



PACE OF HEALTH

I01 Materiale di formazione

PREVENIRE L'USO DI SOSTANZE E DEL TABACCO PER I FUTURI GENITORI

Tabella dei contenuti

OBIETTIVI

1. Descrizione generale dell'uso di sostanze e del tabacco
 - 1.1. Contesto. Descrizione/definizione dell'uso di sostanze e del tabacco
 - 1.2. L'impatto generato dall'uso di sostanze e del tabacco sulla salute della gravidanza/madre/bambino
 - 1.3 La radice del comportamento negativo - come generalmente inizia questo comportamento
2. Principali ricerche/studi sull'uso di sostanze e del tabacco
 - 2.1. Conclusioni sugli aspetti negativi dei comportamenti dei futuri genitori riguardanti il consumo di sostanze e di tabacco e l'impatto sulla salute dei bambini
 - 2.2 Conclusioni sui comportamenti positivi riguardanti l'uso di sostanze e il tabacco e l'impatto sulla salute dei bambini
3. Raccomandazioni (OMS) Esempi di interventi basati sull'evidenza
4. Come il comportamento può cambiare - il ruolo dei professionisti
5. Educazione per i futuri genitori/popolazione per uno stile di vita sano riguardo l'uso di sostanze, del tabacco e in generale. Il ruolo dei programmi educativi, il ruolo della comunità, le scuole. Come le informazioni possono essere diffuse.
6. Bibliografia



OBIETTIVI

Alla fine del modulo, i partecipanti saranno in grado di:

1. Definire cosa sia l'uso di sostanze e di tabacco
2. Identificare l'impatto dell'uso di sostanze e del tabacco sulla salute della gravidanza/madre/bambino
3. Spiegare e capire la radice del comportamento negativo; come generalmente inizia questo comportamento
4. Descrivere le raccomandazioni (OMS) Esempi di interventi basati sull'evidenza sull'uso di sostanze e sul tabacco
5. Identificare come può cambiare il comportamento relativo all'uso di sostanze e di tabacco
6. Educare i futuri genitori/popolazione a uno stile di vita sano riguardo l'uso di sostanze e di tabacco. Identificare il ruolo dei programmi educativi, il ruolo della comunità, delle scuole e come l'informazione può essere diffusa

1. Descrizione/definizione generale dell'uso di sostanze e del tabacco

1.1 Contesto. Descrizione/definizione dell'uso di sostanze e del tabacco

Con la definizione “**uso di sostanze**” si intende qualsiasi consumo di alcol o droghe (1). Include sostanze come droghe illegali (per esempio cannabis, marijuana, eroina, metanfetamine, oppiacei, cocaina), farmaci da prescrizione, sigarette, solventi e inalanti (2). L'uso di sostanze può non essere un problema o portare all'abuso o alla dipendenza in alcune persone (3). L'uso di sostanze non porta sempre alla dipendenza; molte persone usano occasionalmente alcol o alcune droghe senza essere dipendenti. Tuttavia, l'uso di sostanze comporta sempre il rischio che possa portare alla dipendenza (1). F. Scott Fitzgerald ha descritto brevemente la storia di una dipendenza: *"Prima prendi un drink, poi il drink prende un drink, poi il drink prende te"*.

Il **tabacco** si riferisce alle foglie della pianta del tabacco che sono state essiccate e lavorate per essere arrotolate e fumate (4). Le foglie di tabacco coltivato sono l'ingrediente principale delle sigarette e, naturalmente, del tabacco da masticare e del tabacco da fiuto. Anche se la storia del fumo risale al 5.000 a.C. (nelle Americhe era usato durante rituali sciamanici), gli europei hanno scoperto il tabacco solo nel 16° secolo. Un altro scrittore, Mark Twain, ha evidenziato la sfida che questa dipendenza può portare: *"Smettere di fumare è la cosa più facile del mondo. Lo so perché l'ho fatto migliaia di volte"*.

Il tabacco contiene nicotina, un ingrediente che può portare alla dipendenza, e che è il motivo per cui così tante persone che usano il tabacco trovano difficile smettere. Ci sono molte altre sostanze chimiche potenzialmente dannose che si trovano direttamente nel tabacco o che si formano nella combustione (4). Ad ogni boccata, veleni, metalli tossici e sostanze cancerogene entrano nel flusso sanguigno (76). Molte sostanze nocive si trovano inoltre nel fumo di tabacco, tra cui: gas velenosi

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



come il monossido di carbonio o il cianuro di idrogeno, metalli tossici (cadmio, arsenico) e metalli tossici radioattivi (piombo). Circa 70 delle sostanze chimiche presenti nelle sigarette sono note per causare il cancro (benzene, formaldeide, cloruro di vinile, etc.). (77)

1.2 L'impatto generato dall'uso di sostanze e del tabacco sulla salute della gravidanza/madre/bambino

L'uso di sostanze durante la gravidanza rimane un significativo problema per la salute pubblica, in quanto è legato a conseguenze dannose sia per il feto che per la madre (6). La tossicodipendenza durante la gravidanza e il periodo post-partum produce indubbiamente effetti sulla salute della madre e del bambino. (5). La sostanza più frequentemente usata in gravidanza è il tabacco, seguito da alcol, cannabis e altre sostanze illecite. Il danno prodotto in gravidanza dal consumo di queste sostanze dipende da quale droga viene usata e dal grado di uso, così come dal punto di esposizione ad essa (6).

Se voi, come futuri genitori, siete consumatori di tabacco, alcol o altre sostanze, sappiate che vostro figlio non avrà scelta e ne diventerà molto probabilmente anche lui un consumatore subendo tutte le conseguenze di queste dipendenze.

Alcuni genitori pensano che nel periodo pre-concezionale il loro comportamento non danneggi il futuro bambino. Anche se stiamo parlando di mesi o anni prima del concepimento, lo stile di vita dei futuri genitori influenzerà sicuramente la salute della loro prole. Si sa già che l'alcool e il fumo possono danneggiare lo sperma che viene prodotto continuamente in un ciclo di 74 giorni; se il bambino venisse concepito in quel periodo, il rischio per la sua salute potrebbe aumentare molto.

Tabacco: è ormai noto che il fumo in gravidanza danneggia la salute della madre e del bambino, ma tutti questi esiti potrebbero essere evitati se la madre capisse la sua responsabilità e smettesse di fumare il prima possibile. Uno scrittore cristiano ha detto che "ognuno di noi dovrebbe pensare al futuro. Ogni boccata di sigaretta è un altro ticchettio di una bomba a orologeria di terribili conseguenze ". Il fumo materno durante la gravidanza è considerato una delle cause più importanti di complicazioni in gravidanza che portano ad un esito sfavorevole, ossia all'aborto, rispetto alla gravidanza delle donne non fumatrici. In particolare, il fumo durante la gravidanza aumenta la probabilità di placenta praevia, *abruptio placentae*, gestazione ectopica (7) e rottura prematura delle membrane (PRM) (7-9). Quindi, le donne incinte che fumano sigarette corrono un maggiore rischio di aborto spontaneo (4,8, 10,11).

Inoltre, il fumo durante la gravidanza trasmette al bambino monossido di carbonio, nicotina e altre sostanze chimiche dannose, che possono causare molti problemi allo sviluppo del nascituro (12). Il fumo è inoltre associato al ritardo di crescita fetale (8,9) e aumenta il rischio di mortalità fetale/perinatale o di neonati prematuri, o di neonati con basso peso alla nascita (4,5,7,12), o con difetti alla nascita (12).



I futuri padri fumatori possono, secondo uno studio pubblicato sull'*European Journal of Preventive Cardiology*, una rivista della Società Europea di Cardiologia (ESC), aumentare il rischio di difetti cardiaci congeniti nei loro futuri figli. Per le future madri, sia il fumo che l'esposizione al fumo passivo sono dannosi.

Inoltre, il fumo può influenzare i bambini dopo la loro nascita. Quando questi bambini crescono con la presenza del fumo materno quotidiano fin dall'inizio della gravidanza, presentano una varietà di problemi di salute, tra cui obesità, malattie respiratorie/asma (8, 10-12), ridotta funzione polmonare, sovrappeso, dipendenza dal tabacco (8, 10,11), disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), alta pressione arteriosa, (4,7), problemi di apprendimento (4), comportamento (7, 8, 10), disturbi cognitivi, futura fertilità dei neonati maschi, anomalie congenite e autismo infantile (7). C'è anche un rischio maggiore di morire per la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) (7,8,12).

Inoltre, il **fumo di tabacco materno** può causare problemi alla salute della madre. Può portare a bronchite cronica, cancro ai polmoni ed enfisema. Aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, che possono portare a ictus o infarto. Il fumo è stato anche collegato ad altri tumori, leucemia, cataratta, diabete di tipo 2 e polmonite. Tutti questi rischi si applicano all'uso di qualsiasi prodotto fumato, compreso il tabacco per narghilè. *Il narghilè comprende strumenti a stelo singolo o multiplo per vaporizzare e fumare tabacco aromatizzato, anche cannabis o a volte oppio il cui vapore o fumo viene fatto passare attraverso una bacinella d'acqua, spesso di vetro, prima dell'inalazione.* Il tabacco senza fumo aumenta il rischio di cancro, specialmente quello alla bocca (4). **L'esposizione al fumo passivo**, sia quello proveniente dalla combustione finale del prodotto del tabacco che quello esalato dalla persona che sta fumando, può causare problemi di salute come tosse, catarro, riduzione della funzione polmonare, polmonite, bronchite e può portare a cancro ai polmoni e malattie cardiache (4).

