



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione**

**Corso di laurea magistrale in Psicologia di Comunità, della Promozione del
Benessere e del Cambiamento Sociale**

Tesi di laurea magistrale

**Gli interventi school-based nella prevenzione dell'uso e abuso
di alcol in adolescenza. Una narrative review degli interventi
in Europa**

**School-based interventions in the prevention of adolescent alcohol use and abuse.
A narrative review of interventions in Europe**

Relatore

Prof. Alessio Vieno

Laureanda: Michela Barnabà

Matricola: 2017421

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – L’uso e abuso di alcol in adolescenza	3
1.1 Una panoramica del fenomeno: i dati a livello globale ed europeo.....	3
1.1.1 I trend di consumo tra i bevitori abituali e gli astemi	5
1.1.2 Il consumo di alcol tra gli adolescenti	6
1.1.3 Trend di consumo negli adolescenti e previsioni future	9
1.2 Le differenze culturali nell’uso di alcol	10
1.2.1 Tipologie di bevande alcoliche	11
1.2.2 Modelli di consumo e pattern comportamentali	12
1.2.3 Lo status socioeconomico	15
1.3 Le conseguenze dell’uso di alcol in adolescenza	16
1.4 L’uso funzionale di alcol in adolescenza e drinking motive.....	18
1.4.1 Motivational Model of Alcohol Consumption.....	19
1.5 Fattori di rischio e fattori di protezione	22
1.5.1 La personalità.....	23
1.5.2 Il parenting	24
1.5.3 Il rapporto tra pari	26
1.5.4. La scuola	28
1.6 Le politiche europee di contrasto all’uso di alcol.....	29
1.6.1 European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020.....	29
1.6.2 Making the WHO European Region SAFER	30
1.6.3 Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic drinking (Binge Drinking) 2014-2016	33
CAPITOLO 2 – La ricerca	35
2.1 Il metodo.....	36
2.2 I risultati	36

CAPITOLO 3 – Gli interventi di prevenzione school-based.....	39
3.1 La prevenzione.....	39
3.2 Gli interventi school-based	41
3.2.1 La prevenzione universale	42
3.2.1.1 L’influenza sociale	42
3.2.1.2 Le life skill	45
3.2.1.3 Il ruolo della famiglia.....	48
3.2.2 La prevenzione selettiva	51
3.2.3 Gli interventi web-based.....	54
3.3 La scuola negli interventi di prevenzione	56
3.3.1 L’organizzazione scolastica	57
3.3.2 Il ruolo degli insegnanti	58
 CAPITOLO 4 – Conclusioni	 63
4.1 Discussione sulle evidenze degli interventi school-based	64
4.2 Limiti e considerazioni finali	69
 BIBLIOGRAFIA.....	 70

INTRODUZIONE

L'uso di alcol tra gli adolescenti è un fenomeno molto comune, in particolare in Europa, dove circa il 43% degli adolescenti beve abitualmente (WHO, 2018). Numerose sono le conseguenze negative - fisiche e comportamentali - che l'uso di tale sostanza comporta. Infatti, le conseguenze dell'uso di alcol nell'adolescenza sono associate spesso a conseguenze a livello dello sviluppo neurologico o alla messa in atto di comportamenti a rischio come attività sessuali a rischio o incidenti legati alla guida in stato di ebbrezza (Boden & Fergusson, 2011). Per questi motivi la riduzione del consumo da parte dei giovani è obiettivo della sanità pubblica, anche attraverso l'attuazione dei piani d'azione suggeriti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2012; WHO, 2021; WHO 2019), che agiscono soprattutto sulla limitazione dell'accessibilità alle bevande e sull'attuazione di sanzioni per scoraggiarne l'utilizzo (Stockings et al., 2016). La scuola è la sede di molti interventi che si pongono l'obiettivo di prevenire, ritardare o ridurre l'uso di alcol e i comportamenti problematici che spesso sono associati al consumo. Gli interventi svolti nelle scuole permettono di svolgere le attività durante l'orario scolastico includendo un gran numero di studenti appartenenti a diversi background socio-culturali (Giannotta et al., 2016). Il ruolo della scuola può essere importante nella protezione dei comportamenti a rischio, insieme all'influenza positiva della famiglia, e in particolare dei genitori, sulla resistenza alle pressioni dei pari tipiche di questa fase dello sviluppo (Moore et al., 2018; Steketee et al., 2013). Nonostante la loro vasta applicazione, solo pochi di questi interventi vengono valutati attraverso trial sperimentali e l'efficacia degli interventi di prevenzione svolti nelle scuole è un tema sul quale la comunità scientifica sta ancora dibattendo. L'obiettivo di questa tesi è svolgere una ricerca sulle caratteristiche degli interventi attuati in Europa per discutere delle differenze tra i diversi livelli di prevenzione adottati, tra i diversi metodi di coinvolgimento parentale nelle componenti dei progetti e le

caratteristiche degli interventi che prevedono la formazione del personale scolastico per la messa in atto dei programmi. Oltre alla ricerca bibliografica riguardante la letteratura esistente sui programmi di prevenzione nelle scuole è stata svolta una ricerca più specifica sugli interventi attuati in Europa di cui è stata valutata l'efficacia attraverso trial sperimentali negli ultimi 15 anni. Tale ricerca ha l'obiettivo di approfondire la letteratura esistente con esempi di attuazioni reali nel contesto scolastico attuale.

CAPITOLO 1 – L’uso e abuso di alcol in adolescenza

1.1 Una panoramica del fenomeno: i dati a livello globale ed europeo

Nel mondo il 43% della popolazione fa uso di alcol, mentre più della metà è astemia o non beve da più di dodici mesi (44,5% e 12,5%) (World Health Organization, 2018). Il consumo mondiale di alcol è monitorato attraverso il *Global Status Report on Alcohol* (WHO, 2018) redatto dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità, che permette di avere un quadro attuale dell’uso di questa sostanza e delle tendenze di consumo differenziate per i diversi Paesi negli ultimi decenni. Infatti, le Regioni¹ e i Paesi del mondo differiscono notevolmente nella prevalenza di consumo nella popolazione e nelle caratteristiche di tale comportamento. Per esempio, a livello mondiale, solo in tre Regioni la percentuale di persone che consumano alcol supera il 50% della popolazione: le Regioni dell’Europa, delle Americhe e del Pacifico Occidentale, mentre nelle altre il consumo è inferiore. Per misurare tale consumo, tra gli indicatori maggiormente utilizzati si riportano la prevalenza dei bevitori abituali, la prevalenza degli astemi e il consumo totale di alcol pro capite (APC). Per bevitori abituali si intendono “le persone sopra il 15 anni che durante l’ultimo anno hanno consumato alcol” (WHO, 2018). Gli astemi invece sono coloro che non fanno uso di alcol e si possono distinguere tra gli astemi da tutta la vita – chi non ha mai assunto alcol – e gli ex bevitori – coloro che appartenevano alla categoria dei bevitori abituali ma non assumono più alcol da almeno 12 mesi. Infine, il consumo totale di alcol pro capite (APC) è definito come il “consumo totale (comprese le stime non registrate) di alcol pro capite in persone di età maggiore ai 15 in un anno in litri di alcol puro, aggiustato per il consumo turistico” (WHO, 2018).

¹ L’OMS utilizza la suddivisione dei Paesi in sei Regioni del mondo: Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico – al fine di tener conto delle diverse realtà ed esigenze degli Stati Membri. Per questo motivo tale suddivisione sarà mantenuta nel corso di questo paragrafo.

La variazione di consumo di alcol differisce significativamente tra le Regioni del mondo. Come possiamo notare dal grafico in Figura 1, la prevalenza di bevitori abituali è maggiore in Europa (59,9%), nelle Americhe (54,1 %), e nel Pacifico Occidentale (53,8%). Le Regioni che sono caratterizzate da una maggiore prevalenza nella popolazione di persone sopra i 15 anni che non hanno mai fatto uso di alcol sono l’Africa (57,5%), il Mediterraneo Orientale (94,9%) e il Sud-Est Asiatico (56,6%) (WHO, 2018).

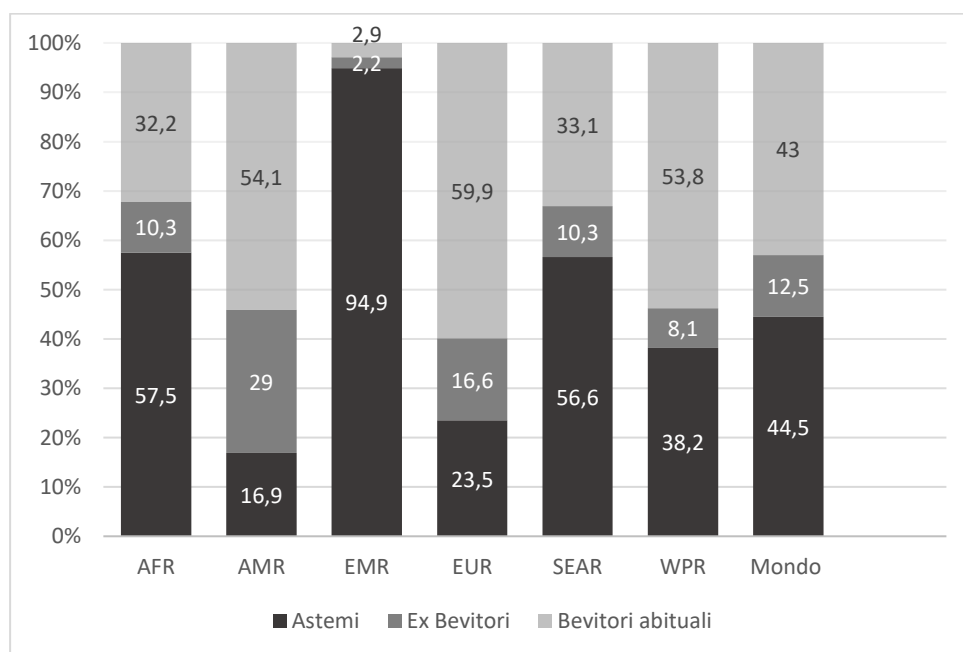


Figura 1 Percentuale di Astemi, Ex Bevitori e Bevitori abituali (%) nella popolazione generale (+15 anni) tra le Regioni dell'OMS, 2016. Fonte: WHO (2018)

In tutte le Regioni le percentuali di ex bevitori, ovvero delle persone che da più di un anno non consumano più alcol ma in passato lo facevano, sono relativamente simili a differenza della Regione delle Americhe, in cui la percentuale è più alta (29%) e del Mediterraneo Orientale, dove si registra solo un 2,2%. Le differenze rilevate tra le Regioni degli Stati Membri fanno sì che la media mondiale rifletta una maggioranza di individui sopra i 15 anni che non hanno mai fatto uso di alcol (44,5%) contro il 43% di bevitori abituali (WHO, 2018).

1.1.1 I trend di consumo tra i bevitori abituali e gli astemi

Dal 2000 si è assistito ad una diminuzione generale del 5% rispetto al consumo di alcol nella popolazione mondiale, con un passaggio dal 47,6% al 43% (WHO, 2018). Questa diminuzione riguarda in particolare le Regioni Europea, delle Americhe (le due regioni dell'OMS con il più alto consumo pro capite), Africana e del Mediterraneo Orientale. Le Regioni in cui questa tendenza non si è verificata sono la Regione del Pacifico Occidentale, con un passaggio dal 51,5% nel 2000 al 53,8% nel 2016, e la regione del Sud-Est asiatico che è rimasta piuttosto stabile (33,2% nel 2000 e 33,1% nel 2016). La diminuzione generale di bevitori abituali sopracitata riguarda nel dettaglio l'aumento della percentuale degli ex bevitori, ovvero delle persone precedentemente bevitrici che hanno smesso di bere da almeno un anno. Per esempio, nella Regione Europea troviamo una diminuzione del 10,2% del numero di bevitori abituali nei 16 anni presi in analisi, causata da un aumento maggiore negli ex bevitori (+ 6,7%) rispetto agli astemi da tutta la vita (+ 3,5%).

Un dato sicuramente rilevante riguardo al trend in aumento dei bevitori correnti nella Regione del Pacifico Occidentale – in contrapposizione con l'andamento opposto rilevato nelle Regioni sopracitate – è dato dai numeri relativi alla Cina. Infatti, è in questo Paese che si riscontra un grande calo nella percentuale degli astemi lungo tutto il corso della vita (50,9% vs 42,1%) e una prevalenza di ex bevitori stabile. Negli altri Stati Membri della Regione si assiste ad un trend in diminuzione dei bevitori abituali. Per quanto riguarda il consumo di alcol pro capite (APC), questo è aumentato solo nelle Regioni del Pacifico Occidentale e del Sud-Est Asiatico, dove gli Stati responsabili di tale aumento sono Cina e India. Nella Regione Europea si è riscontrata una diminuzione di questo indice, da 12,3 litri all'anno pro capite nel 2005 a 9,8 nel 2016. Nonostante la diminuzione nella prevalenza dei bevitori abituali a favore degli ex bevitori, e della diminuzione generale dell'alcol pro capite nella maggior parte delle Regioni, il consumo di alcol pro capite tra i bevitori è aumentato dal 2010 in tutte le Regioni del mondo,

tranne quella Europea. Questo dato evidenzia come, sebbene sia diminuita la prevalenza di bevitori abituali, essi hanno aumentato i loro livelli di consumo.

1.1.2 Il consumo di alcol tra gli adolescenti

Sono 155 milioni i ragazzi e le ragazze nel mondo che bevono abitualmente, circa il 26% degli adolescenti totali (WHO, 2018). Il consumo di alcol da parte dei giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni non si differenzia molto dai livelli della popolazione generale evidenziati sopra. Infatti, anche in questa fascia d'età si assiste ad una maggiore prevalenza di bevitori abituali nella Regione Europea (43,8%), delle Americhe (38,2%) e del Pacifico Occidentale (37,9%) (Figura 2). I giovani e le giovani riportano maggiormente di essere astemi da tutta la vita rispetto alla popolazione globale, ma questa differenza si riduce prendendo in esame la prevalenza tra i 20 e 24 anni, dove la frequenza è corrispondente o maggiore in questa fascia d'età.

