell'ultimo anno a 12 mesi | 1 | 157 | RR 0.64 (da 0.04 a 9.97) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Mentoring per prevenire l'uso di alcol verso curriculum</u> | | | | |
| Uso mensile di alcol a 6 mesi | 1 | 198 | SMD -0.05 (da -0.28 a +0.18) | senza differenze statisticamente significative |
| <u>Mentoring per prevenire l'uso di droghe verso curriculum</u> | | | | |
| Uso mensile di marijuana a 6 mesi | 1 | 198 | SMD -0.08 (da -0.31 a +0.15) | senza differenze statisticamente significative |