Alcool: Non c'è una quantità conosciuta di alcol che una donna in gravidanza può consumare e che si possa ritenere sicura. Bere alcolici in gravidanza può causare bambini nati con disturbi della sindrome alcolica fetale (FASD) che durano tutta la vita. I bambini con FASD possono avere un mix di problemi comportamentali, fisici e di apprendimento (12). L'assunzione episodica di alcol, ≥ 4 bevande alcoliche al giorno durante la gravidanza, può aumentare il rischio di problemi di salute mentale del bambino e di risultati scolastici inferiori, anche se i livelli medi giornalieri di consumo di alcol sono bassi (13). Come si sente una madre che ha bevuto durante la gravidanza quando guarda il volto del suo bambino? Vi vedrà impresso, per tutta la vita, il marchio del suo comportamento sconsiderato...

Droghe illegali: l'uso di droghe illegali come le metanfetamine e la cocaina può causare bambini sottopeso, difetti alla nascita o sintomi di astinenza dopo la nascita (12).



Abuso di farmaci da prescrizione: l'assunzione di farmaci da prescrizione da parte delle donne incinte, senza seguire le istruzioni dell'operatore sanitario che le ha prescritte, può essere pericoloso in quanto la donna potrebbe assumere più farmaci di quelli che dovrebbe, usarli per sballarsi, o prendere i farmaci di qualcun altro. Per esempio, l'abuso di oppioidi può causare astinenza nel bambino, difetti alla nascita o addirittura la perdita del bambino, o sintomi di astinenza dopo la nascita (12).

1.3 La radice del comportamento negativo - come generalmente inizia questo comportamento

Fattori socioculturali: Ci sono molti fattori socioculturali che influenzano l'uso di droga e di alcol. Questi fattori affrontano l'impatto della cultura e della società sulla dipendenza. La pressione di coloro che ci circondano, può influenzare l'uso o meno di queste sostanze. Avere amici che si drogano o bevono aumenta significativamente le possibilità che si faccia a propria volta uso di queste sostanze (1). Ci sono anche segmenti della società per i quali l'alcol e la droga sono visti come una fuga. Le celebrità sono spesso intrappolate in un ciclo di dipendenza da droghe e alcol, che usano per sfuggire alla pressione e alla necessità di essere perfetti davanti alle telecamere (1). Inoltre, condizioni familiari avverse, compresi bassi livelli di supervisione dei genitori e famiglie monoparentali, sono state associate sia al fumo che al consumo di alcol. Condizioni familiari avverse durante l'infanzia portano anche all'uso di sostanze illecite, sebbene diversi studi hanno rilevato che il consumo di droghe illecite, in certe classi sociali, ha come causa un elemento di "iniziazione" (collegato anche alla trasgressione) del consumo stesso di sostanze illecite (14).

Fattori psicodinamici: Oltre ai fattori socioculturali che influenzano la dipendenza, ci sono anche fattori psicodinamici che contribuiscono alla dipendenza di una persona. I fattori psicodinamici sono la storia passata, i problemi emotivi e i disturbi psicologici. La storia passata e i problemi emotivi sono spesso collegati insieme. Una persona che ha subito abusi, per esempio, potrebbe sentirsi impotente e spaventata. Potrebbe poi rivolgersi alle droghe o all'alcol per affrontare questi sentimenti (1). Spesso, i fattori psicodinamici sono subconsci. Cioè, una persona non si rende conto che sta usando droghe e alcol per affrontare i problemi che ha vissuto nel suo passato. In effetti, una persona potrebbe anche non rendersi conto di avere problemi con il proprio passato! (1). Inoltre, una gravidanza indesiderata è stata associata al fumo di sigaretta durante la gravidanza, ma non all'uso di altri tipi di sostanze (15). Inoltre, il *Substance Use Risk Profile Scale* ha trovato che la mancanza di speranza, l'impulsività e la ricerca di sensazioni erano correlate positivamente all'uso attuale e futuro di sostanze, mentre la sensibilità all'ansia, era correlata negativamente (16).

2. Principali ricerche/studi sull'uso di sostanze e sul tabacco



3. 2.1 Conclusioni sugli aspetti negativi dei comportamenti dei futuri genitori riguardo all'uso di sostanze e tabacco e l'impatto sulla salute dei bambini

L'uso prenatale di sostanze è un importante problema di salute pubblica associato a diversi effetti nocivi sulla madre e sul feto. La sostanza più comunemente usata in gravidanza è il tabacco, seguito da alcol, cannabis e altre sostanze illegali (6).

Fumo

Una grande meta-analisi nel 2011 dall'University College di Londra, riguardante gli effetti del fumo materno sul feto, ha utilizzato centosettantadue articoli (inclusi gli studi osservazionali pubblicati tra il 1959 e il 2010) rilevando un totale di 173.687 casi malformati e 11.674.332 controlli non affetti. Sono state trovate significative associazioni positive tra il fumo materno e i difetti cardiovascolari/cuore, difetti muscoloscheletrici, difetti di riduzione degli arti, dita mancanti/superiore, piede torto, craniosinostosi, difetti facciali, difetti oculari, fistole orofacciali, difetti gastrointestinali, gastroschisi, atresia anale, ernia e criptorchidismo (17).



Un'altra ricerca, condotta da *Wehby G. L., Prater K.K., McCarthy A.M., et al. (2011)*, ha valutato gli effetti del fumo materno durante la gravidanza sul neurosviluppo del bambino tra i 3 e i 24 mesi di età e le interazioni con lo status socioeconomico (SES). Sono stati inclusi 1.584 bambini di età compresa tra 3 e 24 mesi che hanno frequentato 24 studi pediatrici in Argentina (671 neonati), Brasile (525 neonati) e Cile (388 neonati) per le cure di routine del bambino nel 2005 e 2006. I risultati hanno mostrato che il fumo ha grandi effetti negativi sul neurosviluppo, con effetti maggiori nel campione a basso SES. Quindi il fumo materno in gravidanza può ridurre significativamente il neurosviluppo infantile precoce (18).

Inoltre, uno studio ha esaminato se l'effetto del fumo materno durante la gravidanza sul peso alla nascita della prole fosse mediato dai cambiamenti indotti dal fumo nella metilazione del DNA nel sangue del cordone ombelicale. Lo studio di coorte GECKO condotto a Drenthe, ha usato il sangue del cordone ombelicale di 129 bambini olandesi esposti al fumo materno vs 126 non esposti al fumo materno e paterno (53% maschi). La metilazione del DNA è stata misurata utilizzando l'Illumina Human Methylation 450 Beadchip. L'analisi della rete funzionale ha suggerito un ruolo nell'attivazione del sistema immunitario. Inoltre, è stato osservato un ruolo potenzialmente mediatore della metilazione del DNA nell'associazione tra fumo materno durante la gravidanza e peso alla nascita della prole. Infine, che le analisi di rete e di arricchimento indicato che il fumo nella madre può indurre una risposta immunitaria cellulare nel feto. In conclusione, il fumo materno durante la gravidanza è stato associato a differenze di metilazione del sangue del cordone ombelicale (19).

Uso di sostanze

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



L'impatto dell'uso materno di sostanze si può osservare nell'*Indagine Nazionale 2002-2003 sull'uso di droghe e la salute*. Tra le donne incinte nel gruppo di età 15-44, il 4,3%, il 18% e il 9,8% hanno fatto uso rispettivamente di droghe illecite, tabacco e alcol. Gli effetti sul neonato includono una diminuzione dei parametri di crescita e un aumento dei segni del sistema nervoso centrale e del sistema nervoso autonomo e dei rinvii alle agenzie di protezione dell'infanzia. Nell'infanzia, gli effetti cognitivi e comportamentali sono visti dopo l'esposizione prenatale alla cocaina; l'alcol e il tabacco hanno effetti separati e specifici. L'uso continuo di alcol e tabacco da parte di chi si prende cura del bambino influenza il comportamento infantile. Pertanto, gli sforzi dovrebbero essere fatti per prevenire e trattare i problemi comportamentali, nonché per limitare l'insorgenza del consumo di droga da parte dei bambini adolescenti nati da donne che fanno uso di droghe durante la gravidanza (20).

Uno studio retrospettivo “caso-controllo”, basato su dati provenienti da un ospedale, è stato condotto su 280 casi di ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) e 242 controlli non-ADHD di entrambi i sessi. I bambini e i loro genitori sono stati sistematicamente valutati con interviste diagnostiche strutturate. I risultati hanno mostrato che l'ADHD (Attention- Deficit Hyperactivity Disorder) può essere un ulteriore risultato deleterio associato all'esposizione prenatale all'alcol, indipendentemente dall'associazione tra l'esposizione prenatale alla nicotina e ai prodotti da fumo e altri fattori di rischio familiare (21).

Un'altra ricerca ha intervistato donne che hanno partorito negli ospedali di Washington DC durante il 1992. I risultati mostrano che la richiesta di aborto indotto era associata a un elevato uso materno di diverse sostanze; mentre altre forme di perdita perinatale (aborto spontaneo e nato morto) non erano collegate all'uso di sostanze (15).