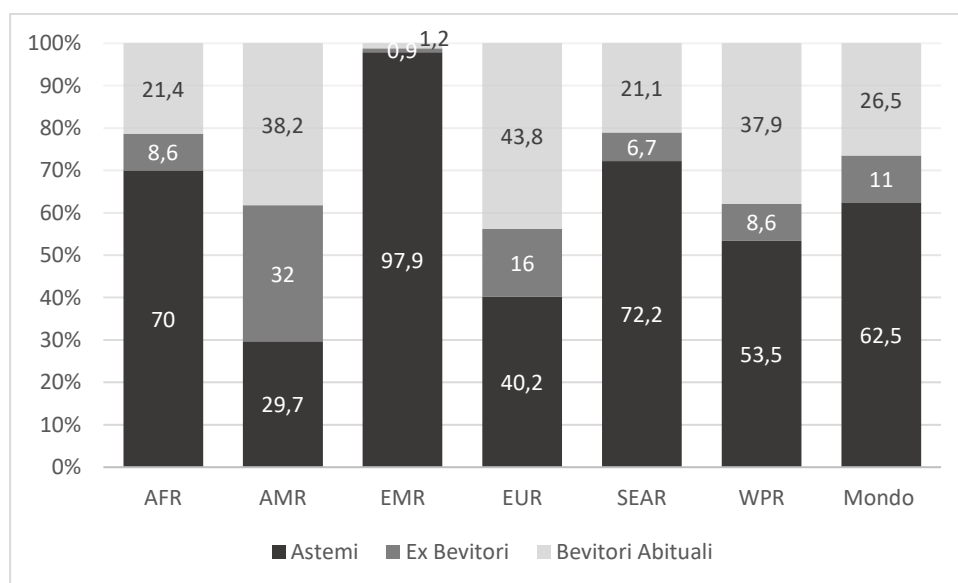


Figura 2 Percentuale di Astemi, Ex Bevitore e Bevitore abituali (%) nella popolazione degli adolescenti (15-19 anni) tra le Regioni dell'OMS, 2016. Fonte: WHO (2018)

I dati relativi alla prevalenza del consumo aumentano con l'aumentare dell'età, subendo variazioni significative in intervalli di tempo molto brevi. Conoscere le variazioni di consumo

nelle diverse età è utile perché la letteratura riporta un'importante associazione tra consumo precoce di alcol e pattern di consumo nell'età adulta (Flory et al., 2004; Grant & Dawson, 1997). Per esempio, il report *Spotlight on Adolescence Health and Well-being* (WHO, 2020) utilizza i risultati delle indagini *Health Behaviour in School-aged Children HBSC*, condotte in 45 Paesi nel 2014 e nel 2018, per esaminare le differenze significative di aumento o diminuzione di consumo a 11, 13 e 15 anni riguardo l'uso durante il corso della vita, l'uso abituale e gli episodi di ubriacatura. Il report evidenzia che tra gli undicenni che almeno una volta nella vita hanno assunto alcol, gli Stati con maggiore prevalenza sono la Francia, al primo posto con una percentuale del 32%, seguita da Bulgaria (27,5%), Georgia e Ungheria (entrambi 22,5%). La media totale tra gli Stati è del 14% e non si riscontra un aumento significativo generale dalla rilevazione del 2014. Le differenze di genere sono rilevanti e significative nella media totale (10% femmine e 19% maschi) e nella maggior parte degli Stati. La prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età, dove il 32% dei tredicenni riporta di aver assunto alcol almeno una volta. Le differenze tra gli Stati sono presenti ma si evidenzia un aumento nella maggior parte degli stessi abbastanza simile. Tra i primi posti in termini di prevalenza troviamo la Grecia e il Galles (entrambi 50,5%) e la Francia (48,5%). La differenza di genere in media rimane significativa ma le percentuali dell'uso nelle ragazze non si discostano troppo da quelle dei ragazzi: 29% contro il 34% dei maschi. L'aumento più rilevante si ha a 15 anni dove nella maggior parte degli Stati la percentuale di chi ha bevuto almeno una volta nella vita supera la maggioranza (in media il 59%), con picchi dell'85% in Grecia seguita dalla Danimarca (81,5%), Ungheria (79,5%) e Galles (77%). Particolarmente rilevante è il dato riguardante la differenza di genere: se a 11 e 13 anni i maschi sperimentano molto di più l'alcol, a 15 anni le ragazze non differiscono più significativamente dai ragazzi (59% e 60%).

Se in media il 14% a 11 anni ha bevuto alcol almeno una volta nella vita, la prevalenza scende molto se si considerano i ragazzi e le ragazze che fanno un uso abituale (negli ultimi 30 giorni dalla rilevazione). Infatti, questa modalità di utilizzo viene attuata dal 5% degli undicenni, soprattutto maschi, negli Stati della Regione Europea dell'Est come Bulgaria (16%), Romania (15%) e Georgia (14%). Anche a 13 anni rimangono questi gli Stati principalmente coinvolti nel fenomeno, con una media generale del 14% e una differenza di genere significativa. L'uso corrente diventa rilevante anche negli altri Stati a 15 anni, dove la Danimarca prende il primo posto con il 65% di prevalenza, seguita da Grecia (57%), Serbia e Germania (53,5%), con una media generale del 37%. In questo caso la differenza di genere rimane significativa ma molto bassa: maschi 38% e femmine 36%.

Per quanto riguarda l'uso maggiormente problematico dell'alcol, ovvero gli episodi di ubriacatura, la prevalenza a 11 anni è molto bassa (tra lo 0% e il 3%) nella maggior parte dei Paesi, tranne la Bulgaria e la Georgia, con una media di 9% e 7% nel 2018. La prevalenza degli episodi di ubriacatura cresce ma rimane relativamente bassa a 13 anni, dove troviamo una media generale del 4% e una differenza significativa tra maschi e femmine (5% e 3%). Anche in questo caso è a 15 anni che troviamo una prevalenza maggiore, con in testa sempre la Danimarca (34%), seguita da Bulgaria (27,5%) e Galles (25%). Il 15% degli adolescenti nella Regione Europea sperimenta episodi di ubriacatezza negli ultimi 30 giorni, con una differenza significativa tra maschi e femmine, anche se non particolarmente grande (13% e 16%).

1.1.3 Trend di consumo negli adolescenti e previsioni future

Come per la popolazione generale, anche tra gli adolescenti la prevalenza del consumo di alcol sembra essere diminuita. Infatti, Charrier et al., (2022), in una rassegna che analizza i trend di consumo dal 1986 al 2018 rilevati dalle indagini HBSC in 40 Paesi europei, evidenziano come la diminuzione sia evidente anche in questa età, sia nei ragazzi che nelle ragazze. In particolare, nella maggior parte degli Stati si registra un incremento nell'uso dagli anni '90 al 2000, seguito da una decrescita nei decenni successivi. La rilevazione HBSC del 2017/2018 mostra come 14 Paesi abbiano subito una ulteriore crescita di consumo, soprattutto in Austria, Bulgaria e Danimarca dove si sono registrati aumenti sia tra i maschi che tra le femmine rispettivamente di 1 e 7,2%, 17,3 e 17,4%, 4,9 e 5,3%. In generale in Europa, secondo l'*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs ESPAD* (2020), dal 1995 la prevalenza dell'uso di alcol tra gli adolescenti è aumentata fino al 2003, seguita poi da un declino progressivo fino al 2019, non riportando differenze significative per quanto riguarda il genere (ESPAD Group, 2020). Per quanto riguarda invece le previsioni future del consumo di alcol, Charrier et al., (2022) hanno stimato la prevalenza del consumo giornaliero o settimanale nel 2021/2022. Secondo le previsioni, durante questi anni sarà rilevato un aumento del consumo giornaliero o settimanale nella maggior parte dei Paesi europei tranne in Austria, Bulgaria, Danimarca e Italia dove si stima una decrescita sia per i maschi che per le femmine e l'Armenia, dove si prevede una decrescita solo per i maschi. Secondo la proiezione dell'OMS sulla variazione del consumo di alcol pro capite (APC) nella popolazione generale, si stima che la Regione Europea rimarrà stabile ad un livello di 9.8 litri pro capite all'anno costanti tra il 2016 e il 2025. Questa previsione assume che i Paesi all'interno della Regione non subiscano variazioni della classe di reddito appartenente. Per quanto riguarda la prevalenza di bevitori abituali, le previsioni stimano un calo nella Regione Europea entro il 2025 dal 60 al 55% (WHO, 2018).

1.2 Le differenze culturali nell'uso di alcol

Per *drinking culture* ci si riferisce alle modalità in cui la sostanza è integrata nella vita quotidiana delle persone e alle norme relative all'uso in una determinata società o sottogruppo (Savic et al., 2016). Si ipotizza che le modalità di consumo diverse tra i Paesi siano dovute alle diverse culture in termini di consumo di alcol nelle diverse società (Steketee et al., 2013). Le differenze culturali sembrano anche essere associate alle motivazioni che spingono gli adolescenti a bere, dove le culture più individualiste come quelle dei Paesi settentrionali, rispetto alle culture del Sud Europa, sono associate maggiormente all'uso massiccio di alcol finalizzato al divertimento e alla socializzazione con l'obiettivo di ubriacarsi (Mackinnon et al., 2017; Kuntsche et al., 2017). In letteratura esistono due modelli principali che sono stati comunemente usati per descrivere il consumo di alcol negli adolescenti: il modello della *dry culture* e il modello della *wet culture* (Room, 2001). Il modello della *dry culture* rappresenta il consumo tipicamente Nord Europeo caratterizzato dalla concentrazione dell'uso di alcol soprattutto nel fine settimana con l'obiettivo di raggiungere l'ubriacatura bevendo prevalentemente fuori dai pasti. Il modello della *wet culture* invece rappresenta i Paesi dell'Europa Mediterranea, dove per tradizione il consumo dell'alcol avviene maggiormente durante i pasti e gli eventi, caratterizzato dunque da un consumo di quantità maggiori ma regolare nel tempo (Room, 2001). Sebbene questa differenziazione sia stata usata per decenni, sembrerebbe che non rappresenti più le variazioni culturali del consumo rilevate negli ultimi tempi. Un recente articolo conferma questa ipotesi, sostenendo che la differenza culturale tra le abitudini di consumo sta scomparendo, a causa di livelli di consumo più omogenei (Charrier et al., 2022). Per esempio, l'Italia, tradizionalmente considerata come appartenente alla *wet culture* in relazione al frequente consumo di vino, sta modificando il suo modello di consumo aumentando l'uso fuori pasto e i fenomeni di *binge drinking*. Nei Paesi dell'Europa

settentrionale invece, sta aumentando in generale il livello di consumo nella popolazione. (Charrier et al., 2022).

1.2.1 Tipologie di bevande alcoliche

Le differenze nel consumo di alcol tra gli Stati si possono riflettere anche nelle tipologie di bevande preferite dai bevitori. Nel mondo il tipo di bevanda alcolica maggiormente consumata è il superalcolico, il 44% del totale degli alcolici registrati. Nonostante questo dato, nella Regione Europea è la birra la bevanda preferita nella popolazione generale, dove rappresenta il 40% dei consumi. Una grande rilevanza ha anche il vino, consumato da più di un quarto della popolazione europea (WHO, 2018). La rilevazione dell'ESPAD Group del 2020 riporta una differenza nel consumo tra adulti e adolescenti, dove nel target dei ragazzi europei le bevande maggiormente usate sono i superalcolici (38%), seguiti da birra (31%) e vino (20%). In particolare, si nota un grande uso di superalcolici in Spagna (83%) e in Portogallo (59%) ed è il tipo di bevanda consumata da più della metà degli adolescenti anche in Lituania (57%), Svezia (52%) e Malta (51%). La birra invece è la bevanda più consumata in Kosovo (62%), Serbia (52%) e Polonia (49%). In alcuni stati come la Germania (26%), Finlandia e Danimarca (entrambe 23%) la tipologia maggiormente consumata è quella dei *pre-mixed drink*. Le preferenze tra bevande alcoliche variano in base al genere: in generale la maggior parte dei ragazzi preferisce bere la birra mentre la maggior parte delle ragazze preferisce i superalcolici. In alcuni Paesi però si riportano preferenze contrarie: per esempio in Spagna, Portogallo, Svezia i ragazzi preferiscono i superalcolici mentre in Polonia, Serbia e Montenegro le ragazze bevono maggiormente la birra (ESPAD Group, 2020).

1.2.2 Modelli di consumo e pattern comportamentali

L'uso rischioso e problematico di alcol può avere diverse definizioni al variare degli indicatori che lo misurano. Degli indicatori comunemente usati sono, per esempio, l'aver assunto alcol almeno una volta nella vita in età precoce, il consumo di alcol settimanale o la quantità di alcol assunta nell'ultima occasione. Per implementare degli interventi di prevenzione efficaci può essere utile cercare di identificare dei profili di consumo degli adolescenti tenendo conto di più indicatori insieme. Per esempio, Steketee et al., (2013) differenziano gli individui che usano alcol non ad alto rischio e individui ad alto rischio inserendo nella seconda categoria “chi usa alcol avendo meno di 14 anni o chi ha bevuto nell'ultimo mese più di cinque unità alcoliche in una sola occasione”. Bräker et al., (2015) invece, hanno studiato i pattern d'uso degli adolescenti in 25 Paesi Europei identificando quattro tipi di modalità di consumo: *mild*, *episodic*, *frequent* e *heavy episodic*. Nel campione analizzato la maggior parte degli adolescenti ricadeva nella categoria *mild* (78,4%), l'uso episodico rappresentava il 15,8%, l'uso frequente il 2,4% e l'*heavy episodic use* il 3,4%. In questo studio, incorrere nella modalità di consumo *heavy episodic* sembrava essere associato maggiormente alla messa in atto di comportamenti problematici come l'uso di marijuana e comportamenti violenti.

Una delle modalità di consumo più utilizzata in letteratura per misurare il livello di consumo di alcol è l'*heavy episodic drinking*. L'OMS definisce l'*heavy episodic drinking* – o *binge drinking* - come “la proporzione di bevitori che hanno consumato almeno 60 grammi di puro alcol (circa 6 drink alcolici standard) in almeno una occasione negli ultimi 30 giorni” (WHO, 2018). Nella Regione Europea dell'OMS il fenomeno riguarda il 24% degli adolescenti tra i 15 e 19 anni e sembra aumentare con l'età, arrivando ad un picco del 33% tra i giovani adulti (20-24 anni). Tra i bevitori, più della metà dei ragazzi e giovani adulti utilizzano questo modello di consumo nella Regione europea (51,2% e 54,7%) (WHO, 2018). Questo modello di consumo è evidente in tutti gli Stati europei, anche se in misure diverse. In particolare, all'interno dell'Europa i dati

dell'ESPAD Group (2020) riportano che è molto frequente in Germania, Danimarca e Austria (tra il 49% e 59% degli adolescenti), ma molto presente anche negli Stati dell'Europa dell'Est. È un fenomeno molto comune anche tra le ragazze, infatti nella metà degli Stati non si registra una differenza di genere significativa nel modello di consumo e in Spagna, Lettonia, Austria e Lituania sono proprio le ragazze a riportare episodi di *binge drinking* più spesso dei ragazzi (ESPAD Group, 2020). Sebbene le percentuali di prevalenza siano importanti in molti Stati, un dato positivo riguarda il trend in calo del fenomeno dal 2000 al 2016, dove sia tra gli adolescenti che tra i giovani adulti si registra una diminuzione. In particolare, gli adolescenti europei che bevono incorrono in *heavy episodic drinking* il 10% in meno (dal 61,7% del 2000 al 51,2% del 2016) e ciò si riscontra anche nei giovani adulti (dal 64% del 2000 al 54,7% del 2016) (WHO, 2018).