Baily B.A, McCook J.G., Hodge A. e Mc Grady L. (2011) hanno esaminato l'impatto dell'uso di tabacco in gravidanza, rispetto all'uso di droghe illecite, sugli esiti della nascita. Le donne (n=265) sono state reclutate all'ingresso nell'assistenza prenatale, con informazioni sul background e sull'uso di sostanze raccolte durante la gravidanza. Tra le donne che fumavano, l'aumento medio del peso alla nascita era di 163g, per quelle che non facevano uso di droghe illecite pesanti e di fumo l'aumento medio del peso alla nascita era di 352g. Tra le donne incinte che facevano uso di sostanze, la cessazione del fumo aveva un impatto maggiore sul peso alla nascita rispetto all'eliminazione dell'uso di droghe illecite (22).

Inoltre, *Shankaran S., Das A., Bauer C.R., Henrietta S. Bada H. S., et al (2004)* nella loro ricerca hanno determinato gli effetti dei modelli di consumo di droga durante la gravidanza a termine sui parametri di crescita del bambino alla nascita. Un totale di 241 donne esposte alla cocaina e 410 donne non esposte alla cocaina hanno partecipato allo studio. Nel gruppo esposto alla cocaina, il 90% ha usato il tabacco, il 75% l'alcol e il 53% la marijuana; nel gruppo non esposto alla cocaina, il 57% ha usato l'alcol, il 34% il tabacco e il 19% la marijuana. Il peso e la lunghezza alla nascita



e la circonferenza della testa dei bambini erano significativamente maggiori tra i neonati nati da donne che non facevano uso di droghe, rispetto alle donne che facevano uso di cocaina, oppiacei, alcol, tabacco o marijuana, ed erano maggiori tra i neonati nati da non consumatori di cocaina, rispetto ai consumatori di cocaina. In conclusione, i modelli di uso del tabacco durante la gravidanza influenzano la lunghezza e il peso alla nascita e la circonferenza della testa, mentre la cocaina influenza il peso alla nascita e le dimensioni della testa, quando gli adattamenti sono fatti per i confounders, compreso l'uso di più droghe (23).

La cannabis è la droga illecita più comunemente consumata dalle donne incinte. L'esposizione intrauterina alla cannabis può comportare rischi per il feto in via di sviluppo. Inoltre è stata dimostrata l'influenza che ha sulla crescita intrauterina e sul successivo sviluppo psicologico e comportamentale del bambino.

(24). Una ricerca, basata su un campione della popolazione, ha esaminato la relazione tra uso materno di cannabis e crescita fetale fino alla nascita. Sono state coinvolte circa 7.452 madri durante la gravidanza e hanno fornito informazioni sull'uso di sostanze e sulla crescita fetale. È stato rilevato che l'uso materno di cannabis in gravidanza era associato con una riduzione della crescita a metà e fine gravidanza e con un peso inferiore alla nascita. Questa riduzione della crescita era più pronunciata per i feti esposti all'uso continuo di cannabis da parte della madre durante la gravidanza. Il peso fetale nei feti esposti alla cannabis ha mostrato una riduzione della crescita di -14.44 g/settimana (95% intervallo di confidenza -22.94 a -5.94, $p = .001$) e della circonferenza cranica (-0.21 mm/settimana, 95% intervallo di confidenza -0.42 a 0.02, $p = .07$), rispetto ai feti non esposti. L'uso materno di cannabis durante la gravidanza ha provocato una restrizione della crescita più pronunciata rispetto all'uso materno di tabacco. L'uso paterno di cannabis non era associato con il ritardo di crescita fetale. In conclusione, l'uso materno di cannabis, anche per un breve periodo, può essere associato a condizioni avverse per la crescita fetale (24).

2.2 Conclusioni sui comportamenti positivi riguardanti l'uso di sostanze e tabacco e l'impatto sulla salute dei bambini

I risultati aggregati degli studi di intervento comportamentale indicano che il trattamento ha ridotto le nascite pretermine e la percentuale di bambini nati con basso peso alla nascita, rispetto alle cure abituali (25). Questo risultato è supportato da un'analisi dei risultati aggregati di studi con fumatrici incinte economicamente svantaggiate, che ha trovato che gli incentivi basati su voucher hanno migliorato la crescita fetale stimata ecograficamente, il peso alla nascita, la percentuale di parti di basso peso alla nascita e la durata dell'allattamento al seno (26,27).

4. Raccomandazioni (OMS) Esempi di interventi basati sull'evidenza Uso di sostanze e tabacco - da evitare

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



Uso del tabacco - Esempi di interventi basati sull'evidenza

Fornire brevi consigli per la cessazione del tabacco, farmacoterapia (compresa la terapia sostitutiva della nicotina) e servizi di consulenza comportamentale intensiva

Trattamenti efficaci possono portare alla cessazione permanente del fumo, comprese le terapie comportamentali e i farmaci approvati dalla FDA (Food and Drug Administration). La ricerca indica che i fumatori che ricevono una combinazione di terapia comportamentale e di farmaci per la cessazione del fumo smettono a tassi più alti di quelli che ricevono un intervento minimo (28). Interventi come **brevi consigli per la cessazione del tabacco** da parte di un operatore sanitario, linee telefoniche di assistenza, messaggi di testo automatizzati e materiale stampato di auto-aiuto possono anche facilitare la cessazione del fumo (29). Anche gli interventi di disassuefazione che utilizzano dispositivi mobili e social media si dimostrano promettenti nel favorire la cessazione del tabacco (30). È importante che il trattamento per la cessazione sia il più possibile personalizzato, poiché alcune persone fumano per evitare gli effetti negativi dell'astinenza, mentre altre sono più spinte dagli aspetti gratificanti del fumo (31).

Terapie comportamentali I trattamenti comportamentali usano vari metodi per aiutare le persone a smettere di fumare, dal materiale di auto-aiuto alla consulenza. Questi trattamenti insegnano alle persone a riconoscere le situazioni ad alto rischio e a sviluppare strategie per affrontarle. Per esempio, le persone che frequentano altri fumatori hanno maggiori probabilità di fumare e meno probabilità di smettere (4). La **consulenza comportamentale** è tipicamente fornita da specialisti nella cessazione del fumo per quattro-otto sessioni (32). Sia la consulenza di persona che quella telefonica sono state trovate utili per i pazienti che usano anche farmaci per smettere (33).

È stata svolta un'analisi per sintetizzare l'evidenza riguardante l'efficacia degli interventi per aumentare la fornitura di assistenza per la cessazione del fumo negli ospedali. Sono stati identificati studi pubblicati tra il 1994 e il 2006. La meta-analisi degli studi controllati ha dimostrato un effetto significativo dell'intervento per la fornitura di assistenza e counseling per smettere (differenza di rischio aggregata = 16,6, CI = 4,9-28,3), ma non per la valutazione dello stato di fumatore, il consiglio di smettere, o la prescrizione della NRT (Nicotine Replacement Therapy). Gli interventi possono essere efficaci per aumentare il supporto di routine dell'assistenza ospedaliera per la cessazione del fumo (34).

Gli Stop Smoking Services (SSS) del Regno Unito forniscono l'accesso all'aiuto gratuito sul posto per smettere di fumare. Consulenti addestrati danno sostegno e consulenza e possono prescrivere una varietà di farmaci per smettere di fumare. Sono stati istituiti nel 1999 per ridurre i decessi, in particolare per cancro e malattie coronariche. Più di 724.247 persone hanno avuto accesso ai servizi in Inghilterra tra aprile 2012 e marzo 2013, quindi i servizi Stop Smoking hanno evitato più di 18.000 morti premature in un solo anno. I clienti erano molto soddisfatti dei servizi secondo

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



un sondaggio sulla soddisfazione dei clienti. Migliori possibilità di successo vengono dal poter vedere specialisti che sono addestrati per dare un supporto ottimale. Alcuni fumatori hanno bisogno di questo ulteriore aiuto per smettere e quindi un investimento continuo in questi servizi è vitale se si vuole che più persone smettano di fumare completamente (35).

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) - La CBT aiuta i pazienti a identificare i fattori scatenanti - le persone, i luoghi e le cose che stimolano il comportamento - e insegna loro le abilità di prevenzione delle ricadute (per esempio, tecniche di rilassamento) e strategie di coping efficaci per evitare di fumare di fronte a situazioni stressanti e fattori scatenanti (36). Uno studio che ha confrontato la CBT e l'educazione sanitaria di base ha osservato che entrambi gli interventi hanno ridotto la dipendenza dalla nicotina (37).

Motivational Interviewing (MI) - Nel MI, i consulenti aiutano i pazienti a esplorare e risolvere la loro ambivalenza sullo smettere di fumare e ad aumentare la loro motivazione nel compiere cambiamenti salutari. Il MI è incentrato sul paziente e in modo da non creare conflitti, gli operatori aiutano i fumatori a vedere le discrepanze tra i loro valori o i loro obiettivi e i loro comportamenti attuali. Si adattano alla resistenza dei pazienti al cambiamento e sostengono l'autoefficacia e l'ottimismo (36). Gli studi sulla MI suggeriscono che questo intervento porta a tassi di abbandono più alti rispetto a brevi consigli per smettere di fumare o alle cure usuali (38).

Mindfulness - Nei trattamenti di disassuefazione dal fumo basati sulla mindfulness, i pazienti imparano ad aumentare la consapevolezza e il distacco da pensieri, sensazioni e desideri che possono portare alla ricaduta (39). L'interesse per i trattamenti basati sulla consapevolezza è aumentato nell'ultimo decennio e gli studi dimostrano che questo approccio giova alla salute mentale generale e può aiutare a prevenire la ricaduta nel fumo (40).

Messaggi di testo, servizi basati sul web e supporto dei social media: la tecnologia, compresi i telefoni cellulari, internet e le piattaforme dei social media, può essere usata per fornire interventi per smettere di fumare. Queste tecnologie hanno il potere di aumentare l'accesso alle cure estendendo il lavoro dei consulenti e superando le barriere geografiche che possono dissuadere le persone dall'entrare nel trattamento (4).

Una revisione della letteratura sugli interventi di disassuefazione dal fumo basati sulla tecnologia (personal computer, internet e telefono cellulare) ha scoperto che questi supporti possono aumentare la probabilità che gli adulti smettano di fumare, rispetto a nessun intervento o alle informazioni di auto-aiuto, e possono essere un'aggiunta economicamente efficace ad altri trattamenti (41). Una tecnologia non deve necessariamente essere recente o altamente sofisticata per aiutare ad aumentare i tassi di cessazione. Per esempio, alcuni studi suggeriscono che gli adulti che ricevono incoraggiamenti, consigli e suggerimenti per smettere di fumare tramite messaggi di



testo - una funzionalità presente anche nei più semplici dispositivi mobili - mostrano tassi di abbandono migliori rispetto ai programmi di controllo (42).

Una revisione sistematica e una meta-analisi degli studi randomizzati pubblicati sugli interventi basati sulla tecnologia - tra cui internet, programmi informatici, telefono e messaggi di testo - per la cessazione del fumo tra questa popolazione ha trovato che essi hanno aumentato l'astinenza di 1,5 volte quella dei soggetti di confronto (2).

Terapia sostitutiva della nicotina: Le terapie sostitutive della nicotina (NRT) sono stati i primi farmaci che la Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti ha approvato per l'uso nella terapia di cessazione del fumo (4). I prodotti NRT forniscono abbastanza nicotina per aiutare ad alleviare i sintomi dell'astinenza. Gli attuali prodotti NRT approvati dalla FDA includono le gomme da masticare (una gomma da masticare che fornisce una dose di nicotina per via orale), di solito dura circa 30 minuti; cerotto transdermico (un cerotto alla nicotina viene applicato direttamente sulla pelle e fornisce livelli stabili di nicotina per tutto il giorno), spray nasali (spruzzati attraverso le narici ogni 1-2 ore, fornendo rapidi livelli di picco di nicotina), inalatori (un dispositivo da soffiare, assorbendo la nicotina in bocca e in gola), e pastiglie (simile alla gomma alla nicotina, la pastiglia fornisce nicotina per via orale) (44). Le NRT forniscono una dose controllata di nicotina per alleviare i sintomi di astinenza mentre la persona cerca di smettere (4, 44).

Un programma per la cessazione del fumo è stato progettato con l'obiettivo di aumentare i tassi di cessazione del fumo nelle popolazioni poco servite e vulnerabili. Il programma ha utilizzato le linee guida basate sull'evidenza, la terapia sostitutiva alla nicotina (NRT), il supporto individualizzato e il follow-up, ed è stato implementato in una clinica gratuita. I fattori scatenanti dei partecipanti per il fumo includevano stress, emozioni negative, abitudini e ritardi nello smettere di fumare. I partecipanti hanno riferito di essere soddisfatti delle risorse, del supporto e della convenienza del programma di cessazione del fumo, e hanno preferito i cerotti alla nicotina rispetto alle gomme alla nicotina. (45).

Altri farmaci: Bupropione (Zyban®) e vareniclina (Chantix®) sono due farmaci non nicotinici approvati dalla FDA che hanno aiutato le persone a smettere di fumare. Mirano ai recettori della nicotina nel cervello, alleviando i sintomi dell'astinenza e bloccando gli effetti della nicotina se le persone ricominciano a fumare (43,44).

Combinazioni di farmaci: Una meta-analisi ha trovato che una combinazione di vareniclina e NRT (in particolare, fornendo un cerotto alla nicotina prima della cessazione) era più efficace della vareniclina da sola (46).



Le "5 A" (ask, advise, assess, assist, arrange): Un approccio terapeutico (le "5 A" chiedere, consigliare, valutare, assistere, disporre) può essere implementato in un breve periodo di tempo presso gli ambulatori per discutere l'uso della terapia sostitutiva della nicotina (47).

Combinazione di trattamento fisiologico e psicologico

È stato svolto uno studio che sviluppa e valuta i risultati di un programma di cessazione del fumo che fornisce una combinazione di trattamento fisiologico e psicologico nel contesto di un gruppo di sostegno a breve termine. In questo studio, dieci fumatori adulti sono stati reclutati per mezzo di annunci trasmessi dalla televisione locale per un periodo di sette giorni e mille volantini che pubblicizzavano l'assistenza gratuita per smettere di fumare. Il programma di tre mesi consisteva in tre sessioni di gruppo mensili, cerotti alla nicotina gratuiti, consulenza telefonica da parte di infermieri della salute pubblica e interviste telefoniche da parte di volontari della salute della comunità. Al follow-up di 9 mesi, cinque dei dieci partecipanti (50%) avevano smesso di fumare, e tre (30%) avevano diminuito il consumo di sigarette di almeno il 49% dei loro livelli pre-test. L'ottanta per cento dei partecipanti aveva quindi cambiato il proprio comportamento di fumatori (48).

Cessazione del fumo per le donne incinte

Le donne incinte che fumano corrono un rischio considerevole per i loro bambini, e questo rischio aumenta in funzione del numero di sigarette fumate quotidianamente. Poiché le donne non dovrebbero idealmente ricevere alcun farmaco durante la gravidanza, sono stati concepiti numerosi programmi di disassuefazione dal fumo, basati unicamente sul counselling alle donne. I dati ottenuti in 37 studi che hanno incluso 16.916 donne offrono motivi di ottimismo: una riduzione significativa del fumo (cessazione del fumo) è stata raggiunta dalla consulenza medica in 34 studi (OR = 0,53; CI: 0,47-0,60) e la percentuale di donne che continuano a fumare è stata ridotta del 6,4% (49). In 8 studi con convalida della cessazione del fumo, consulenza ad alta intensità e criteri di valutazione molto rigorosi, la percentuale di donne che continuano a fumare è diminuita dell'8,1% (OR = 0,53; CI: 0,44-0,63) (49). Il sottoinsieme di studi con informazioni sull'esito fetale ha rivelato riduzioni del basso peso alla nascita (OR = 0,80; CI: 0,67-0,95) e nascite pretermine (OR = 0,83; CI: 0,69-0,99) e un aumento del peso medio alla nascita di 28 g (9-49 g). In definitiva, quindi, queste tecniche possono essere considerate utili per ridurre la mortalità perinatale (50).

Un altro studio mostra che i trattamenti comportamentali sono efficaci, mentre le farmacoterapie hanno solo un successo marginale (51). Una combinazione di incentivi e consulenza comportamentale è più efficace per le donne incinte (52). L'aggiunta di buoni alle cure di routine (che includevano una terapia sostitutiva alla nicotina gratuita per 10 settimane e quattro telefonate settimanali di supporto) ha più che raddoppiato i tassi di cessazione durante la gravidanza (53). I risultati aggregati degli studi di intervento comportamentale indicano che il trattamento ha ridotto le nascite pretermine e la proporzione di bambini nati con basso peso alla nascita, rispetto alle cure abituali (25,26).



Uso di sostanze psicoattive - Esempi di interventi basati sull'evidenza

Partnership infermiera-famiglia: In un programma focalizzato sui bambini di età inferiore ai 5 anni - la *Nurse-Family Partnership* - ha mostrato riduzioni significative nell'uso di alcol negli anni dell'adolescenza rispetto a quelli che non hanno ricevuto l'intervento (54). Questo programma di prevenzione selettiva utilizza infermiere addestrate per fornire un intervento intensivo di visite a domicilio per le madri a rischio durante la gravidanza. Questo intervento fornisce un'educazione continua e un supporto per migliorare la salute del bambino e gli esiti e lo sviluppo della gravidanza, mentre rafforza le capacità genitoriali.

Raising Healthy Children: Il programma *Raising Healthy Children* (noto anche come *Seattle Social Development Project*) è un programma multicomponente, universale, per la scuola elementare che coinvolge sia le scuole che i genitori ed è efficace nel prevenire l'abuso di sostanze. Si rivolge alle classi dalla prima alla sesta e combina l'apprendimento sociale ed emotivo, l'istruzione in classe e la formazione alla gestione per gli insegnanti, e la formazione per i genitori condotta da coordinatori scuola-casa, che lavorano con i bambini a scuola e con i genitori a casa, concentrandosi sulla risoluzione dei problemi in casa e workshop simili. Gli studi di questo programma hanno mostrato riduzioni nel bere pesante all'età di 18 anni (6 anni dopo l'intervento) (55, 56) e nei tassi di uso di alcol e marijuana (56).

Il programma Fast Track: Un altro programma di prevenzione multicomponente selettivo e universale è il *Fast Track Program*, un intervento intensivo di 10 anni che è stato implementato in quattro località degli Stati Uniti per bambini con alti tassi di aggressività in Grade 1. Il programma include componenti universali e selettivi per migliorare la competenza sociale a scuola, tutoraggio per la lettura precoce, visite a domicilio e gruppi di sostegno per i genitori fino al grado 10. Il follow-up all'età di 25 anni ha mostrato che gli individui che hanno ricevuto l'intervento da adolescenti hanno diminuito l'abuso di alcol e di altre sostanze, con l'eccezione dell'uso di marijuana (57).