L'uso di alcol è spesso associato ad altri comportamenti a rischio (Boden & Fergusson, 2011) e la letteratura sostiene che la co-occorrenza di tali comportamenti possa andare a formare dei cluster simili tra i Paesi (de Looze et al., 2014). L'analisi svolta da de Looze et al., (2014) ha rilevato delle forti similitudini tra i Paesi nel raggruppamento dei comportamenti a rischio come il fumo di sigarette, l'uso di cannabis, l'ubriacatezza e i comportamenti sessuali a rischio in 27 Paesi Europei. Tale informazione è importante perché può avere delle implicazioni significative nella scrittura e svolgimento dei progetti di intervento, permettendo di attuare progetti che tengono in considerazione che più comportamenti a rischio possono avvenire nello stesso momento (Jackson et al., 2012). L'utilizzo dei dati dell'HBSC nello studio di de Looze et al., (2014) ha permesso di verificare se i comportamenti a rischio elencati sopra fossero raggruppati in modo simile nei diversi Paesi Europei. Seppur con alcune differenze relative alle società, culture e legislazioni diverse, le similitudini sono risultate consistenti. Inoltre, la comunicazione in famiglia tra i figli e i genitori, insieme all'abitudine delle uscite con gli amici in orario

notturno e al legame percepito con la scuola sono risultati essere predittori dei comportamenti a rischio. (de Looze et al., 2014).

Tra gli studi che hanno preso in esame i pattern comportamentali degli adolescenti che fanno uso di alcol, sono riportati di seguito i risultati della recente indagine svolta utilizzando i dati dell'HBSC italiano da Charrier et al., (2020). Lo studio si pone l'obiettivo di descrivere un quadro complessivo dei pattern comportamentali degli adolescenti che usano alcol. Il campione è stato diviso in tre gruppi in base al livello di consumo: gli individui che bevono ogni giorno, chi ne fa un uso moderato e chi non assume mai o solo raramente la sostanza, non evidenziando differenze di genere significative nel consumo. Il primo gruppo, rappresentato dagli adolescenti che fanno abuso di alcol, riporta una maggiore prevalenza di episodi di ubriacatura durante il corso nella vita, di amici che fanno uso di alcol e di episodi di ubriacatura settimanali rispetto agli adolescenti che fanno un uso moderato o che sono astemi. Il campione che rientrava in questa categoria rappresentava il 21% dei quindicenni. Questi adolescenti riportavano anche livelli maggiori in comportamenti come uso di sigarette, risse tra pari, uso di cannabis, *gambling* e un approccio verso la scuola negativo. I moderati (41%) e gli astemi (38%) riportavano livelli minori nei comportamenti a rischio e riportavano un approccio più positivo alla scuola. Il ruolo dei pari sembra comunque essere il fattore più rilevante in associazione con l'uso di alcol, confermando che nella fase dell'adolescenza l'influenza degli amici supera quella della famiglia e dei genitori (Charrier et al., 2020).

1.2.3 Lo status socioeconomico

Secondo i dati del report dell'OMS, esiste un'associazione tra status socioeconomico degli individui e uso di alcol. Infatti, gli Stati che riportano maggiore ricchezza economica presentano anche maggiori livelli di consumo di alcol e prevalenza minore di astemi nella popolazione generale (WHO, 2018). Il reddito familiare è misurato attraverso la *Family Affluence Scale* (FAS), che misura il numero di beni materiali presenti nelle case degli individui (Torsheim et al., 2016). Per quanto riguarda gli adolescenti europei, chi proviene da una famiglia benestante ha una prevalenza più alta di consumo settimanale di alcol, di episodi di ubriacatura e di inizio precoce (Inchley et al., 2018). Questa differenza non è però molto grande e risulta significativa solo in alcuni Paesi, differenziandosi per il genere e per l'indicatore di consumo. Per esempio, il consumo settimanale è più alto nelle famiglie ad alto reddito in Grecia e Italia per le ragazze e il Danimarca, Lussemburgo e Russia nei ragazzi (Inchley et al., 2018). Per quanto riguarda le differenze negli episodi di ubriacatura, chi proviene da una famiglia abbiente beve di più in Francia, Danimarca e Galles se è una femmina, mentre i ragazzi anche a Malta e in Russia. L'ubriachezza è risultata significativamente più alta tra gli adolescenti a basso reddito solo tra le ragazze islandesi (Inchley et al., 2018). Per quanto riguarda l'inizio precoce del consumo di alcol, ovvero dall'età di 13 anni in giù, ciò avviene in chi proviene da famiglie a più alto reddito soprattutto in Austria, Danimarca, Francia, Ungheria e Spagna per le ragazze e in Belgio (francese), Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Macedonia e Galles per i ragazzi (Inchley et al., 2018). In letteratura sono presenti delle ipotesi sulle cause di tali differenze. Per esempio, chi vive in famiglie ad alto reddito è più probabile che possa disporre di "paghettoni" o maggiore denaro rispetto alle famiglie a basso reddito. L'accessibilità ai soldi potrebbe quindi essere una possibile spiegazione per la differenza dell'uso di alcol associata al reddito (Leal-López et al., 2020). Se invece si prende in considerazione la componente psicologica ed emotiva degli adolescenti, altri autori suggeriscono che il *parenting* dei genitori

benestanti sia caratterizzato da una pressione particolare sui figli e un minore sostegno nell'affrontare le difficoltà, favorendo il consumo di alcol da parte degli adolescenti come motivazione di coping (Luthar & Latendresse, 2005). Insieme allo status socioeconomico, anche le diverse politiche di contrasto messe in atto dagli Stati possono influenzare il consumo di alcol della popolazione e in particolare degli adolescenti. Una breve rassegna dei piani di azione attualmente presenti negli Stati della Regione Europea è descritta nel paragrafo 1.6.

1.3 Le conseguenze dell'uso di alcol in adolescenza

Nel mondo nel 2016 si sono registrate 3 milioni di morti causate dall'abuso di alcol (WHO, 2018). Le conseguenze mortali dell'uso dannoso di alcol possono riguardare lesioni (28,7%), malattie digestive (21,3%), malattie cardiovascolari (19%), malattie infettive (12,9%) e cancro (12,6%). Inoltre, nelle persone di età inferiore ai 69 anni, il 7,2% delle morti premature è dovuto alle conseguenze dell'uso di alcol. I disturbi associati all'abuso di alcol sono più presenti negli uomini (200milioni) rispetto alle donne (46milioni) e riguardano soprattutto le Regioni in cui la prevalenza dell'uso di alcol è maggiore: la Regione Europea e delle Americhe (WHO, 2018).

Le conseguenze dell'uso di alcol nell'adolescenza non necessariamente riguardano esiti mortali ma sono associate spesso a conseguenze a livello dello sviluppo neurologico o alla messa in atto di comportamenti a rischio come attività sessuali a rischio o incidenti legati alla guida in stato di ebbrezza (Boden & Fergusson, 2011). Particolare importanza hanno le conseguenze dello sviluppo neurologico, che si riflettono sull'apprendimento verbale, la memoria e l'attenzione (Spear, 2018) e possono portare a difficoltà nelle competenze scolastiche, nelle relazioni con i pari e nello sviluppo di caratteristiche di personalità come il concetto di sé. (DeWit, 2000; Newcomb, 1997). A causa dei significativi cambiamenti che avvengono a livello cerebrale durante la fase dell'adolescenza, il consumo di alcol in questo

periodo può avere conseguenze maggiormente dannose rispetto all'uso durante l'età adulta (Peeters et al., 2014) rischiando di compromettere anche lo sviluppo a livello comportamentale, emozionale, sociale e accademico (Brown et al., 2008; Windle et al., 2008). In particolare, dallo studio condotto da Feldsetin et al., (2014) si riscontra che negli adolescenti che fanno uso di alcol si evidenziano differenze nelle aree coinvolte nella capacità del controllo esecutivo, che comprende la capacità di resistere alla tentazione di mettere in atto comportamenti rischiosi ma gratificanti (es. uso massiccio di alcol insieme agli amici). Dallo studio è emersa anche una differenza di genere che consiste in una maggiore vulnerabilità delle femmine alle alterazioni della struttura e delle funzioni cerebrali. In generale, un maggiore uso di alcol in adolescenza è correlato a minor volume in diverse regioni cerebrali e minore integrità della *Working Memory*. Il dato confortante e rilevante per l'implementazione dei progetti di prevenzione deriva dal fatto che le differenze evidenziate negli adolescenti che usano alcol potrebbero ritornare ai pattern tipici nel momento in cui il consumo viene meno (Feldsetin et al., 2014).

A livello comportamentale, una delle conseguenze più frequenti è incorrere in rapporti sessuali non protetti, soprattutto nei giovani ad alto rischio (Radcliffe & Thorley, 2014). L'uso consistente di alcol è associato all'incorrere in attività sessuali con un numero maggiore di partner diversi e una conseguente maggiore esposizione alle malattie sessualmente trasmissibili (MST) (Gillmore et al., 1992; Santelli et al., 1998). Per le ragazze i comportamenti sessuali a rischio conseguenti all'uso di alcol possono sfociare anche in gravidanze in età precoce ed indesiderate (Gillmore et al., 1992). Le gravidanze non desiderate delle ragazze possono aumentare il numero aborti rispetto alle ragazze che non fanno uso di alcol (Prager et al., 2007). Tali comportamenti a rischio ed esiti indesiderati possono essere spiegati dall'effetto inibitorio dell'alcol che porta ad una maggiore impulsività e cambiamento dei comportamenti sessuali, come il mancato utilizzo dei metodi contraccettivi come la pillola anticoncezionale,

preservativi, ecc., (Parks et al., 2009). L'uso di alcol può avere un impatto anche sul fenomeno delle violenze sessuali. Infatti, il rischio di mettere in atto comportamenti violenti, tra i quali anche le violenze sessuali, aumenta con l'aumentare della quantità di alcol ingerito. Si stima che il 20% delle violenze sessuali siano messe in atto sotto l'effetto di alcol (Howard et al., 2008).

Tra le conseguenze negative del consumo a livello comportamentale si evidenzia anche la guida sotto effetto di alcol. La guida in stato di ebbrezza è uno dei principali problemi della sanità pubblica che non riguarda solo gli individui che si mettono alla guida ma anche gli altri utenti della strada (Public Health England, 2019). Per quanto riguarda le persone alla guida, la concentrazione di alcol anche a livelli non elevati può interferire con la coordinazione, l'identificazione dei rischi dell'ambiente stradale e con la concentrazione alla guida (Babor et al., 2010). Uno dei principali rischi dell'uso di alcol in adolescenza sono gli incidenti, soprattutto dovuti all'uso di motoveicoli (Bingham et al., 2009), dove si stima che la metà degli incidenti che riguardano questi mezzi sono relati al consumo di alcol (Hingson, al., 2005). Gli adolescenti sono in generale un gruppo a rischio per questo tipo di incidenti a causa della bassa esperienza e delle scarse abilità cognitive relative alla guida (Boden & Fergusson, 2011), ma l'effetto dell'alcol aumenta ancora di più l'effetto della scarsa domestichezza alla guida (Babor et al., 2010).

1.4 L'uso funzionale di alcol in adolescenza e *drinking motive*

L'adolescenza è una fase di transizione caratterizzata da cambiamenti a livello corporeo, cognitivo, affettivo e relazionale (Baiocco et al., 2008). Durante questo periodo di scoperta e sperimentazione, gli adolescenti ricercano l'autonomia dai genitori a favore delle relazioni sempre più importanti con il gruppo dei pari, anche attraverso la messa in atto di comportamenti legati alla rottura delle regole come l'uso di sostanze o i comportamenti sessuali a rischio

(Meeus et al., 2005). I ragazzi e le ragazze hanno una maggiore inclinazione al rischio dovuta anche alle scarse capacità di controllo emotivo e comportamentale, la sensibilità all'influenza dei pari e la *reward sensibility* (Baiocco et al., 2008). Alcuni autori sostengono che la frequenza con cui questi comportamenti vengono messi in atto fa sì che essi possano essere considerati come pratiche comuni, quasi normative. Le prime esperienze con le sostanze, se avvengono in maniera controllata, possono fare parte di un percorso evolutivo di crescita che non necessariamente comporta una tendenza futura nell'età adulta (Palmer et al., 2009). L'alcol può essere utilizzato in questa fase per ridurre gli stati emotivi negativi dovuti all'ansia, angoscia e insoddisfazione. Per Baiocco, l'uso di sostanze – tra cui l'alcol – può essere inteso come un tentativo di adattamento e una modalità di assolvere alcune funzioni e obiettivi di crescita individualmente e socialmente riconosciuti (Baiocco et al., 2008). In conclusione, se è vero che per la maggior parte degli adolescenti l'uso di alcol e le conseguenze negative relative al suo consumo diminuiscono con il passaggio nell'età adulta (Chassin et al., 2004), numerose ricerche sostengono che chi inizia a bere più precocemente è esposto ad un maggior rischio di incorrere in abuso di alcol e/o dipendenza nel corso della vita (Gruber et al., 1996; Guo et al., 2000), ed è quindi importante non sottovalutarne i rischi.

1.4.1 Motivational Model of Alcohol Consumption

Con *drinking motive* si intendono “le ragioni per cui gli individui bevono alcol, ipotizzando che tale comportamento avvenga per ottenere un risultato desiderato” (Cooper, 1994). Le motivazioni dell'uso di alcol in adolescenza possono essere comprese attraverso il *Motivational Model of Alcohol Consumption* di Cox & Klinger (1988), ampiamente utilizzato nella letteratura riguardante il fenomeno. Tale modello sostiene che la scelta di consumare alcol si basi sulle conseguenze che l'individuo si aspetta di ottenere dall'assunzione. Secondo Cooper (1994) le motivazioni possono essere classificate in base al tipo di rinforzo desiderato (positivo

o negativo) messo in relazione con gli effetti psicoattivi dell'alcol (interni) e gli effetti sociali strumentali (esterni), ottenendo così quattro categorie di motivazioni: *enhancement* (positivo interno), *coping* (negativo interno), sociale (positivo esterno) e di conformità (negativo esterno). Sulla base di questo modello un individuo può bere per migliorare il suo stato d'animo – motivazione di *enhancement*; come strategia per affrontare o eliminare le emozioni negative – motivazione di *coping*; per ottenere incentivi sociali – motivazione sociale; o per evitare l'esclusione sociale da parte del gruppo dei pari – motivazione di conformità.