Programmi basati sulla scuola: Un programma ben studiato e ampiamente utilizzato è il *LifeSkills Training*, un programma basato sulla scuola erogato per 3 anni (58). La ricerca ha dimostrato che questa formazione ha ritardato l'uso precoce di alcol, tabacco e altre sostanze e ha ridotto i tassi di uso di tutte le sostanze fino a 5 anni dopo la fine dell'intervento. Un modello multiculturale, *keepin'it REAL*, utilizza video e racconti sviluppati dagli studenti e ha mostrato effetti positivi sull'uso di sostanze tra i giovani messicani americani negli Stati Uniti sud-occidentali (59).



Programmi basati sulla famiglia: *Strengthening Families Program (SFP)* è un intervento per genitori e giovani dai 10 ai 14 anni che mostra sostanziali effetti preventivi sull'uso di sostanze. Si tratta di un programma universale di sette sessioni, ampiamente utilizzato e incentrato sulla famiglia, che migliora le competenze dei genitori - porre dei limiti, in modo specifico accudire e comunicare - così come la capacità di rifiutare l'uso delle sostanze da parte degli adolescenti. In diversi studi condotti in comunità rurali degli Stati Uniti, SFP ha mostrato riduzioni nell'uso di tabacco, alcol e droghe fino a 9 anni dopo l'intervento (cioè, fino all'età di 21 anni) rispetto ai giovani che non sono stati assegnati a SFP (60,61). La SFP mostra anche riduzioni nell'abuso di droghe da prescrizione fino a 13 anni dopo l'intervento (cioè fino all'età di 25 anni), sia da sola che quando è associata a un'efficace prevenzione scolastica focalizzata sulle competenze (62).

Coping Power è un programma di 16 mesi per bambini di 5 e 6 anni che sono stati identificati con un'aggressività precoce. Il programma, che è progettato per costruire capacità di risoluzione dei problemi e di autoregolazione, ha sia una componente genitoriale che una infantile e riduce l'uso precoce di sostanze (63).

Programmi basati su Internet: *'I Hear What You're Saying'* è un intervento basato su computer e Internet che mostra anche effetti positivi sulla prevenzione dell'uso di sostanze. Comprende nove sessioni di 45 minuti per migliorare la comunicazione, stabilire regole familiari e gestire i conflitti. Specificamente focalizzato su madri e figlie, i risultati del follow-up hanno mostrato tassi più bassi di uso di sostanze in un campione etnicamente diverso (64).

Programmi per studenti universitari: Un'analisi ha esaminato 41 studi con 62 interventi individuali o di gruppo e ha trovato che i destinatari degli interventi hanno sperimentato un uso ridotto di alcol e meno problemi legati all'alcol fino a quattro anni dopo l'intervento (65). Un esempio di un breve intervento motivazionale per il quale i risultati sono stati positivi per la riduzione del consumo di alcol è il *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS)*. BASICS è progettato per aiutare gli studenti a ridurre l'abuso di alcol e le conseguenze negative del loro bere. Consiste in due interviste di 1 ora, con una breve valutazione online dopo la prima sessione. La prima intervista raccoglie informazioni sui modelli di consumo di alcol e sulle convinzioni personali sull'alcol, fornendo al contempo istruzioni per l'automonitoraggio del consumo tra le sessioni. La seconda intervista utilizza i dati della valutazione online per sviluppare un feedback personalizzato e normativo che esamina le conseguenze negative e i fattori di rischio, chiarisce i rischi percepiti e i benefici del bere, e fornisce opzioni per ridurre il consumo di alcol e le sue conseguenze. Gli studi di follow-up degli studenti che hanno usato BASICS hanno mostrato riduzioni della quantità di alcol nella popolazione generale del college, tra i membri delle confraternite, tra i forti bevitori che si sono offerti di usare BASICS, e tra coloro che sono stati obbligati a partecipare al programma dagli organi disciplinari del college (66).

4. Come il comportamento può cambiare - il ruolo dei professionisti

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



Gli **operatori sanitari** sono fondamentali nella prevenzione e nel trattamento del tabacco e dell'abuso di sostanze. Essi forniscono orientamento, risorse, farmaci e opzioni che aiutano a guidare gli utenti verso il sostegno e l'autogestione (44).

Il ruolo del fornitore include: **Parlare** con i pazienti dell'uso di tabacco e sostanze

- Fornire interventi e sostegno adeguati alla fase
- Assistere nella creazione di piani per smettere e/o ridurre l'uso
- Identificare i problemi di uso di sostanze tra i pazienti con malattia cronica
- Sviluppare e implementare interventi efficaci per impedire ai giovani di usare il tabacco, alcool e droghe (44).

Assistente sociale: L'evidenza mostra che l'uso problematico di sostanze è un comportamento che può essere cambiato. Con il giusto sostegno e motivazione le persone possono cambiare il tipo di uso che ne fanno. Gli assistenti sociali possono aiutare le persone a identificare la loro motivazione al cambiamento. I quadri politici enfatizzano le nozioni di "recupero" dall'uso problematico di sostanze e un focus sul cambiamento a lungo termine sostenuto dalla famiglia, dai conoscenti e dalla comunità della persona. Dato il quadro olistico ed ecologico che sta alla base della pratica del lavoro sociale, gli assistenti sociali sono nella posizione ideale per determinare chi e cosa è disponibile per offrire alla persona un sostegno pertinente e positivo al cambiamento (67).

I seguenti tre ruoli chiave sono il punto di partenza per gli assistenti sociali in relazione all'uso di sostanze:

1. Impegnarsi sul tema dell'uso di sostanze come parte del loro dovere di cura per sostenere gli utenti del servizio, le loro famiglie e le persone dipendenti (67).

2. Motivare le persone a considerare di cambiare il loro comportamento problematico nell'uso di sostanze e sostenerle (attraverso le loro famiglie e gli assistenti) nei loro sforzi per farlo (67).

3. Sostenere le persone nei loro sforzi per fare e mantenere cambiamenti nel loro uso di sostanze.

Il modo in cui questi sono applicati ad ogni area di specializzazione della pratica del lavoro sociale varierà. I ruoli varieranno anche a seconda del livello di esperienza e di anzianità dell'assistente sociale, nonché del ruolo, dell'ambiente di servizio e del modello di servizio. Man mano che gli assistenti sociali diventano più esperti e passano a ruoli di gestione e tutoraggio, ci si aspetta che le loro conoscenze e competenze si sviluppino e informino il loro sostegno e supervisione del personale meno esperto. Gli assistenti sociali e i responsabili avanzati e principali dovrebbero anche assumere un ruolo di leadership strategica per garantire che le risposte all'uso di sostanze siano integrate nell'organizzazione (67).

I **professionisti medici** hanno un ruolo significativo da svolgere nello screening dei loro pazienti adolescenti per l'uso di droghe, fornendo brevi interventi, indirizzandoli al trattamento di abuso di sostanze, se necessario, e fornendo un monitoraggio continuo e un follow-up. Lo screening e i brevi interventi non devono richiedere molto tempo e possono essere integrati in contesti medici generali (68).



Ruolo dei medici e delle ostetriche nel trattamento delle donne incinte

Le donne incinte che hanno ricevuto una breve consulenza sugli effetti dell'uso di tabacco, alcol e altre droghe sul loro bambino non ancora nato hanno maggiori probabilità di astenersi. I medici dovrebbero discutere dell'uso di tabacco e sostanze alla prima visita prenatale e continuare per tutta la gravidanza. Esistono interventi efficaci per coloro che sono dipendenti dal tabacco e da altre sostanze, compresi farmaci sicuri per le donne incinte (44).



L'ostetrica ha un ruolo importante nel cambiare il comportamento delle donne incinte, in quanto può essere il primo professionista a cui una donna incinta con problemi di abuso di sostanze si rivolge quando cerca assistenza alla maternità. La visita di prenotazione quando la donna entra per la prima volta in contatto con i servizi di maternità è la più importante. L'ostetrica normalmente prende un'anamnesi medica e sociale dettagliata. Quando la donna viene indirizzata dall'assistente sociale, questo processo di prenotazione è meno complicato. Tutte le ostetriche dovrebbero essere a conoscenza delle strutture locali disponibili per queste donne e indirizzarle in modo appropriato. È di grande importanza porre le domande nel modo giusto in modo che non sembrino minacciose per la donna e costruire un rapporto di fiducia con loro. Come operatori sanitari che scelgono di stare con la donna, le ostetriche devono essere dalla parte della cliente tossicodipendente oltre che al suo fianco (5).

Un'ostetrica di collegamento specializzata in droghe aiuterebbe a ridurre lo stigma associato al trattamento delle donne tossicodipendenti in gravidanza, faciliterebbe l'accesso alle cure per le donne dipendenti in gravidanza e aiuterebbe a mantenere i percorsi di cura una volta stabiliti (69). Si suggerisce anche che il posto faciliterebbe una migliore comunicazione e relazioni di lavoro tra il personale professionale coinvolto nella cura di questa popolazione di pazienti. L'ostetrica specializzata in collegamento con le droghe, in qualità di team leader, creerebbe e coordinerebbe anche un team di ostetriche in grado di prendersi cura efficacemente delle tossicodipendenti in gravidanza (5).

Nella comunità, le visite alle donne incinta dovrebbero essere programmate più frequentemente, anche settimanalmente, perché le relazioni positive che si formano tra le donne e le ostetriche offrono l'opportunità di impiegare un approccio di case adatte alle cure (70). Le ostetriche dovrebbero anche lavorare a stretto contatto con l'assistente sociale ed essere accuratamente informate su questi argomenti, attraverso uno sviluppo professionale continuo, giornate di studio o relatori ospiti dai centri di trattamento, per esempio (5). Le autorità sanitarie concedono agli operatori sanitari il potere di tentare di persuadere le donne a cambiare il loro stile di vita. Le ostetriche sono in una posizione unica, in quanto hanno la possibilità di stabilire e mantenere un rapporto con le donne per un lungo periodo di tempo (5).



5. Educazione per i futuri genitori/popolazione per uno stile di vita sano riguardo all'uso di sostanze e tabacco e in generale - il ruolo dei programmi educativi, il ruolo della comunità, le scuole. Come le informazioni possono essere diffuse

Il ruolo della scuola e dei programmi educativi nella prevenzione dell'abuso di droghe:

La scuola può influenzare le abilità attraverso l'insegnamento, impartire conoscenze, stabilire una solida base di valori in relazione alla salute e all'uso di droghe e atteggiamenti che possono, a loro volta, influenzare l'uso di droga. La valutazione del programma dovrebbe concentrarsi sul livello in classe di conoscenze, atteggiamenti, valori e abilità che rappresentano l'impatto immediato del programma. Valutazione informale o giudizio professionale (71). Le scuole hanno l'opportunità di lavorare con i genitori, gli operatori sanitari e i funzionari della comunità per utilizzare programmi di provata efficacia, per identificare gli studenti che mostrano rischi comportamentali per problemi legati alla droga, e per fare riferimento al domicilio medico di uno studente (72).

Educazione scolastica per la prevenzione dell'abuso di droghe: L'educazione per la prevenzione dell'abuso di droghe nelle scuole può essere definita come i programmi educativi, le procedure, le politiche e altre esperienze che contribuiscono al raggiungimento di obiettivi sanitari più ampi di prevenzione dell'uso e abuso di droghe. L'educazione per la prevenzione dell'abuso di droghe dovrebbe includere curricula sanitari sia informali che formali, la creazione di un ambiente scolastico sano e sicuro, la fornitura di servizi sanitari appropriati e di supporto, così come il coinvolgimento della famiglia e della comunità nella pianificazione e nella realizzazione dei programmi (71).

Raccomandazioni per i programmi di salute nelle scuole per prevenire l'uso del tabacco e la dipendenza

Per garantire il massimo impatto nella prevenzione dell'uso del tabacco tra i giovani, le scuole dovrebbero implementare tutte e sette le seguenti raccomandazioni. Queste linee guida sono basate su una revisione approfondita della ricerca, della teoria e della pratica attuale nell'area della prevenzione dell'uso del tabacco nelle scuole. Le linee guida raccomandano che tutte le scuole siano in grado di:

1. Sviluppare e applicare una politica scolastica sull'uso del tabacco.
2. Fornire istruzioni sulle conseguenze fisiologiche e sociali negative a breve e lungo termine dell'uso del tabacco, sulle influenze sociali sull'uso del tabacco, sulle norme dei compagni riguardo all'uso del tabacco e sulle abilità di rifiuto.
3. Fornire agli insegnanti una formazione specifica per il programma.
4. Sostenere gli sforzi per far smettere di fumare gli studenti e tutto il personale scolastico che fa uso di tabacco
5. Fornire un'educazione alla prevenzione dell'uso del tabacco dalla scuola materna al 12° grado; questa istruzione dovrebbe essere particolarmente intensa nella scuola media o superiore e dovrebbe essere rafforzata nella scuola superiore.



6. Coinvolgere i genitori o le famiglie nel sostegno dei programmi scolastici per prevenire l'uso del tabacco.
7. Valutare il programma di prevenzione dell'uso del tabacco a intervalli regolari (73).

I programmi di salute nelle scuole per prevenire l'uso del tabacco potrebbero diventare una delle strategie nazionali più efficaci per ridurre il peso delle spese fisiche, emotive e monetarie sostenute dall'uso del tabacco (73). Per raggiungere la massima efficacia, i programmi di salute scolastica per prevenire l'uso del tabacco devono essere attentamente pianificati e sistematicamente implementati. I programmi scolastici attentamente pianificati possono essere efficaci nel ridurre l'uso del tabacco tra gli studenti se i leader della scuola e della comunità si impegnano a implementare e sostenere tali programmi (73).

Nei programmi universali, l'addestramento all'autocontrollo, l'addestramento alle abilità di risoluzione dei problemi e le tecniche della terapia cognitiva-comportamentale sono apparse benefiche per la maggior parte degli studenti. Nei programmi per studenti ad alto rischio, i programmi con un approccio alle influenze sociali, l'addestramento alle abilità di rifiuto e l'educazione alla salute, sono stati correlati a risultati negativi nella maggioranza degli studenti ad alto rischio. Per la maggior parte delle strategie di prevenzione dell'uso di sostanze, tuttavia, è stato trovato un effetto differenziale per le diverse fasi di sviluppo. Molti di questi risultati possono essere sottoscritti ai cambiamenti nello sviluppo biologico, cognitivo, emotivo e sociale, così come ai cambiamenti nell'ambiente fisico e sociale che avvengono nell'infanzia e nell'adolescenza. Le analisi dei programmi universali hanno rivelato che i programmi generici, che insegnano le abilità di base come le abilità sociali, l'autocontrollo e la capacità di risolvere i problemi, e i comportamenti sani sono i più vantaggiosi per gli studenti della scuola elementare (74).

L'adolescenza media è un periodo estremamente difficile per la prevenzione dell'uso di sostanze. Gli studenti ad alto rischio beneficiano maggiormente di programmi basati sui principi della terapia cognitivo-comportamentale, dove si insegna loro a far fronte allo stress e all'ansia. Anche se i risultati implicano che il cambiamento comportamentale nell'adolescenza media è possibile, questo sembra realizzabile solo con individui che già dimostrano l'uso di sostanze (problemi), che sono disposti a cambiare (74).

Poiché gli adolescenti tardivi, contrariamente agli adolescenti precoci e medi, beneficiano di programmi universali basati su un approccio di influenza sociale che insegnano le abilità di rifiuto. Poiché gli adolescenti tardivi sono meno orientati sui bisogni, le aspettative e le opinioni dei loro coetanei, ha senso che i programmi che applicano un approccio di influenza sociale e i programmi che insegnano le abilità di rifiuto siano efficaci in questo specifico periodo di sviluppo. Durante questo periodo, gli adolescenti vogliono sviluppare la propria identità. I programmi che li aiutano a farlo sono quindi suscettibili di sortire un buon effetto. L'educazione sanitaria sull'interferenza dell'uso di sostanze con gli obiettivi personali è anche una strategia efficace di prevenzione dell'uso



di sostanze nei programmi universali, che è in accordo con l'orientamento futuro degli adolescenti tardivi. Inoltre, sembra efficace anche la formazione di abilità di base come l'autocontrollo e la risoluzione dei problemi o la formazione di abilità decisionali, il che è in linea con il compito di sviluppo di acquisire le competenze necessarie per il passaggio all'età adulta. Infine, anche il coinvolgimento dei genitori può portare a risultati più positivi, il che è coerente con il miglioramento delle relazioni genitori-adolescenti. Potrebbe essere che in questi adolescenti tardivi ad alto rischio, che stanno già sperimentando pesantemente l'uso di sostanze, l'uso di sostanze sia diventato parte della loro identità (74).

Strategie di insegnamento - Insegnamento interattivo e approccio alle abilità esistenziali: Un approccio alle abilità esistenziali è un modo di insegnare e interagire con i giovani che ha il potenziale di portare a migliori risultati di apprendimento sulla salute e sulla prevenzione dell'abuso di droga e può, in definitiva, influenzare il consumo di droga da parte degli studenti. Le life skills vengono insegnate al meglio attraverso metodi interattivi e sono più efficaci quando vengono applicate e praticate in potenziali situazioni di consumo di droga che sono rilevanti e significative per le situazioni sociali degli studenti (71). L'approccio life skills è più efficace quando: Gli insegnanti o i facilitatori hanno la capacità di aumentare il senso di autostima degli studenti. L'atmosfera della classe non è minacciosa e non giudica (71).

Coinvolgere la comunità nella prevenzione dell'abuso di droga: Le scuole possono arruolare l'aiuto della comunità più ampia nella prevenzione dell'abuso di droghe: Coinvolgere la comunità scolastica (studenti, persone che lavorano nella scuola, famiglie e la comunità in generale servita dalla scuola) in eventi sanitari locali e nazionali, attività di servizio per i giovani e la comunità e gruppi di azione locale; Coinvolgere la comunità in attività relative a newsletter, opuscoli, siti web, comitati, giornate aperte, attività per i compiti degli studenti, forum, serate informative; Coinvolgere la comunità nello svolgimento di attività senza droga per gli studenti; Coinvolgere la comunità nella revisione delle dichiarazioni e dei programmi delle politiche scolastiche; Coinvolgere la comunità nella sponsorizzazione di programmi di educazione alla prevenzione dell'abuso di droghe nelle scuole; Coinvolgere la comunità nei workshop di formazione degli insegnanti; Coinvolgere la comunità nel lavoro con i gruppi giovanili nelle scuole. L'educazione scolastica come l'ambiente di prevenzione dell'abuso di droghe riflette cura, comprensione e coinvolgimento (71).