Diversi studi hanno analizzato la relazione tra motivazioni al bere e il genere degli adolescenti. Per esempio, Kuntsche et al., (2014) hanno coinvolto più di 30mila ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 19 anni nel Nord Europa per indagare tale relazione. I risultati dimostrano che sembrano esserci dei percorsi specifici nelle motivazioni al bere in base al genere. Infatti, nei ragazzi maschi di età compresa tra i 14 e i 16 anni, sono state evidenziate maggiormente motivazioni al bere di socializzazione e di *enhancement*, mentre le ragazze bevono di più come motivazione di *coping* e questa tendenza è maggiore nelle ragazze con maggiori livelli di inibizione e sensibilità all'ansia. Gli autori ipotizzano che per i ragazzi consumare alcol sembra essere più comune per ottenere un rinforzo positivo, avendo in genere maggiori livelli di impulsività e *sensation seeking*. In un altro studio, Kuntsche et al. (2005), riportano anche delle differenze tra le modalità di consumo e le motivazioni dell'assunzione. In particolare, la modalità di consumo caratterizzata da consumo frequente sembra essere associata alla motivazione sociale, mentre gli episodi frequenti di ubriacatura anche durante la settimana correlano di più con le motivazioni di *coping*. La motivazione di *enhancement* è associata invece ad un uso specifico limitato generalmente al consumo durante le feste (Simões et al., 2017).

Oltre al genere, la letteratura si è concentrata anche sulla potenziale relazione tra quartiere di appartenenza e le motivazioni del consumo di alcol in adolescenza. L'ipotesi di questa relazione

si basa sull'idea che i quartieri caratterizzati da maggiori privazioni materiali e disordini inducano maggiore stress, e ciò porterebbe all'uso di alcol come strategia per fronteggiare la situazione (Boardman et al., 2001; Green et al., 2013; Hill et al., 2005). Martin et al., (2019) hanno analizzato i dati del HBSC scozzese del 2010 per studiare le differenze tra caratteristiche dei quartieri e motivazioni al consumo di alcol negli adolescenti. In linea con studi precedenti, i risultati hanno evidenziato che gli adolescenti che vivevano nei quartieri svantaggiati riportavano maggiori motivazioni di *coping*. Secondo gli autori i risultati possono essere spiegati attraverso due ipotesi: la prima è che le caratteristiche dei quartieri svantaggiati creano negli individui dello stress che viene fronteggiato con l'uso di alcol; la seconda invece sostiene le persone che abitano in questi quartieri utilizzano in generale strategie diverse per fronteggiare le difficoltà, tra cui l'essere più propensi all'utilizzo di alcol per questo scopo (Karriker-Jaffe et al., 2016). Per quanto riguarda le altre motivazioni al bere, lo studio non ha trovato relazioni significative tra *enhancement* e conformità in base alle caratteristiche del quartiere. Le motivazioni sociali sembrano essere importanti in generale per gli adolescenti, ma non variano in base al contesto abitativo.

Anche lo studio di Simões et al., (2018) riguardante gli adolescenti del Portogallo ha riportato risultati simili, in particolare evidenzia come i quartieri dove sono presenti locali notturni, atti di violenza e furti sono associati con maggiore frequenza nelle motivazioni al bere rispetto ai contesti considerati sicuri. Tenere in considerazione la relazione tra motivazioni all'uso di alcol e quartiere è importante per progettare meglio i programmi di prevenzione per gli adolescenti a rischio (Stewart et al., 2011; Sudhinaraset et al., 2016). Infatti, le diverse motivazioni al bere indicano come sia necessario utilizzare strategie diverse negli interventi che possano fornire agli adolescenti gli strumenti per divertirsi senza incorrere all'uso di alcol, aumentare la

valutazione positiva di sé, implementare le strategie di coping adattive, l'autoregolazione emotiva e le competenze per resistere alla pressione dei pari (Simões et al., 2017).

1.5 Fattori di rischio e fattori di protezione

I fattori di rischio si riferiscono a quegli aspetti che possono aumentare le probabilità dell'individuo di incorrere in conseguenze negative per il proprio sviluppo. Essi non riguardano solo le conseguenze negative di tipo medico ma anche le conseguenze riguardo l'adattamento psicosociale dell'individuo (Bonino & Cattellino, 2008). La semplice presenza dei fattori di rischio non implica necessariamente esiti negativi, infatti, l'impatto dei fattori di rischio può essere variabile e limitato dai fattori di protezione. I fattori di protezione comprendono quegli aspetti individuali o del contesto che hanno la possibilità di limitare l'effetto dei fattori di rischio sul comportamento e sullo sviluppo adolescenziale (Jessor, 1998).

Un fattore di rischio individuale è l'esordio del consumo in età precoce. Infatti, chi ha un esordio più precoce nel consumo viene esposto ad un maggiore rischio di sfociare in abuso di alcol e/o dipendenza nel corso della vita (Gruber et al., 1996; Guo et al., 2000) e tale comportamento è associato anche all'aumento delle conseguenze negative relative all'uso di alcol come incidenti o lesioni non intenzionali, uso di sostanze, disturbi mentali ecc. (Zakrajsek & Shope 2006; Viner & Taylor 2007). L'età di esordio precoce del consumo di alcol è associata anche a tratti di personalità individuali, anch'essi in grado di influenzare la probabilità di consumo insieme alle caratteristiche della relazione con i genitori, all'influenza del gruppo dei pari e alle caratteristiche dell'esperienza scolastica, discusse in seguito.

1.5.1 La personalità

La letteratura riporta come i tratti di personalità siano predittori forti e affidabili del rischio futuro di uso di sostanze e delle conseguenze negative correlate ad esso (Castellanos-Ryan et al., 2012; Castellanos-Ryan et al., 2011; Whelan et al., 2014). Inizialmente, sono state studiate due dimensioni della personalità che sembravano essere predittive: *impulsive sensation seeking* e *behavioural inhibition*. La prima dimensione è legata all'uso di alcol attraverso motivazioni di *coping* negative mentre la seconda è associata a una considerazione più positiva nei confronti dell'alcol, con conseguente utilizzo più massiccio (Conrod et al., 2006). Da queste due dimensioni si sono distinti quattro profili di personalità a rischio caratterizzati dai seguenti tratti specifici: la ricerca delle sensazioni (*sensation seeking*), impulsività, sensibilità all'ansia e *negative thinking*. Il tratto di *sensation seeking* è caratterizzato da un elevato bisogno di stimolazione e ricerca del rischio. L'impulsività è caratterizzata da una scarsa inibizione e dalla tendenza a non considerare le conseguenze delle proprie azioni. La sensibilità all'ansia è data dalla paura che le sensazioni fisiche legate all'ansia portino a conseguenze catastrofiche come malattie fisiche, situazioni di imbarazzo in condizioni sociali o perdita del controllo mentale. Infine, il *negative thinking* è caratterizzato da umore negativo, scarsa fiducia verso se stessi, gli altri e il futuro e conseguenti pensieri depressivi (Conrod et al., 2016).

I quattro tratti di personalità sono associati a specifici modelli e motivazioni di consumo di alcol, evidenziati di seguito (Castellanos-Ryan et al., 2012):

- *Negative Thinking*: è associato a un inizio più precoce dell'uso di alcol, per fronteggiare pensieri ed emozioni negative. Può essere associato alla comorbidità con i disturbi depressivi;
- Sensibilità all'ansia: è associata ad un esordio del consumo più tardivo, nei giovani adulti, e a livelli di uso consistenti. L'effetto dato dall'uso della sostanza può

corrispondere al bisogno di regolazione emotiva e alla motivazione di ridurre gli effetti dell'ansia. Può essere associato a comorbidità con disturbi d'ansia tra cui gli attacchi di panico;

- Impulsività: è associata ad un esordio precoce dell'uso di alcol nei giovani e può essere in comorbidità con comportamenti antisociali e altri comportamenti rischiosi;
- *Sensation seeking*: è correlato con *heavy episodic drinking (binge drinking)*, maggiori conseguenze negative dovute al consumo, con la motivazione di ricercare gli effetti di *enhancement* ed euforici dati dalla sostanza. Anche il *Sensation seeking* è in comorbidità con altri comportamenti a rischio e comportamenti antisociali.

Nell'ottica dell'implementazione di interventi di prevenzione, gli individui con i tratti di personalità a rischio possono divenire target di interventi selettivi, con l'obiettivo di ridurre le probabilità di incorrere in comportamenti problematici, e in particolare nell'uso di alcol, a cui sono maggiormente a rischio (Castellanos-Ryan & Conrod, 2012).

1.5.2 Il parenting

La famiglia, e in particolare i genitori, possono svolgere un ruolo importante riguardo l'uso e abuso di alcol dei figli. Secondo Capaldi et al., (2009) la famiglia ricopre un ruolo più importante di influenza durante l'infanzia, ma durante la fase adolescenziale - nonostante l'influenza sia maggiore tra il gruppo dei pari - il controllo parentale svolge un ruolo fondamentale nell'attenuare la probabilità che il figlio incorra nell'uso di alcol con i pari. In particolare, lo stile di *parenting*, l'atteggiamento verso la sostanza e il comportamento dei genitori nei confronti dell'alcol possono avere un impatto positivo o negativo sul comportamento dei figli riguardo al consumo di tale sostanza.

Lo stile di *parenting* autorevole è associato ad una maggiore protezione verso i comportamenti a rischio, per via della severità non autoritaria delle regole e della disponibilità e apertura al dialogo (Bonino & Cattellino, 2008). Questo stile permette all'adolescente di sviluppare la propria autonomia in un contesto protetto entro il quale può esprimere se stesso e confrontarsi con le proprie difficoltà (Ciairano et al., 2001). In particolare, la letteratura riporta che sostenere i figli durante la fase adolescenziale e controllare i loro comportamenti sono aspetti della genitorialità che influiscono sui comportamenti che gli adolescenti adottano (Ryan et al., 2010). Inoltre, un altro fattore importante è il tipo di comunicazione tra genitori e figli rispetto agli argomenti del consumo di alcol, che preferibilmente dovrebbe fare in modo che l'adolescente si senta libero di esprimere i propri pensieri riguardo l'argomento (Miller-Day & Kam, 2010). Anche il modo in cui gli adulti significativi considerano e si pongono nei confronti dell'alcol può essere importante. Infatti, se i genitori disapprovano il consumo, questo atteggiamento può essere associato ad un ritardo dell'esordio del comportamento e un livello minore di consumo (Koning et al., 2010). Gli stessi esiti positivi sembrano essere associati ad uno stile di genitorialità in cui vengono chiarite delle regole molto specifiche riguardo l'uso che può essere fatto sia dentro le mura di casa che in occasioni pubbliche (Van Der Vorst et al., 2007; Mares et al., 2012)

Il comportamento dei genitori nei confronti dell'alcol può avere un effetto diretto o indiretto sulla propensione dei figli ad attuare lo stesso comportamento. Per esempio, se i genitori sono bevitori abituali, l'effetto diretto è sostenuto dal modello cognitivo-sociale di Bandura (1986), ed è caratterizzato dal fatto che assistere al comportamento abituale del genitore può portare ad una maggiore esposizione al modello e una conseguente maggiore assunzione rispetto ai figli di genitori che non bevono, favorendo anche l'associazione del consumo con cognizioni e credenze positive. L'effetto indiretto riguarda invece le motivazioni legate al bere, spiegate

attraverso il *Motivational Model of Alcohol Consumption* di Cox and Klinger (1988) già citato nel paragrafo 1.4.1. Infatti, sembrerebbe che le motivazioni al bere dei figli rispecchino le motivazioni al consumo di alcol da parte dei genitori (Van Damme et al., 2015). In particolare, per la motivazione di coping, attraverso l'osservazione del comportamento dei genitori i figli apprenderebbero che l'uso di alcol può essere utilizzato come una strategia per affrontare le situazioni avverse e stressanti. Secondo la motivazione alla conformità invece, i figli confronterebbero se stessi con gli altri significativi, modellando il proprio comportamento attraverso l'esempio dei membri della famiglia per conformarsi con loro (Marino et al., 2018). In conclusione, gli studi sopracitati mostrano come i genitori, attraverso lo stile di *parenting* e il proprio comportamento in relazione al consumo di alcol, possono influenzare il comportamento dei figli. Questi risultati suggeriscono come sia utile coinvolgere entrambi i target negli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze rivolti agli adolescenti.

1.5.3 Il rapporto tra pari

Anche se tipicamente le prime esperienze avvengono all'interno della famiglia, in adolescenza l'alcol viene consumato principalmente in presenza dei pari e questo riguarda tutte le tipologie di bevande (Steketee et al., 2013). Come è stato riportato nel paragrafo 1.5.2, la letteratura riporta una associazione tra stile di *parenting* autorevole, benessere e minor uso di sostanze in adolescenza. Anche il rapporto degli adolescenti con i pari potrebbe avere un effetto sia negativo che positivo nei comportamenti a rischio (Moore et al., 2018), in quanto la cerchia di amici può essere considerata dall'adolescente come un modello a cui confrontarsi e conformarsi, per questo ha un impatto molto forte sull'influenza nei comportamenti ad alto rischio (Lundborg 2006). Uno degli effetti negativi del rapporto con i pari è dato dalla sovrastima della quantità di alcol che viene consumata dal gruppo, che è molto comune tra gli adolescenti. Secondo Jaccard, (2016) la percezione dell'uso di alcol da parte dei coetanei si

riferisce alla stima di quanti amici e/o conoscenti utilizzano alcol secondo l'individuo. Percepire che il gruppo che ti circonda o a cui appartieni utilizza alcol è un fattore molto predittivo del comportamento dell'individuo in merito al consumo e rende la percezione della sostanza più positiva (Leung et al., 2014; Bo et al., 2021). Alcuni autori come Amialchuk & Sapci, (2020) riportano come la percezione del consumo sia associata alle modalità di consumo di *heavy episodic drinking* e ubriachezza.

Uscire con gli amici è una parte fondamentale della vita sociale dei ragazzi e delle ragazze e sembra esserci una relazione tra il tempo speso con i pari e il consumo di alcol. In generale, maggiore è il tempo libero speso con gli amici, più aumenta la probabilità che il gruppo beva e che il consumo sia elevato (Steketee et al., 2013). La maggior parte degli adolescenti europei ha l'abitudine di uscire con gli amici (74%) e più di un quarto esce per molto tempo, più tempo rispetto a quanto non stia a casa, e questo comportamento è più frequente all'aumentare dell'età degli adolescenti. In contrasto, chi passa più tempo libero svolgendo attività individuali come fare i compiti, è più propenso a non bere per niente (Steketee et al., 2013).

Anche le attività che vengono svolte dal gruppo possono influenzare il consumo degli individui. Sempre nel campione europeo studiato da Steketee et al., (2013), le uscite con gli amici sono associate maggiormente all'uso di alcol quando avvengono durante la notte o negli spazi pubblici. In particolare, ci sono delle attività specifiche che coinvolgono il gruppo dei pari che sembrano essere associate alla modalità del consumo del *binge drinking*. Queste attività sono andare in discoteca, compiere atti di vandalismo e di disturbo delle persone circostanti solo per divertimento. Dato che il comportamento dei pari viene considerato come un modello a cui conformarsi, anche i comportamenti problematici degli amici possono essere associati all'uso di alcol dell'individuo adolescente. Infatti, gli adolescenti che bevono attraverso il modello del

binge drinking sono associati significativamente ad amici che fanno uso di droghe leggere o pesanti, hanno rubato dai negozi e hanno comportamenti violenti (Steketee et al., 2013).

Sulla base delle evidenze riportate, si può concludere che il consumo di alcol tra i giovani è correlato con il loro stile di vita, mostrando come gli adolescenti più orientati a passare molto tempo con i coetanei hanno maggiore probabilità di assumere un modello di consumo di alcol rischioso.

1.5.4. La scuola

La scuola occupa molto tempo nella vita degli adolescenti ed è un luogo molto importante per quanto riguarda l'influenza sullo sviluppo di comportamenti e dello stile di vita (Perry et al., 1993). I fattori di protezione legati al ruolo della scuola possono essere suddivisi in esperienza scolastica, caratterizzata da soddisfazione e successo scolastico, e organizzazione scolastica, suddivisa in struttura, regole, attività didattiche e ruolo educativo dell'insegnante (Bonino & Cattellino, 2008). Infatti, gli studenti che riportano bocciature e assenze ingiustificate, che si reputano meno competenti degli altri e a cui non piace la scuola o la valutano negativamente a livello di clima e organizzazione riportano livelli più alti di consumo di alcol, soprattutto nel consumo abituale (Steketee et al., 2013). In contrapposizione, chi svolge i compiti, valuta positivamente la scuola e percepisce il clima scolastico come positivo ha una minore prevalenza in tutti gli *outcome* relativi all'uso di alcol: l'uso almeno una volta nella vita, il consumo abituale e il *binge drinking*. In particolare, gli aspetti relativi alla scuola che hanno effetti più negativi sono le assenze ingiustificate, non fare i compiti a casa e avere un atteggiamento negativo verso la scuola, seguiti dalla disorganizzazione e dal clima scolastico (Steketee et al., 2013).

Nel contesto in cui gli adolescenti sperimentano solo esperienze negative relative alla scuola (assenze, clima scolastico negativo, ecc.) aumenta l'importanza dell'influenza dei pari, sia

come opportunità per affermarsi socialmente sia come rinforzo dell'uso di alcol e comportamenti a rischio. Infatti, nonostante in questo paragrafo siano stati trattati separatamente, il legame tra scuola, influenza dei pari e relazioni familiari sembra essere in interazione (Bond et al., 2007). Le relazioni con i coetanei e il legame con la scuola interagiscono con le relazioni familiari in relazione al benessere soggettivo e agli outcome relativi ai comportamenti di consumo. Lo studio di Moore et al., (2018) ha provato ad indagare questa relazione, prendendo in considerazione le differenze in termini di supporto familiare percepito dagli adolescenti. In particolare, secondo questo studio, fare esperienza di una relazione familiare poco supportiva porta ad aumentare l'impatto che hanno il personale scolastico e l'influenza del gruppo dei pari sul benessere e sulla salute. L'impatto che la scuola e il contesto familiare possono avere negli interventi di prevenzione dell'uso di alcol negli adolescenti sarà ripreso nel Capitolo 3.

1.6 Le politiche europee di contrasto all'uso di alcol

1.6.1 European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020

La Regione Europea dell'OMS è stata la prima Regione ad attuare nel 1992 un piano di azione per la riduzione dell'uso di alcol. Vent'anni dopo, nel 2010, è stato istituito *l'European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020* (WHO, 2012) che contiene le strategie *evidence-based* di prevenzione da adottare nei 53 Stati Membri della Regione. Il piano d'azione nasce con l'idea che applicare azioni forti verso la riduzione dell'uso di alcol porti agli Stati guadagni dal punto di vista della salute e del benessere della popolazione, aumenti l'occupazione lavorativa e la produttività e produca effetti anche a favore dell'equità economica. Le azioni raccomandate dall'*Action Plan* sono le seguenti:

- Monitoraggio e Sorveglianza
- Tracciamento dell'alcol non dichiarato e illecito
- Riduzione delle conseguenze negative
- Politiche sulla determinazione del prezzo
- Pubblicità, sponsorizzazione e promozione
- Disponibilità dell'alcol
- Contromisure riguardo la guida in stato di ebbrezza
- Azioni di comunità
- Risposte del servizio sanitario
- Leadership, consapevolezza e impegno

Nel 2016 è stata svolta una valutazione tenendo conto della messa in atto delle azioni da parte degli Stati Membri insieme al rigore e alla complessità della loro implementazione. La media complessiva dei punteggi su tutti gli indicatori a livello europeo era del 55%, dove le attività maggiormente implementate erano: l'uso di alcol in stato di ebbrezza, leadership, consapevolezza e impegno e le azioni per tracciare l'alcol non dichiarato e illecito. Le attività implementate in modo peggiore riguardano le politiche sulla determinazione del prezzo. Gli Stati con maggiori punteggi sono i Paesi del Nord Europa, mentre l'Europa dell'Est sembra avere risultati peggiori ad eccezione della Bielorussia. Dalla rilevazione delle stesse attività fatta nel 2019, non sono presenti grandi miglioramenti e progressi, evidenziando come ci sia ancora un grande margine di miglioramento per l'implementazione di queste azioni.

1.6.2 Making the WHO European Region SAFER

Nel 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il pacchetto tecnico SAFER che sottolinea cinque strategie efficaci che possono essere messe in atto dai governi per ridurre

l'uso di alcol e le annesse conseguenze negative. Di seguito una breve descrizione delle cinque strategie e delle valutazioni fatte sull'implementazione da parte degli Stati Membri (WHO, 2021):

- *Strengthen restrictions on alcohol availability*

Questa azione può essere messa in atto attraverso la prevenzione dell'accessibilità all'alcol nelle categorie a rischio, come l'introduzione dell'età legale minima per il consumo di bevande alcoliche e la restrizione della vendita in determinate fasce orarie. Stando agli ultimi dati del 2021, questa azione è stata messa in atto in modo rigoroso e completo da un quinto degli Stati membri. Per quanto riguarda l'introduzione dell'età legale minima per bere, nel 2016 tutti gli Stati Membri dichiarano di averla adottata con range dai 16 a 21 anni, tra cui la più comune a 18 anni.

- *Advance and enforce drink-driving countermeasures*

Quasi la totalità degli Stati Membri ha adottato delle azioni consistenti in risposta alla problematica della guida in stato di ebbrezza, anche se con differenze notevoli nel limite tollerato di concentrazione di alcol nel sangue (grammi/dl). Tra i Paesi con i livelli di tolleranza maggiori troviamo Armenia, Malta e Regno Unito con limite per tutti i guidatori al 0,08 g/dl. All'opposto troviamo Stati principalmente dell'Est Europa che impongono il limite di 0,00 g/dl a tutti i guidatori. Negli altri Stati troviamo livelli variabili tra lo 0,01 e 0,05 tra le categorie della popolazione generale, i neopatentati e i guidatori professionisti. Oltre ai limiti della concentrazione di alcol nel sangue vengono riportate anche le sanzioni per chi trasgredisce, tra le più utilizzate: multe, sospensioni della patente e incarcerazione.

- *Facilitate access to screening, brief interventions and treatment*

L'accesso al servizio sanitario è fondamentale per la prevenzione e la riduzione delle complicazioni riguardanti l'alcol (Babor et al., 2010). L'efficacia di screening e interventi

per i bevitori ad alto rischio e per le loro famiglie è stata evidenziata soprattutto se vengono proposti dalla figura di riferimento del medico di base. Anche le terapie comportamentali e farmacologiche sono importanti del trattamento dei disturbi dell'uso e abuso di alcol, ma la maggior parte delle persone con questi disturbi rimane senza diagnosi e senza trattamento. Nel 2016 la copertura degli Stati riguardante questa attività è risultata essere scarsa, con un punteggio di media del 45% e 18 Stati Membri che hanno adottato delle misure almeno sufficienti. Nel contesto dell'assistenza sanitaria di base, solo il 12% degli Stati adotta screening e interventi per i bevitori ad alto rischio.

- *Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship and promotion*

È dimostrato che l'esposizione al marketing delle bevande alcoliche è associata a cambiamenti in conoscenza, attitudini e comportamenti anche nei gruppi vulnerabili come quello dei giovani (WHO, 2020b). La pubblicità degli alcolici può essere associata ad attività salutari come lo sport o le attività culturali e può essere trasmessa attraverso diversi canali come i messaggi, le e-mail, i podcast e i social media (Noel et al., 2020). L'applicazione di restrizioni di questo tipo di marketing è una *best buy* efficace dal punto di vista dei costi che può ridurre la probabilità di inizio del consumo tra i giovani e può limitare la normalizzazione della cultura del bere nella popolazione generale. Se nella maggior parte degli Stati nel 2016 era presente una restrizione nelle pubblicità sui media tradizionali (tv e radio), essa non è presente nei nuovi media come i social, maggiormente usati da giovani e giovanissimi.

- *Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies*

Questo tipo di attività è fortemente sostenuta da evidenze empiriche rispetto alla sua efficacia nella riduzione di rischi sociali e sulla salute, ma è quella meno implementata nella

Regione europea. Infatti, la media del punteggio per questa attività è del 17%, dove nella maggior parte degli Stati non è applicata in modo consistente e solo 15 Paesi riportano di attuare aggiustamenti periodici nel prezzo della tassazione. La mancata attuazione di questa azione rende nel tempo il consumo di alcol sempre più accessibile economicamente.

L'iniziativa SAFER propone gli strumenti per implementare delle strategie efficaci nella riduzione dell'uso di alcol nella Regione Europea. In particolare, tre delle cinque azioni appena descritte sono state considerate accessibili, realizzabili e convenienti dal punto di vista di costi-benefici, ovvero: incrementare le tasse sulle bevande alcoliche, bandire o ridurre consistentemente le pubblicità da molteplici tipi di media e ridurre la disponibilità della reperibilità dell'alcol attraverso la riduzione delle ore in cui è possibile la vendita. L'Europa può essere la Regione apripista nella risposta alle conseguenze negative dell'alcol, ma come abbiamo visto è ancora molto il lavoro che dev'essere fatto affinché tutti gli Stati implementino le strategie proposte in modo consistente e duraturo.

1.6.3 Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic drinking (Binge Drinking) 2014-2016

Per quanto riguarda il target degli adolescenti, nel 2014 è stato pubblicato dal Committee on National Alcohol Policy and Action (CNPA) l'*Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic drinking (Binge Drinking) 2014-2016* (WHO, 2019) con l'obiettivo di ampliare le strategie d'azione per la riduzione dell'uso alcol al target dei più giovani e dei bevitori che incorrono in *heavy episodic drinking*. La proposta principale del piano d'azione è ridurre l'*heavy episodic drinking* nei giovani. Si propone di svolgere questo cambiamento attraverso la promozione dell'informazione riguardo i rischi correlati all'uso di bevande alcoliche, per aiutare i bevitori a scegliere in modo consapevole, ponendo attenzione ai gruppi a rischio e al target dei giovani. Inoltre, si propone di ridurre l'accessibilità alla vendita anche tramite la

tassazione del prezzo delle bevande per scoraggiarne un uso consistente. Questa azione è promossa attraverso l'implementazione di politiche riguardanti l'età minima legale per la vendita e il consumo e supportando approcci multisettoriali per assicurare la messa in atto delle regolamentazioni tra le nazioni europee. Infine, si propone l'implementazione di screening per identificare precocemente gli individui che necessitano interventi con particolare attenzione ai gruppi a rischio.

La riduzione dell'esposizione al marketing delle bevande alcoliche può essere attuata assicurando che gli Stati seguano le regolamentazioni nazionali ed internazionali come l'*Audiovisual Media Services Directive* (AVMSD) indetta dalla Commissione Europea, limitando anche l'esposizione che può avvenire tramite i social media, molto usati nei giovani e giovanissimi. Promuovere attività e ambienti *alcohol-free* per gli adolescenti, supportare le famiglie a rischio e implementare programmi contro la guida in stato di ebbrezza sono gli obiettivi che si propone il piano d'azione per assicurare agli adolescenti un ambiente sano e sicuro dove crescere.

Infine, il piano si propone di ridurre le conseguenze negative dell'alcol durante la gravidanza. L'azione può essere promossa attraverso la divulgazione delle informazioni riguardo le conseguenze rischiose dell'uso di alcol in gravidanza, ponendo l'attenzione anche sulle conseguenze negative che ricadono sul neonato come la Sindrome Feto-Alcolica (FASD) e la Sindrome di Astinenza Neonatale (NAS). Infine, si propone la promozione di counselling e trattamenti specifici per bambini e famiglie a rischio. È necessario che tutte le azioni appena descritte vengano misurate e valutate, per permettere il proseguimento della ricerca nell'ambito e identificare le aree che necessitano maggiore studio a livello europeo.

CAPITOLO 2 – La ricerca

Nel primo capitolo è stato presentato il fenomeno dell'uso e abuso di alcol in adolescenza ponendo attenzione alla diffusione del fenomeno tra gli Stati, alle conseguenze negative di tale comportamento e ai possibili fattori di rischio e di protezione riscontrati in letteratura. In Europa il consumo di alcol è particolarmente diffuso rispetto alle altre Regioni del mondo ed è al primo posto nella prevalenza del consumo sia nella popolazione generale che tra gli adolescenti (WHO, 2018). Nonostante le politiche europee e i piani di azione redatti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che riguardano principalmente azioni da svolgere sul piano normativo legislativo, sono ancora ampi i margini di miglioramento da fare per raggiungere una importante diminuzione del consumo (WHO, 2012; WHO, 2021; WHO 2019).

Il ruolo della scuola può essere importante nella protezione dei comportamenti a rischio, insieme all'influenza positiva della famiglia, e in particolare dei genitori, sulla resistenza alle pressioni dei pari tipiche di questa fase dello sviluppo (Moore et al., 2018; Steketee et al., 2013). La scuola è il luogo dove gli adolescenti passano la maggior parte del loro tempo e gli interventi svolti nelle scuole permettono di svolgere le attività durante l'orario scolastico includendo un gran numero di studenti appartenenti a diversi background socio-culturali (Giannotta et al., 2016). Non tutti gli interventi che vengono svolti risultano essere efficaci per la riduzione del consumo di alcol e dei comportamenti problematici associati. L'obiettivo di questa tesi è svolgere una ricerca sulle caratteristiche degli interventi attuati in Europa per discutere delle differenze tra i diversi livelli di prevenzione adottati, tra i diversi metodi di coinvolgimento parentale nelle componenti dei progetti e le caratteristiche degli interventi che prevedono la formazione del personale scolastico per la messa in atto dei programmi. Oltre alla ricerca bibliografica riguardante la letteratura esistente sui programmi di prevenzione nelle scuole è stata svolta una ricerca più specifica sugli interventi attuati in Europa di cui è stata valutata

l'efficacia attraverso trial sperimentali negli ultimi 15 anni. Tale ricerca ha l'obiettivo di approfondire la letteratura esistente con esempi di attuazioni reali nel contesto scolastico attuale.