Il ruolo dei genitori: Una revisione integrativa della letteratura è stata condotta per esaminare quali elementi della connessione genitore-figlio e della comunicazione specifica sull'uso di sostanze sono efficaci nell'uso di alcol, tabacco e droga da parte degli adolescenti. Sono stati esaminati quarantadue articoli in lingua inglese, sottoposti a peer review. La comunicazione aperta avviene nel contesto di un'alta connessione tra i genitori e i loro figli. Le conversazioni sui rischi per la salute sono associate a livelli più bassi di uso di sostanze, mentre conversazioni più frequenti, quelle sull'uso proprio dei genitori, i messaggi permissivi e le conseguenze dell'uso sono associati



a livelli più alti di uso. Ci sono disparità per quanto riguarda le conversazioni sull'uso di ogni sostanza: alcol e tabacco sono argomenti di conversazione più facili, mentre l'uso di droghe è raramente discusso. L'uso di alcol e tabacco da parte dei genitori può influenzare la credibilità della loro comunicazione con i figli. I genitori dovrebbero essere incoraggiati ad avere conversazioni aperte, costruttive, credibili e bilaterali con i loro adolescenti sull'uso di sostanze. Gli interventi per migliorare le capacità di comunicazione dei genitori sull'uso di sostanze, in particolare sull'uso di droghe, dovrebbero includere i tipi di approcci e messaggi evidenziati in questa revisione e, ove possibile, questi interventi dovrebbero includere tutti i membri della famiglia (75).

BIBLIOGRAFIA [NLM (National Library of Medicine)]

1. Boyd N. Uso, abuso e dipendenza da sostanze: Definition and Causes of Substance Disorders, Chapter 18 / Lesson 1; [Internet]; (citato 2013). Disponibile su: <https://study.com/academy/lesson/substance-use-abuse-and-dependence-definition-and-causes-of-substance-disorders.html>
2. Haines-Saah RJ, Kelly MT, Oliffe JL, Bottorff JL. Picture Me Smoke free: Uno studio qualitativo che utilizza i social media e la fotografia digitale per coinvolgere i giovani adulti nella riduzione e cessazione del tabacco, J Med Internet Res. 2015; 26;17(1):27
3. Sistema sanitario Crozer Keystone. Uso di sostanze, abuso e dipendenza [Internet]; 2017. Disponibile su: <https://www.crozerkeystone.org/news/news-releases/2017/substance-use-abuse-and-dependence/>
4. Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe. Cigarettes and Other Tobacco Products [Internet] Revised January 2020 , Disponibile su [:https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products](https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products)
5. Economidou E, Klimi A, Vivilaki VG. Prendersi cura delle donne incinte con abuso di sostanze: Il ruolo dell'ostetrica. Health Sc J [Internet]. Ultima revisione: Marzo 2020 <http://www.hsj.gr/medicine/caring-for-substance-abuse-pregnant-women-the-role-of-the-midwife.php?aid=5297>
6. Forray A. Uso di sostanze durante la gravidanza [Internet]. Pubblicato online 2016 maggio, Pagina aggiornata l'ultima volta il 3 gennaio 2020; Argomento rivisto l'ultima volta: 3 gennaio 2017. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870985/>
7. Loukopoulou A, Evangelopoulou V, Behrakis P. Fumo e gravidanza. Pneumon. 2010; 2(23): 161-167.
8. Murin S, Rafii R, Bilello K. Fumo e cessazione del fumo in gravidanza. Cliniche di medicina toracica. 2011;32(1):75-91

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



9. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-SassiRA, BeskowB, Larentis N. Fumo materno durante la gravidanza e misure antropometriche dei neonati: uno studio basato sulla popolazione nel sud del Brasile. *Cadernos de Saude Publica*. 2011;27(9):1768–1776
10. Matijasevich A, Brion MJ, Menezes A M, Barros AJ, Santos IS, Barros FC. Il fumo materno durante la gravidanza e la crescita della prole nell'infanzia: 1993 e 2004 studi di coorte Pelotas. *Archivi di malattia nell'infanzia*. 2011;96(6):519–525
11. Brion MJ, Victora C, Matijasevich A, Horta B, Anselmi L, Steer C, Menezes AB, Lawlor DA, Smith GD. Fumo materno e problemi psicologici del bambino: disentangling effetti causali e non causali. *Pediatrics*. 2010;126(1):57–65.
12. Medline Plus. Gravidanza e uso di droghe [Internet] .Pagina aggiornata l'ultima volta il 3 gennaio 2020; Ultima revisione dell'argomento: 3 gennaio 2017. Disponibile su: <https://medlineplus.gov/pregnancyanddruguse.html>
13. Sayal K, Heron J, Draper E, Alati R, Lewis SJ, Fraser R, Barrow M, Golding J, Emond A, Smith GD, Gray R. Esposizione prenatale alle abbuffate di alcol: salute mentale e risultati di apprendimento all'età di 11 anni. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(10):891-89
14. Galea S, Nandi A, Vlahov. L'epidemiologia sociale dell'uso di sostanze. *Recensioni Epidemiologiche*. 2004; 26 (1): 36–52
15. Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Uso di sostanze tra le donne incinte nel contesto della precedente perdita riproduttiva e il desiderio di gravidanza attuale. [Internet]. *British J of Health Psychology*. Pubblicato per la prima volta il 31 dicembre 2010. Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/135910705X25499>)
16. Kranka M, Stewart^{bc} SH, O'Connord R, Woicike PB, Wallf , AM, Conrodg PJ. Validità strutturale, concorrente e predittiva della Substance Use Risk Profile Scale nella prima adolescenza. *Addictive Behaviours*. 2011; 36 (1-2) :37-46
17. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Fumo materno in gravidanza e difetti di nascita: A Systematic Review Based on 173 687 Malformed Cases and 11.7 Million Controls. *Hum Reprod Update*. 2011;17 (5), 589-604
18. Wehby G L, Prater KK, McCarthy AM, Castilla EE, Murray JC. L'impatto del fumo materno durante la gravidanza sul primo sviluppo neurologico del bambino. *J Hum Cap*. 2011; 5 (2): 207-254
19. Kupers LK, Xu X, Jankipersadsing SA, Vaez A, van Gemert S B, Scholtens S, Nolte IM, Richmond RC, Relton CL, Felix JF . La metilazione del DNA media l'effetto del fumo materno durante la gravidanza sul peso alla nascita della prole, *Intern J of Epidemiology*. 2015; 1224–1237
20. Shankaranab S, Lesterc BM , A, Bauere CR, Badaf HS, Lagasseg L, Higginsh R. Impatto dell'uso di sostanze materne durante la gravidanza sul risultato dell'infanzia. *Semin Fetal Neonatal Med*"[jour]. 2007; 12(2): 143-150



21. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayerb J, Kleinmann S. Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy. *J of the Am Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(4):378-384
22. Bailey BA, McCook JG, McGrady L. Infant Birth Outcomes Among Substance Using Women: Perché smettere di fumare durante la gravidanza è importante quanto smettere di usare droghe illecite. *Salute materna e infantile J*. 2012; 16: 414-422
23. Shankaran S, Das A, Bauer CR, Henrietta S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Smeriglio V. Associazione tra i modelli di uso di sostanze materne e il peso alla nascita del bambino, la lunghezza e la circonferenza della testa'. *Pediatria*.2004, 114 (2): 226-234
24. Marroun HE, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe WV, Hofman A, Verhulst FC, Brink W, Huizink AC. L'esposizione intrauterina alla cannabis influenza le traiettorie di crescita del feto: Lo studio Generation R. *J of the Am Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; 48 (12): 1173-1181
25. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE . Interventi psicosociali per sostenere le donne a smettere di fumare in gravidanza. [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2. Disponibile su: https://www.cochrane.org/CD001055/PREG_psychosocial-interventions-supporting-women-stop-smoking-pregnancy
26. Higgins ST, Washio Y, Heil SH, Solomon, LJ, Gaalema DE, Higgins TM, Bernstein IM. Incentivi finanziari per la cessazione del fumo tra le donne incinte e di recente post-partum. *Prev Med*. 2012;55 Suppl:S33-S40.
27. Heil SH, Linares Scott T, Higgins ST. Una panoramica dei principi del trattamento efficace dei disturbi da uso di sostanze e la loro potenziale applicazione alle fumatrici di sigarette incinte. *Dipendenza droga-alcol*. 2009;104 Suppl 1:S106-S114.
28. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K., Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
29. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A & Borland R . Interventi di assistenza sanitaria per promuovere e assistere la cessazione del tabacco: una revisione dell'efficacia, l'efficacia e l'accessibilità economica da utilizzare nello sviluppo di linee guida nazionali. *Addict Abingdon Engl*. 2015;110(9):1388-1403.
30. Prochaska JJ, Benowitz NL. Il passato, il presente e il futuro della terapia della dipendenza da nicotina. *Annu Rev Med*. 2016;67:467-4
31. Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe. Tabacco, nicotina e sigarette elettroniche [Internet]. ultimo aggiornamento gennaio 2020. Disponibile a: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence>
32. Stead LF, Lancaster T. Interventi combinati di farmacoterapia e comportamento per la cessazione del fumo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD008286.



33. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Supporto comportamentale aggiuntivo come aggiunta alla farmacoterapia per la cessazione del fumo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD009670.
34. Freund¹ M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R., McElduff P, Walsh RA, Wiggers J, Knight J, Girgis A. Aumentare la fornitura di assistenza per la cessazione del fumo negli ospedali: Una meta-analisi dell'effetto dell'intervento. *Nicotina Tob Re.* 2009;11 (6), 650-62
35. Minary L, HervéMartini H, Wirth N, FrancineThouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, Bohadana A, Zmirou-Navier D, Alla F, TABADO: Evaluation of a smoking cessation program among Adolescents in Vocational Training Centers: Protocollo di studio. *BMC Public Health .* 2009; 9 (411) :44
36. Jhanjee S. Interventi psicosociali basati sull'evidenza nell'uso di sostanze. *Indian J Psychol Med.* 2014;36(2):112-118.
37. Raja M, Saha S, Mohd S, Narang R, Reddy LV, Kumari M. Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trail. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2014;8(4):47-49.
38. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD006936
39. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: modelli teorici e meccanismi ipotizzati di cambiamento. *Sostituire l'uso abuso.* 2014;49(5):513-524.
40. de Souza IC, de Barros VV, Gomide HP, Mendes Miranda T C, de Paula Menezes V, Kozasa E H, e Noto A R, . Interventi basati sulla mindfulness per il trattamento del fumo: una revisione sistematica della letteratura. *J Altern Complement Med N Y N.* 2015;21(3):129-140.
41. Chen YF, Madan J, Welton N, Madan J, Welton N, Yahaya I, Aveyard P, Bauld L, Wang D, Fry-Smith A, Munafò MR. Efficacia e costo-efficacia del computer e di altri ausili elettronici per smettere di fumare: una revisione sistematica e una meta-analisi di rete. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2012;16(38):1-205, iii - v.
42. Hall AK, Cole-Lewis H, Bernhardt JM. Messaggi di testo mobili per la salute: una revisione sistematica delle recensioni. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:393-415.
43. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, ... Rockville MD. *T trattare l'uso del tabacco e la dipendenza: Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; giugno 2000.
44. Prevenzione per ME. Professionista della salute. [Internet] 2020 [citato nel 2020]; Disponibile all'indirizzo: <https://preventionforme.org/healthcare-professional/>
45. Hoskey C, Howell E. Valutazione di un programma gratuito di cessazione del fumo nel Nord Omada. 2014



46. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. La terapia combinata di vareniclina con la terapia sostitutiva alla nicotina è migliore della vareniclina da sola: una revisione sistematica e meta-analisi di studi controllati randomizzati. *BMC Public Health*. 2015;15:689
47. Nakamura M, 'Effective Intervention for Smoking Cessation -Practical guidance for medical facilities including smoking cessation clinics'- *JMAJ*. 2004; 47(2): 97–104
48. Huang CL. Valutazione del programma di un gruppo di sostegno per la cessazione del fumo per i fumatori adulti: Uno studio pilota longitudinale. *J Nurs Re*. 2005;13 (3): 197-205
49. White AR, Resch KL, Ernst E. Studio randomizzato di agopuntura per i sintomi di astinenza da nicotina. *Arch Intern Med*. 1998;158(20):2251–2255
50. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventi per promuovere la cessazione del fumo durante la gravidanza (Cochrane Review). *Pub Med Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (3) :CD001055. Disponibile su: <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/interventions-for-promoting-smoking-cessation-during-pregnancy.pdf>
51. Cressman AM, Pupco A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Terapia di cessazione del fumo durante la gravidanza. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2012;58(5):525-527.
52. Leung LW, Davies GA. Strategie di cessazione del fumo in gravidanza. *J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2015;37(9):791-797
53. Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, McKell J, Friel B, McConnachie A, de Caestecker L, Tannahill C, Radley A, Coleman T. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ*. 2015;350:h134.
54. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, Holmberg JR. Effetti duraturi della visita domiciliare prenatale e dell'infanzia da parte di infermieri sui bambini: follow-up di uno studio randomizzato tra i bambini all'età di 12 anni. *Archivi di pediatria e medicina dell'adolescenza*. 2010;164(5):412–418
55. Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Promuovere il funzionamento positivo degli adulti attraverso l'intervento di sviluppo sociale nell'infanzia: Effetti a lungo termine del Seattle Social Development Project. *Archivi di pediatria e medicina dell'adolescenza*. 2005;159(1):25–31
56. Brown EC, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Risultati dell'uso di sostanze da parte degli adolescenti nel progetto Raising Healthy Children: Un'analisi della curva di crescita latente in due parti. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(4):699–710
57. Dodge KA, Bierman KL, Coie JD, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Impatto dell'intervento precoce sulla psicopatologia, il crimine e il benessere all'età di 25 anni. *American Journal of Psychiatry*. 2014;172(1):59–70



58. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Prevenire la violenza e la delinquenza giovanile attraverso un approccio di prevenzione universale basato sulla scuola. *Scienza della prevenzione*. 2006;7(4):403–408
59. Hecht ML, Marsiglia FF, Elek E, Wagstaff DA, Kulis S, Dustman P, Miller-Day M. Prevenzione dell'uso di sostanze culturalmente fondata: Una valutazione del curriculum keepin'it REAL. *Scienza della prevenzione*. 2003;4(4):233–248.
60. Brody GH, Chen Y-F, Kogan SM, Murry VM, Brown AC. Effetti a lungo termine del programma Strong African American Families sull'uso di alcol da parte dei giovani. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):281–285).
61. Spoth R, Trudeau L, Gyll M, Shin C, Redmond C. Effetti dell'intervento universale sull'uso di sostanze tra i giovani adulti mediati dall'iniziazione ritardata alle sostanze da parte degli adolescenti. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(4):620–632.
62. Spoth R, Trudeau L, Shin C, Ralston E, Redmond C, Greenberg M, Feinberg M. Effetti longitudinali dell'intervento preventivo universale sull'abuso di farmaci da prescrizione: Tre studi randomizzati controllati con adolescenti tardivi e giovani adulti. *Am J of Public Health*. 2013;103(4):665–672
63. Lochman JE, Wells KC. Efficacia del Coping Power Program e dell'intervento in classe con bambini aggressivi: Risultati in un follow-up di 1 anno. *Behavior Therapy*. 2003;34(4):493–515.
64. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Prevenire l'uso di sostanze tra le ragazze adolescenti: risultati di un anno di un programma computerizzato madre-figlia. *Addictive Behaviors*. 2009;34(12):1060–1064.
65. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Efficacia degli interventi sull'alcol per gli studenti universitari del primo anno: Una revisione meta-analitica di studi controllati randomizzati. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(2):177–188.
66. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Studio controllato randomizzato di breve screening dell'alcol e intervento per gli studenti universitari per l'alcolismo pesante obbligatorio e per i laureandi volontari: Risultati a 12 mesi. *Psicologia dei comportamenti di dipendenza*. 2015;29(1):2–16.
67. Galvani S. Finanziato da Public Health England Alcohol and other Drug Use: The Roles and Capabilities of Social Workers. [Internet] .L'Università per professionisti di livello mondiale . (citato 2015 marzo). Disponibile su: <https://www2.mmu.ac.uk/media/mmuacuk/content/documents/hpsc/research/Alcohol-and-other-dr>
68. Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe. Principi del trattamento dei disturbi da uso di sostanze da parte degli adolescenti: A Research-Based Guide Advancing Addiction Science. [Internet] ;ultimo aggiornamento gennaio 2014. Disponibile su: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>

IO1 Materiale di formazione

Prevent Substance and Tobacco use for future parents



69. Scully M, Geoghegan N, Corcoran P, Tiernan M, Keenan E. Servizi specializzati di ostetrica di collegamento per le donne dipendenti da oppioidi in gravidanza a Dublino in Irlanda. *J of Substance Abuse Treatment*. 2004;26:(1):27-33.)
70. Dowdell JA, Fenwick J, Bartu A, Sharp J. Midwives' descriptions of the postnatal experiences of women who use illicit substances: Uno studio descrittivo, *Midwifery*. 2005;25(3) : 295-306.
71. United Nations Office on Drugs and Crime 2004 'SCHOOLS school-based education for drug abuse prevention' [Internet]; 2004. Disponibile su: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf
72. Pediatria. The Role of Schools in Combating Illicit Substance Abuse, Council on School Health and Committee on Substance Abuse. [Internet]. *Official J of the Am Academy of pediatrics*.2007;120 (6) 1379-1384. Disponibile su: <https://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1379>
73. Raccomandazioni e rapporti MMWR. Linee guida per i programmi sanitari scolastici per prevenire l'uso del tabacco e la dipendenza. [Internet]; (citato il 25 febbraio 1994:/43(RR-2);1-18. Disponibile su: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>
74. Onrust SA, Ottenb R, JLammersa J, Smitacd F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: Cosa funziona per chi? Revisione sistematica e analisi di meta-regressione. *CI Psychology Review*. 2016; 44:45-59
75. Carver H, Elliott L, Kennedy C, & Hanley J. Connessione e comunicazione genitore-figlio in relazione all'uso di alcol, tabacco e droga nell'adolescenza: Una revisione integrativa della letteratura. [Internet]. Pubblicato online: 26 Sep 2016 ;Pagine 119-133, Disponibile su: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687637.2016.1221060>
- 76 Centers for Disease Control and Prevention. Chimica e tossicologia del fumo di sigaretta e biomarcatori di esposizione e danno. In: *Come il fumo di tabacco provoca la malattia: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (USA); 2010.
- 77 Istituto Nazionale del Cancro. Danni del fumo di sigaretta e benefici per la salute di smettere. Aggiornato il 19 dicembre 2017.