2.1 Il metodo

La ricerca degli articoli riguardanti gli interventi di prevenzione in Europa è iniziata il 20 luglio 2022 e si è conclusa il 25 luglio 2022. Sono state consultate le banche dati dell'American Psychological Association (APA), PsycInfo, PsycArticles e PubMed. L'accesso ai database è avvenuto tramite piattaforma EBSCO, attraverso le credenziali istituzionali fornite dall'Università degli Studi di Padova. Le parole chiave utilizzate sono state: *school-based programs AND school-based prevention programs AND (youth or adolescents or young people or teen or young adults) AND (alcohol use or alcohol consumption or at-risk drinking or heavy drinking)*, tenendo conto solo dei progetti implementati negli ultimi 15 anni. Per una revisione della letteratura coerente con l'idea di ricerca, sono stati esclusi gli interventi svolti fuori dall'Europa.

2.2 I risultati

Nella tabella sottostante sono elencati gli interventi tenuti in considerazione per svolgere una discussione critica delle caratteristiche e delle differenze dei programmi di prevenzione svolti negli Stati Europei. La tabella ha il solo scopo di rendere più chiara la distinzione tra i diversi progetti e i rispettivi Paesi di applicazione.

PROGETTO	PAESE	ARTICOLI
Alerta Alcohol	Spagna	Lima-Serrano et al., (2018); Vargas-Martínez et al., (2019); Martinez-Montilla et al., (2020)
Fresh Start	Paesi Bassi	Onrust et al., (2017)
Healthy School and Drugs (HSD)	Paesi Bassi	Malmberg et al., (2015); Malmberg et al., (2014)
Paesaggi di prevenzione	Italia	Allara et al., (2019)
Prevention Alcohol use in Students (PAS)	Paesi Bassi	Konig et al., (2013)
Preventure	Regno Unito, Paesi Bassi	Edalati & Conrod, (2019); Lammers et al., (2017);
Teacher-Delivered Personality – Targeted Interventions for substance misuse	Regno Unito	Conrod et al., (2013)
Saluda	Spagna	Espada et al., (2012)
Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPP)	Irlanda del Nord e Scozia	McKay et al., (2018)
Unplugged	Austria, Belgio, Germania, Grecia, Italia, Spagna e Svezia	Giannotta et al., (2014) Vigna-Taglianti et al., (2014)

CAPITOLO 3 – Gli interventi di prevenzione *school-based*

3.1 La prevenzione

I progetti di intervento che riguardano i giovani sono solitamente volti alla prevenzione di comportamenti a rischio o finalizzati alla promozione della salute. La prospettiva attuale degli interventi tende a integrare le due dimensioni – di prevenzione e di promozione – con lo scopo di favorire lo sviluppo delle proprie competenze psicosociali lungo il corso della vita, mettendo al centro le risorse degli individui invece delle patologie manifeste nell’attuazione dei progetti (Bonino & Cattellino, 2008). Gli interventi di prevenzione possono avere diversi obiettivi, tra i quali ridurre l’interesse dei giovani nell’uso di sostanze, limitare la disponibilità per renderne più difficile il consumo o attuare sanzioni per scoraggiarne l’utilizzo. In base al livello in cui vengono attuati, gli interventi possono riguardare la popolazione generale attraverso, per esempio, la legislazione e la regolamentazione, oppure al livello individuale possono riguardare gli interventi precoci, gli interventi su adolescenti a rischio, fino ad arrivare al vero e proprio trattamento terapeutico per gli individui che hanno già sviluppato un modello di consumo dipendente (Stockings et al., 2016).

La distinzione ad oggi utilizzata distingue la prevenzione in tre categorie: universale, selettiva e indicata (o specifica) (Mrazek & Haggerty, 1994). La prevenzione universale si riferisce all’intera popolazione, non differenziano tra target a basso rischio o ad alto rischio. L’obiettivo è massimizzare i fattori che possono svolgere un ruolo di protezione nell’incorrere in comportamenti a rischio. Gli interventi di prevenzione universali sono gli interventi migliori quando i fattori di rischio sono difficili da identificare, diffusi nella popolazione e difficilmente definibili come target di intervento. Questo tipo di prevenzione riguarda quindi gli anche interventi svolti nelle scuole lavorando con un target di studenti generale e gli interventi *family-based*. Rientrano nella prevenzione universale anche quei fattori strutturali applicati nel macrolivello come le leggi, le politiche e la tassazione, quando hanno l’obiettivo di ridurre o

vietare un determinato comportamento a rischio (Stockings et al., 2016). Nello specifico degli interventi che riguardano l'uso di alcol nei giovani, i fattori strutturali che hanno un impatto significativo nella riduzione dell'uso di alcol sono soprattutto l'istituzione dell'età legale minima per bere e la tassazione nelle bevande alcoliche, che riducono il consumo attraverso le sanzioni per chi non rispetta il divieto di vendita e l'accessibilità delle bevande alcoliche attraverso l'aumento dei prezzi non sostenibili dagli adolescenti (Stockings et al., 2016).

La prevenzione selettiva si rivolge ad un target più ristretto, che riguarda nello specifico i gruppi che sono ritenuti più a rischio. I programmi implementati a questo livello hanno lo scopo di prevenire precocemente la formazione di pattern comportamentali a rischio. Per esempio, si possono identificare come interventi di prevenzione selettiva quei programmi di prevenzione nelle scuole che hanno come target gli adolescenti che appartengono ad una categoria a rischio, come i ragazzi e le ragazze che hanno alti punteggi nelle scale riguardanti i tratti di personalità considerati fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici. I programmi possono essere differenziati in selettivi e mirati, dove nei primi gli interventi si basano sulle persone che ne hanno maggiore necessità, mentre i secondi prevedono l'intervento su uno specifico fattore di rischio in un particolare gruppo ad alto rischio (Edalati & Conrod, 2019). La letteratura mostra come cambiare prospettiva utilizzando interventi più mirati può aumentare l'efficacia rispetto all'implementazione della prevenzione universale, nello specifico per gli adolescenti che rientrano nelle categorie a rischio (Edalati & Conrod, 2019).

Infine, la prevenzione indicata non riguarda più gruppi di persone ma singoli individui che risultano essere particolarmente a rischio o hanno già sviluppato comportamenti problematici. L'obiettivo di tali interventi è quello di evitare che il comportamento e le conseguenze negative associate ad esso si cronicizzino. Rientrano in questo livello anche gli interventi di riduzione del danno, che hanno come obiettivi la riduzione l'uso della sostanza e dei pattern rischiosi

annessi all'uso, comprese le conseguenze negative del consumo (Stockings et al., 2016). Riguardando nello specifico i singoli individui e non essendo tipicamente implementati nelle scuole, gli interventi di prevenzione indicata non verranno approfonditi in questa sede.

3.2 Gli interventi *school-based*

La scuola è la sede di molti interventi che si pongono l'obiettivo di prevenire, ritardare o ridurre l'uso di alcol e i comportamenti problematici che spesso sono associati al consumo. Gli interventi svolti nelle scuole permettono di svolgere le attività durante l'orario scolastico includendo un gran numero di studenti appartenenti a diversi background socio-culturali (Giannotta et al., 2016). Nonostante la loro vasta applicazione, solo pochi di questi interventi vengono valutati rispetto alla loro efficacia attraverso disegni sperimentali e per questo motivo non è facile comprendere quanto questa vasta applicazione sia giustificata dai risultati ottenuti. Infatti, l'efficacia degli interventi di prevenzione svolti nelle scuole è un tema sul quale la comunità scientifica sta ancora dibattendo. Per esempio, le *systematic review* di Faggiano et al., (2008), Tobler et al., (2000) e Catalano et al., (2012) concordano su una possibile efficacia anche a lungo termine degli interventi nella prevenzione dei comportamenti di alcol, fumo di sigarette e cannabis. In contrasto, Cuijpers (2002) e Strøm et al., (2014) non trovano questi effetti e reputano gli interventi come scarsamente o non efficaci. In particolare, la *systematic review* di Catalano et al., (2012) evidenzia come diversi interventi svolti nelle scuole abbiano avuto risultati significativi in termini di minore esordio di comportamenti a rischio anche dopo 4 anni e nello specifico dell'alcol, minore frequenza di ubriacature dopo un anno e mezzo dall'intervento. In contrasto invece, la metanalisi di Strøm et al., (2014) rileva come i risultati dell'efficacia dopo tre mesi siano misti e molto deboli e gli effetti a lungo termine dopo un anno non sono significativamente differenti da quelli ottenuti nei gruppi di controllo. La *systematic review* di Stockings et al., (2016) sembra concordare con l'ipotesi di una efficacia debole o

nulla degli interventi, soprattutto nei progetti che forniscono ai ragazzi solo informazioni riguardo i comportamenti a rischio e le loro conseguenze, mentre risultati discordanti si ritrovano negli interventi che prevedono anche training sulle *social skill* dei ragazzi. In conclusione, si può affermare che nonostante la massiccia implementazione di questo tipo di interventi, la loro efficacia non è ancora del tutto provata, ma differenze nelle caratteristiche delle strutture dei programmi potrebbero avere effetti diversi nell'efficacia a breve e lungo termine.

3.2.1 La prevenzione universale

La prevenzione universale riguarda quegli interventi che si riferiscono all'intera popolazione, e nel caso della scuola, riguardano tutti gli studenti senza porre differenze tra target a basso rischio o ad alto rischio. Gli approcci di prevenzione *evidence-based* possono essere raggruppati in due categorie generali: gli approcci basati sull'influenza sociale e gli approcci basati sul potenziamento delle competenze (Botvin, 2000). Gli approcci di influenza sociale si basano sulla relazione tra i fattori sociali e psicologici e l'esordio del consumo di sostanze. Secondo questo approccio i pari insieme ai media influenzano il consumo dell'individuo portandolo ad utilizzare la sostanza. Nell'approccio del potenziamento delle competenze invece, viene posta più attenzione al miglioramento delle abilità sociali e individuali; l'individuo consuma la sostanza perché è un comportamento socialmente appreso e reputato funzionale. Entrambi questi approcci sono utilizzati e presenti in letteratura, gli esempi pratici delle loro attuazioni dell'efficacia verranno riportati in seguito.

3.2.1.1 L'influenza sociale

Le componenti principali degli interventi basati sull'approccio dell'influenza sociale ritenute essenziali sono l'educazione normativa e il training delle capacità di resistenza (Botvin, 2000).

L'educazione normativa riguarda la correzione della percezione errata del consumo dei pari, in quanto gli adolescenti generalmente tendono a sovrastimare la prevalenza della messa in atto di comportamenti a rischio da parte dei pari (Jaccard, 2016) andando ad influire sull'età di esordio del consumo e aumentando le modalità di consumo di *heavy episodic drinking* e ubriachezza (Amialchuk & Sapci, 2020). Sempre secondo Botvin (2000), una delle strategie utilizzate per correggere la percezione del consumo di alcol consiste nel fornire agli studenti informazioni sulla prevalenza del consumo attraverso l'esposizione ai dati di indagini nazionali o locali. Gli studenti possono anche condurre indagini sul consumo all'interno della loro classe. Per esempio, un'unità di un intervento può consistere in una iniziale stima individuale delle percentuali del consumo negli adolescenti attraverso la domanda "Secondo te, quale percentuale di giovani di età compresa tra 15 e 19 anni ha usato alcol almeno una volta nella vita/nell'ultimo mese/ogni giorno?", seguita dal confronto con le stime date dai compagni e con l'esposizione ai dati reali (esempio tratto dall'Unità 4 del progetto Unplugged., Eu – Dap - *Il tuo quaderno delle attività*, 2019). Questa attività consente di ottenere una prospettiva più realistica sul livello di consumo e aiuta a correggere l'errata percezione che la maggior parte delle persone faccia uso di alcol e a stabilire norme sul consumo.

Il training delle capacità di resistenza sociale consiste nell'insegnare agli studenti le abilità per resistere o rifiutare le offerte di consumo di sostanze. I tre metodi più comuni per incrementare le capacità di resistenza sono: insegnare agli studenti a riconoscere le situazioni ad alto rischio, aumentare la consapevolezza delle influenze dei pari e dei media e allenare le capacità di rifiuto (Botvin, 2000). Identificare situazioni a rischio consiste nell'insegnare agli studenti a riconoscere le situazioni in cui è probabile che subiscano la pressione dei pari per fumare, bere o usare sostanze illecite. Una volta riconosciute e identificate queste situazioni si possono insegnare agli studenti le tattiche per evitarle rendendo gli studenti consapevoli delle influenze

dei pari e dei media sul consumo. Infine, vengono allenate le capacità di rifiuto con il fine di sviluppare un repertorio di risposte efficaci da utilizzare in situazioni a rischio (Botvin, 2000).

I programmi basati sull'approccio di influenza sociale possono limitarsi all'istruzione sulle capacità di rifiuto e al contrasto alle influenze sociali dirette oppure possono contenere anche altre competenze, come la capacità di comunicazione, l'assertività e fornire istruzioni sul processo decisionale. In questo caso si tratta di programmi di influenza sociale completi (*Comprehensive Social Influences Prevention Programs*) (Sussman et al., 2004). Queste componenti aggiuntive danno agli adolescenti le competenze per essere promotori del cambiamento dell'ambiente che li circonda, ottenendo una efficacia maggiore rispetto ai programmi di influenza sociale più limitati (Tobler et al., 2000). Un esempio di programma di influenza sociale comprensivo è *Unplugged*. *Unplugged* è un percorso che si caratterizza per la forte interattività e prevede la formazione al pensiero creativo e critico, al processo decisionale, alla risoluzione dei problemi, alla comunicazione efficace, alle capacità di relazione interpersonale, alla consapevolezza di sé, all'empatia, alla gestione delle emozioni e dello stress, alle convinzioni normative e alla conoscenza degli effetti nocivi delle sostanze (Vigna-Taglianti et al., 2014). Consiste in 12 unità attuate nel corso dell'anno durante l'orario scolastico da insegnanti precedentemente formati coinvolgendo gli studenti dai 12 ai 14 anni. Il programma è stato implementato e valutato in Italia, Grecia, Spagna, Austria, Belgio, Germania e Svezia (Vigna-Taglianti et al., 2014). I risultati comprensivi degli Stati mostrano come gli interventi di prevenzione universale come *Unplugged* possono essere implementati su larga scala e sono efficaci nella riduzione dell'uso di sostanze, e in particolare nella riduzione del consumo di alcol. Infatti, i risultati mostrano una diminuzione nel tempo del rischio di ubriacature e una costante diminuzione anche del rischio di incorrere in disturbi di dipendenza. Lo studio di Giannotta et al., (2014) ha mostrato come la riduzione degli episodi di ubriachezza in seguito

all'implementazione del programma avviene attraverso tre fattori di mediazione: l'atteggiamento verso il consumo, le capacità di rifiuto e la percezione della prevalenza del comportamento tra i coetanei, soprattutto tra gli studenti che già consumavano alcol. Questi risultati confermano la base teorica degli interventi comprensivi basati sull'influenza sociale.

3.2.1.2 *Le life skill*

Per quanto riguarda la seconda categoria, ovvero gli approcci che riguardano il potenziamento delle competenze, tali programmi di intervento sembrano essere efficaci se si focalizzano nello specifico sul consumo di sostanze (Botvin, 2000b). Gli interventi che si basano su questo approccio sono fondati su due teorie principali: la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977) e la teoria del comportamento problematico (Jessor & Jessor, 1977). Secondo questo approccio, il comportamento problematico è considerato come un comportamento che è stato socialmente appreso e considerato funzionale, risultante dall'interazione tra competenze sociali e abilità personali. L'attenzione viene posta quindi all'insegnamento e al training di quelle abilità sociali e personali che possono essere potenziate. Nella letteratura internazionale, l'insieme di queste abilità sono conosciute come *life skill*.

Le *life skill* sono una serie di abilità cognitive, sociali, emotive e razionali migliorabili grazie all'esperienza, che consentono di affrontare al meglio le esigenze e i cambiamenti che si presentano nel corso della vita (WHO, 1994). Per gli adolescenti, possedere queste abilità permette di raggiungere gli obiettivi di crescita senza incorrere in comportamenti a rischio e nelle conseguenze negative associate (Bonino & Cattellino, 2008). L'OMS (WHO, 1994) identifica 10 *life skill* in base alla loro presenza nella letteratura scientifica: capacità di prendere decisioni (*decision making*), capacità di risolvere i problemi (*problem solving*), creatività, pensiero critico, comunicazione efficace, capacità di relazione, autocoscienza e autoefficacia, empatia, gestione delle emozioni e gestione dello stress. Attraverso i programmi che si basano

sull'approccio delle *life skill*, gli adolescenti incrementano le proprie abilità sociali e personali che saranno utili per affrontare le tappe evolutive e le sfide di ogni giorno. Secondo Faggiano et al., (2008), i programmi che si basano sul potenziamento delle *life skill*, insieme a quelli che riguardano l'influenza sociale, sono i più efficaci nella prevenzione dell'uso di sostanze in adolescenza, anche se molti degli studi valutati riguardano però programmi implementati negli Stati Uniti (Weichold & Blumenthal, 2016).

Un programma spagnolo che rientra nell'approccio del potenziamento delle competenze è il programma di prevenzione *Saluda* (Espada & Méndez, 2003) che ha come mission il ritardo dell'età di esordio del consumo di alcol e altre sostanze migliorando le competenze personali complessive e affrontando i principali fattori di rischio legati alle motivazioni (sociali, coping, *enhancement* e inibizione). Le componenti su cui è costruito il progetto sono la componente "abilità di *problem solving*" e la componente "abilità sociali". La prima componente riguarda il training sulle abilità di *problem solving* applicate sia alla vita di tutti i giorni che alle situazioni a rischio in cui è presente il consumo di sostanze. Tra gli obiettivi si mira a far comprendere agli adolescenti gli aspetti positivi del non bere. La componente di formazione sulle abilità sociali invece si basa su training specifici di abilità di ascolto attivo, di comunicazione (es, iniziare, mantenere e concludere le conversazioni), l'espressione delle emozioni e delle opinioni, insieme alle abilità relative alla difesa dei propri diritti personali, abilità di rifiuto e strategie per affrontare la pressione dei pari. Il potenziamento delle abilità avviene attraverso lezioni informative, tecniche di *roleplaying*, seguite da momenti di restituzione costruttiva da parte del gruppo e dei facilitatori. Lo studio di Espada et al., (2012) valuta l'effetto delle componenti di *problem solving* e *social skill* attuate da sole o in modo combinato per determinare se attuare una delle due componenti singolarmente o entrambe simultaneamente differisce nei risultati alle valutazioni post-test e di *follow-up*. In generale, i risultati indicano

che entrambe le condizioni di prevenzione sono significativamente più efficaci della condizione di controllo e dopo 12 mesi i partecipanti che hanno ricevuto il programma con tutte le componenti hanno registrato la maggiore differenza nel consumo di alcol. A breve termine *Saluda* produce cambiamenti a livello di abilità e intenzioni, mentre i cambiamenti nel comportamento di consumo di alcol sono apparsi nella valutazione dopo un anno, suggerendo che per rilevare gli effetti comportamentali dell'intervento è necessario un periodo di tempo tra l'intervento e la valutazione dei risultati. L'effetto ritardato sul cambiamento del comportamento è coerente con la teoria dell'azione ragionata (Ajzen, 1985), tra le basi teoriche dell'intervento, che afferma che le intenzioni di impegnarsi in un comportamento (insieme all'atteggiamento e alle aspettative normative) probabilmente mostrano prove di cambiamento prima dell'effettivo cambiamento comportamentale.

Oltre ai risultati positivi del programma *Saluda*, Giannotta & Weichold (2016) riportano l'efficacia di un programma basato sulle *life skill* implementato con gli adolescenti in Germania e in Italia. In entrambi gli Stati, a 12 mesi dall'intervento, gli studenti riportavano un effetto sugli atteggiamenti, le competenze e l'uso di alcol. In particolare, gli studenti riportano maggiore assertività, resistenza alla pressione dei pari e connessione scolastica. Inoltre, chi aveva frequentato il progetto riportava anche un minore aumento dell'uso di alcol rispetto ai compagni. In conclusione, nonostante gli interventi che si basano sull'approccio del potenziamento delle competenze siano principalmente valutati negli Stati Uniti, i risultati riportati sopra suggeriscono che i programmi basati sulle *life skill* possono essere utili per la prevenzione dei comportamenti a rischio anche nel contesto Europeo (Espada et al., 2012; Giannotta & Weichold, 2016).

3.2.1.3 Il ruolo della famiglia

I programmi di prevenzione nelle scuole possono essere attuati anche in combinazione con il coinvolgimento dei genitori degli studenti. Come già citato, la prevenzione universale nella scuola si occupa principalmente dell'educazione sulle conseguenze negative del consumo, dello sviluppo di abilità di resistenza alla pressione dei pari e dello sviluppo di norme di comportamento positive tra compagni. Invece, quando si rivolgono alla famiglia gli interventi hanno l'obiettivo di supportare lo sviluppo di *skill* riguardanti il *parenting*, soprattutto nel supporto e nella creazione di regole e monitoraggio. In particolare, la letteratura riporta che il modo in cui gli adulti significativi considerano e si pongono nei confronti dell'alcol può essere importante. Infatti, se i genitori disapprovano il consumo, questo atteggiamento può essere associato ad un ritardo dell'esordio del comportamento e un livello minore di consumo (Koning et al., 2010). Gli stessi esiti positivi sembrano essere associati ad uno stile di genitorialità in cui vengono chiarite delle regole molto specifiche riguardo l'uso che può essere fatto sia dentro le mura di casa che in occasioni pubbliche (Van Der Vorst et al., 2007; Mares et al., 2012). I programmi che lavorano in contemporanea sulle componenti scolastica e familiare combinano gli interventi all'interno dei curricula scolastici con gli interventi basati sul supporto del *parenting*. Gli interventi di prevenzione dell'uso di alcol *school-based* e *family-based* differiscono nella modalità in cui il target finale, ovvero i giovani, viene coinvolto (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011). Infatti, negli interventi che hanno come setting la scuola, l'effetto dell'intervento è diretto sugli adolescenti, mentre quando è coinvolta la famiglia l'effetto è indiretto. In particolare, a scuola i programmi possono lavorare sullo sviluppo delle *life skill* o attraverso la costruzione partecipata di norme e comportamenti sociali desiderabili, influenzando direttamente le abilità cognitive e sociali e i comportamenti dei ragazzi e delle ragazze. Negli incontri con i genitori invece, sono i fattori dell'ambiente familiare che moderano gli effetti dell'intervento. Attraverso questo tipo di interventi si possono quindi

incrementare indirettamente le *skill* sociali e di resistenza dei pari, lo sviluppo di norme comportamentali positive e una positiva affiliazione con il gruppo dei pari (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011). La *systematic review* di Stockings et al., (2016) ipotizza che il funzionamento degli interventi che coinvolgono la famiglia sia dovuto al focus di tali interventi sullo sviluppo psicosociale oltre che alla prevenzione dell'uso, incrementando le aree dello sviluppo dei giovani che comprendono le informazioni riguardo le sostanze, le regole da seguire, il monitoraggio e la supervisione dei genitori e soprattutto la comunicazione genitori-figli. Sempre secondo Stockings et al., (2016), gli effetti di questi interventi si riscontrano nel ritardo dell'esordio del consumo di alcol e nella riduzione della frequenza delle bevute, e questi risultati possono mantenersi anche a 3 anni dall'intervento.

Il coinvolgimento familiare negli interventi può avvenire secondo metodi diversi. Per esempio, può essere strutturato come una conferenza informativa sulle conseguenze dell'uso di alcol o può riguardare un livello più profondo coinvolgendo i genitori nella partecipazione nella formazione della politica scolastica. Nella letteratura che valuta l'efficacia degli interventi che prevedono anche la componente familiare, sono descritti i diversi metodi di implementazione nei programmi di prevenzione. Per esempio, il programma STAMMP – *Step Towards Alcohol Misuse Prevention Programme* attuato in Scozia e Irlanda del Nord, combina interventi di training sulle *life skill* per gli adolescenti ad un incontro con i genitori. La componente genitoriale è composta da una presentazione delle linee guida nazionali sull'uso di alcol da parte dei giovani seguita da una discussione mirata alla creazione partecipata di regole familiari in merito al comportamento di consumo. Lo studio di McKay et al., (2018) che ha valutato l'efficacia di questo intervento, riporta come esso sia efficace nella riduzione dell'*heavy episodic drinking* anche a 33 mesi dall'intervento. Sempre attraverso la modalità di conferenza informativa, anche il programma *Fresh Start* implementato nei Paesi Bassi combina le lezioni

in aula di training sulle *life skill* ad una componente genitoriale informativa, svolta prima degli incontri con i ragazzi, durante la quale ai genitori viene consigliato di stabilire chiari confini per quanto riguarda l'uso di sostanze. In questo caso la valutazione dell'efficacia non ha avuto risultati evidenti (Onrust et al., 2018). Un tipo di coinvolgimento diverso dei genitori è per esempio quello attuato dal programma *Paesaggi di Prevenzione* implementato in Italia. Oltre alla componente interattiva per i giovani svolta in aula, i genitori vengono coinvolti attivamente nello sviluppo della politica scolastica, insieme agli studenti e agli insegnanti. I programmi *Fresh Start* e *Paesaggi di Prevenzione* non hanno riportato però risultati evidenti nella riduzione degli *outcome* riguardanti all'uso di alcol negli adolescenti (Onrust et al., 2018; Allara et al., 2015). L'efficacia di questi interventi è stata valutata considerando l'efficacia della componente scolastica e familiare insieme. König et al., (2013) invece hanno studiato l'efficacia dell'intervento PAS – *Prevention Alcohol use in Students* attraverso un disegno sperimentale che prevedeva la valutazione sia delle singole componenti che della loro combinazione. In breve, l'intervento riprende alcune componenti del programma *Healthy School and Drugs*, attuato a livello nazionale nei Paesi Bassi (Malmberg et al., 2014; Malmberg et al., 2015), combinando 4 incontri con i ragazzi con un intervento con i genitori che prevede la costruzione partecipata di un insieme di regole sull'uso di sostanze, e in particolare sul consumo di alcol, condivise con i genitori della stessa classe. I risultati mostrano come dopo 4 anni dall'intervento era presente una riduzione significativa della prevalenza del consumo eccessivo durante i weekend e della quantità di alcol assunto in generale, solo nella condizione combinata in cui il programma veniva attuato sia con gli studenti che con i genitori degli stessi. Anche l'effetto sulle abilità come l'autocontrollo e la regolazione del consumo erano significative solo per l'intervento combinato. Il programma di prevenzione PAS risulta efficace nel diminuire la prevalenza di consumo eccessivo di alcol durante i weekend negli adolescenti solo quando

l'intervento si rivolge sia ai giovani che ai loro genitori. In conclusione, sono diversi i metodi in cui i genitori possono venire coinvolti nell'implementazione degli interventi di prevenzione dell'uso di alcol negli adolescenti. In particolare, da un confronto qualitativo degli interventi più recenti valutati in Europa, si evidenzia un'efficacia quando agli interventi in aula si affiancano incontri con i genitori finalizzati alla costruzione di regole in merito ai comportamenti riguardanti il consumo di alcol (McKay et al., 2018; Koning et al., 2013).

3.2.2 La prevenzione selettiva

La maggior parte degli interventi di prevenzione nelle scuole è di tipo universale, rivolta quindi a tutti gli studenti senza considerare il livello di rischio per l'uso di sostanze in cui rientrano. Gli adolescenti che però rientrano nelle categorie a rischio potrebbero non avere benefici dall'attuazione di questi interventi (Edalati & Conrod, 2019). In particolare, l'interesse dei ricercatori verso gli interventi di prevenzione selettiva mirati a categorie a rischio è stato favorito anche dallo scarso accordo in letteratura sull'efficacia degli interventi universali insieme alle poche risorse che le scuole possono spendere nel contesto della prevenzione (Edalati & Conrod, 2019). Tra i fattori di rischio più coinvolti negli interventi di prevenzione selettiva si citano i profili di personalità. Infatti, in letteratura sono stati identificati quattro profili di personalità a rischio caratterizzati dai seguenti tratti specifici: *sensation seeking*, impulsività, sensibilità all'ansia e *negative thinking*. Il tratto di *sensation seeking* è caratterizzato da un elevato bisogno di stimolazione e ricerca del rischio è correlato con *heavy episodic drinking (binge drinking)*, maggiori conseguenze negative dovute al consumo, con la motivazione di ricercare gli effetti di *enhancement* ed euforici dati dalla sostanza. L'impulsività è caratterizzata da una scarsa inibizione e dalla tendenza a non considerare le conseguenze delle proprie azioni ed è associata con esordio precoce del consumo. La sensibilità all'ansia è data

dalla paura che le sensazioni fisiche legate all'ansia portino a conseguenze catastrofiche come malattie fisiche, situazioni di imbarazzo in condizioni sociali o perdita del controllo mentale ed è associata a un esordio di consumo più tardivo ma con livelli consistenti. Infine, il *negative thinking* è caratterizzato da umore negativo, scarsa fiducia verso se stessi, gli altri e il futuro e conseguenti pensieri depressivi ed è associato a un inizio precoce di consumo con la funzione di fronteggiare i pensieri e le emozioni negative (Conrod et al., 2016). I quattro profili di personalità possono essere in comorbidità con disturbi depressivi, d'ansia, altri comportamenti a rischio e comportamenti antisociali (Castellanos-Ryan et al., 2012). Porre l'attenzione sugli aspetti della personalità appena citati può essere utile nell'implementazione di interventi di prevenzione selettivi, per aumentarne l'efficacia rispetto agli interventi di prevenzione universale con l'obiettivo di ridurre la probabilità che gli individui incorrano in comportamenti problematici riguardanti l'uso di alcol o altri comportamenti a rischio (Castellanos-Ryan & Conrod, 2011).

Un esempio di programma di prevenzione selettiva è *Preventure*, un intervento attuato nelle scuole superiori che ha come target gli adolescenti con alti livelli di tratti di personalità considerati a rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici. Per identificare gli adolescenti a rischio viene utilizzato un questionario che stabilisce i punteggi individuali dei tratti di personalità attraverso la *Substance Use Risk Profile Scale* (SURPS) (Woicik et al., 2009). L'intervento si rivolge agli studenti che hanno ottenuto punteggi superiori alla media della scuola di una deviazione standard. *Preventure* si svolge durante le ore di lezione e consiste in due sessioni da 90 minuti ciascuna distanziate l'una dall'altra da una settimana. Le sessioni sono sessioni di gruppo e si caratterizzano in interviste motivazionali e *cognitive behavioural skill training* specifiche per i quattro profili di personalità, con l'obiettivo di modificare le strategie di coping degli individui a rischio. Agli studenti vengono messi a disposizione dei

manuali che si possono utilizzare per inserire i pensieri durante l'intervento e gli esercizi che vengono proposti dai facilitatori. In particolare, nella prima sessione viene posto il focus sulle strategie psico-evolutive che vogliono educare gli individui alle variabili di personalità e i comportamenti a rischio associati. Questa attività viene svolta attraverso un esercizio che richiede agli studenti di esplorare e riflettere sulle le loro strategie di coping. La seconda sessione invece consiste nell'identificare i pensieri cognitivi specifici del tratto di personalità che portano all'attuazione di comportamenti problematici. Nello studio di Lammers et al., (2017) che valuta l'efficacia dell'intervento in base agli effetti sulle variabili relate al consumo di alcol, l'intervento è attuato da tre counselor qualificati e tre facilitatori. L'intervento è stato attuato e valutato in Europa nel Regno Unito e nei Paesi Bassi. Nel Regno Unito i risultati riportati dopo 2 anni consistono in una riduzione nel consumo di alcol sia in relazione alla frequenza che alla quantità, *binge drinking* e problemi correlati al bere (Edalati & Conrod, 2019). Inoltre, la riduzione si evidenzia anche nell'uso di altre sostanze illegali. In relazione agli *outcome* riguardanti la salute mentale, a due anni dall'intervento si evidenziano anche riduzioni in sintomi depressivi (26%), d'asia (21%), della condotta (21%), *peer victimization* e bullismo (Edalati & Conrod, 2019). I risultati riguardo ai comportamenti di bullismo sono importanti perché mostrano come l'intervento, oltre ad essere efficace nella riduzione individuale dell'uso di alcol e altre sostanze, può favorire ad incrementare il benessere scolastico, che può fungere da fattore di protezione per la messa in atto di comportamenti legati all'uso di alcol (Daily et al., 2020). In conclusione, il programma *Preventure* è un esempio di come la scuola possa essere un luogo funzionale non solo alla prevenzione rivolta a tutti gli studenti, ma anche un contesto importante per l'identificazione di adolescenti a rischio e la messa in atto precoce di interventi, per aiutare ragazzi e ragazze a fronteggiare i rischi prima dell'eventuale esordio del comportamento di consumo.

3.2.3 Gli interventi web-based

Le scuole sono un ambiente ottimale dove implementare programmi di prevenzione in quanto la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze trascorrono moltissimo tempo nel contesto scolastico, a diretto contatto anche con i pari. La quantità di tempo passata a scuola rende frequenti gli interventi svolti nelle classi attraverso l'interazione con insegnanti formati o esterni qualificati, ma sono presenti interventi implementati via internet tramite l'utilizzo di computer o dispositivi mobili. L'utilizzo di interventi tramite l'uso del computer è stato valutato per diversi esiti di promozione della salute e nello specifico anche per la prevenzione del consumo di alcol eccessivo (Jander et al., 2014; Bannik et al., 2014; Walton et al., 2010). Jander et al., (2014) per esempio, hanno riscontrato che negli adolescenti dei Paesi Bassi che avevano partecipato ad un intervento *web-based* implementato attraverso l'uso di messaggi personalizzati riguardo il comportamento di consumo, nella fascia d'età tra i 15 e 16 anni riportavano una riduzione del *binge drinking*.

Sulla base dei risultati ottenuti da Jander et al., (2014) si è implementato in Spagna il programma *Alerta Alcohol* (Lima-Serrano et al., 2018), un intervento *web-based* per adolescenti con l'obiettivo di prevenire il *binge drinking* negli studenti spagnoli. La base teorica su cui si basa il programma è l'*I-Change Model* (de Vries, 2017), un modello che integra elementi di diversi modelli della *social cognition* e dell'autoregolazione e i principi del modello socio ecologico. Secondo questo modello il comportamento può essere considerato come il risultato delle intenzioni individuali, dei piani di azione e delle abilità individuali. Nello specifico, le intenzioni di modificare un comportamento sono soddisfatte in base alle abilità dell'individuo e alle caratteristiche dell'ambiente. Il modello si concentra su tre fattori motivazionali: l'atteggiamento individuale a favore o contro un determinato comportamento, l'influenza sociale (per esempio modellamento, norme e pressioni) e la *self-efficacy* individuale. *Alerta Alcohol* (Lima-Serrano et al., 2018), consiste in storia virtuale in cui il protagonista è

l'adolescente, che in tre diversi scenari (a casa, ad un evento e in uno spazio pubblico) deve compiere delle scelte comportamentali riguardo il consumo di alcol. L'avatar della storia è personalizzabile e sono presenti due storie diverse in base al genere, anche se le differenze sono minime. In tutti e tre gli scenari i partecipanti devono scegliere che tipo di comportamento alcolico adottare, in base anche ai messaggi online che vengono recapitati che contengono informazioni sulla prevenzione del consumo, le conseguenze associate e le strategie per resistere alla pressione dei pari. L'ultima componente dell'intervento riguarda una sfida, in cui si chiede al partecipante di indicare quando sarà il prossimo evento sociale in cui parteciperà e di impegnarsi ad astenersi o a bere non eccessivamente. Un'e-mail ricorda l'impegno un giorno prima dell'evento e un giorno dopo chiede di indicare se si è raggiunto l'obiettivo o no. In base alla risposta sono forniti feedback e informazioni sulle ragioni interne ed esterne del proprio comportamento e come comportarsi nel futuro. Il programma viene svolto quasi interamente durante le ore scolastiche. L'efficacia di questo tipo di intervento è stata valutata da Vargas-Martinez et al., (2019) e Martinez-Montilla et al., (2020). Vargas-Martinez et al., (2019), trovano una diminuzione significativa della prevalenza del *binge drinking* dopo quattro mesi dall'intervento. Nello studio di Martinez-Montilla et al., (2020) invece, si evidenzia una riduzione della prevalenza di *heavy episodic drinking* dopo 4 mesi dall'intervento, ma non del *binge drinking* (in entrambi gli studi il *binge drinking* era stato operazionalizzato come il consumo di 4 o più bicchieri di alcol in un'occasione nell'ultimo mese, mentre *heavy episodic drinking* come il consumo di 10 bicchieri in un'occasione nell'ultimo mese). In base ai risultati ottenuti da Jander et al., (2014) e dalle valutazioni di *Alerta Alcol* (Vargas-Martinez et al., 2019; Martinez-Montilla et al., 2020), si può concludere che gli interventi di prevenzione che vengono implementati attraverso l'uso di dispositivi sembrano avere degli effetti significativi nel consumo di alcol negli adolescenti, in particolare nella riduzione del *binge drinking*. Dato il

grande utilizzo che gli adolescenti fanno dei dispositivi e il costante uso di internet, focalizzarsi anche su questi strumenti tecnologici potrebbe dare dei risultati interessanti per lo svolgimento di interventi di prevenzione on-line.

3.3 La scuola negli interventi di prevenzione

La scuola occupa molto tempo nella vita degli adolescenti ed è un luogo molto importante per quanto riguarda l'influenza sullo sviluppo di comportamenti e dello stile di vita. I fattori di protezione legati al ruolo della scuola possono essere divisi in aspetti che riguardano l'esperienza scolastica, come la soddisfazione e il successo scolastico, e aspetti di organizzazione scolastica, caratterizzata da regole, attività didattiche e ruoli degli insegnanti (Bonino & Cattellino, 2008).

Secondo la letteratura, esiste una connessione tra il rendimento scolastico e consumo di alcol da parte degli adolescenti (Crosnoe, 2006). Secondo Crosnoe (2006), gli adolescenti possono trovare nell'uso di alcol una strategia per fronteggiare le difficoltà scolastiche, e ciò permette anche di affermare il proprio status nel gruppo dei compagni. Di conseguenza però, ad un comportamento problematico riguardo all'uso di alcol si associano maggiori difficoltà nell'impegno riguardo le attività scolastiche e una riduzione dell'importanza percepita rispetto allo svolgimento dei compiti per casa. Sempre secondo Crosnoe (2006), negli adolescenti l'insuccesso scolastico è un fattore di rischio maggiore per il consumo di alcol rispetto a quanto lo sia il consumo di alcol per i successivi insuccessi scolastici. In particolare, gli studenti che riportano bocciature e assenze ingiustificate, che si reputano meno competenti degli altri e a cui non piace la scuola o percepiscono la valutano negativamente a livello di clima o organizzazione riportano livelli più alti di consumo di alcol, soprattutto nel consumo abituale (Steketee et al., 2013). In contrapposizione, chi svolge i compiti, valuta positivamente la scuola e percepisce il clima scolastico come positivo ha una minore prevalenza in tutti gli *outcome*

relativi all'uso di alcol: l'uso almeno una volta nella vita, il consumo abituale e il *binge drinking* (Steketee et al., 2013). In particolare, gli aspetti relativi alla scuola che hanno effetti più negativi sono le assenze ingiustificate, non fare i compiti a casa e avere un atteggiamento negativo verso la scuola, seguiti dalla disorganizzazione e dal clima scolastico (Steketee et al., 2013). Inoltre, l'insuccesso scolastico sembra portare a un aumento dei tassi di consumo di alcol nel tempo, a causa dell'indebolimento dei legami con le istituzioni che tradizionalmente controllano i comportamenti problematici. Dai risultati appena citati si può sostenere che sia importante che le famiglie e le scuole si concentrino sulla messa in atto di strategie concentrate sul successo scolastico degli studenti, in generale, e in particolare sulle possibilità di sostegno agli studenti che hanno maggiori difficoltà a scuola. Infine, nonostante l'importanza del parenting nella messa in atto di comportamenti a rischio, il legame con gli insegnanti sembra essere un fattore più importante del legame con i genitori nella relazione tra insuccesso scolastico e consumo di alcol (Crosnoe, 2006).

3.3.1 L'organizzazione scolastica

Secondo Cohen et al. (2009) "Il clima scolastico si riferisce alla qualità e al carattere della vita scolastica. Il clima scolastico si basa sui modelli di esperienze di vita scolastica delle persone e riflette norme, obiettivi, valori, relazioni interpersonali, pratiche di insegnamento e apprendimento e strutture organizzative" (p. 182). In particolare, gli aspetti su cui ci si concentra per migliorare il clima scolastico sono le relazioni con gli insegnanti e con i compagni; l'attuazione e il rispetto delle regole scolastiche; la politica scolastica e la connessione scolastica, intesa come l'attaccamento e la costruzione di legami sociali con la scuola (Wang & Degol, 2016). La politica scolastica può essere intesa come una dichiarazione di intenti che ha lo scopo di indirizzare le azioni svolte, stabilendo una serie di obiettivi specifici e condivisi tra tutte le persone che frequentano la scuola: il personale, gli studenti e i genitori. Per esempio,

nel programma *Paesaggi di Prevenzione*, la politica scolastica si caratterizza nella stesura di atti e documenti che rendono esplicita la posizione della scuola rispetto ai fattori di rischio considerati e le norme comportamentali da rispettare per tutti (Luoghi di Prevenzione, n.d). In merito al consumo di alcol, tali documenti possono riguardare per esempio il divieto di bere alcol in qualunque occasione legata alla vita scolastica (ad esempio nelle feste organizzate, gite, ecc.). Il progetto *Healthy School and Drugs* invece, coinvolge l'organizzazione scolastica attraverso la costituzione di un comitato di coordinamento, composto dal personale scolastico (insegnanti, dirigenti e direttori), da un funzionario sanitario (del dipartimento di educazione alla salute del servizio sanitario comunale) e da un rappresentante dei genitori. Questo comitato coordina tutte le attività di prevenzione dell'uso di sostanze a scuola ed elabora ogni anno un piano di lavoro. Nonostante la vasta applicazione di questo programma nei Paesi Bassi, è ritenuto come scarsamente efficace anche dall' EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction*) sulla base delle valutazioni sperimentali svolte (Malmberg et al., 2015; Malmberg et al., 2014). In conclusione, anche se alcuni studi hanno rilevato che il clima scolastico può ridurre l'uso di sostanze, promuovendo al contempo uno sviluppo psicosociale sano e il benessere (Ruus et al., 2007), la maggior parte di questi studi non prevede disegni sperimentali longitudinali e secondo Wang & Degol (2016) la letteratura non è ancora chiara riguardo all'associazione longitudinale del clima scolastico e al suo potenziale impatto sull'iniziazione all'uso di sostanze, e nello specifico nella riduzione dell'uso di alcol.

3.3.2 Il ruolo degli insegnanti

L'insegnante ha un ruolo importante nel contesto educativo dell'adolescente, che varia molto velocemente con i cambiamenti della società attuale. Infatti, se inizialmente il compito dell'insegnante consisteva nell'istruire gli studenti con il fine di svolgere una professione che si sarebbe portata avanti per tutto il corso della vita, oggi gli insegnanti devono formare i

giovani per contesti lavorativi sempre più mutevoli. Nel contesto storico in cui stiamo vivendo il compito dell'educazione scolastica è caratterizzato dall'insegnamento di strategie che possono favorire il *problem solving* e le capacità di orientamento verso il mondo del lavoro futuro (Bonino & Cattellino, 2008).

Il coinvolgimento degli insegnanti nell'attuazione degli interventi di prevenzione può avvenire attraverso metodi diversi. Infatti, gli insegnanti sono una presenza fissa nella vita degli adolescenti, diventando idealmente dei punti di riferimento che, attraverso il lavoro quotidiano, possono aiutare a sviluppare le capacità e competenze (Bonino & Cattellino, 2008). Gli insegnanti possono essere formati per attuare gli interventi inserendo le lezioni riguardanti il consumo di alcol all'interno delle ore di lezione quotidiane oppure possono ricoprire il ruolo di facilitatori nei gruppi degli interventi di prevenzione selettiva. Per esempio, nel progetto STAMPP – *Step Towards Alcohol Misuse Prevention Programme* gli insegnanti formati svolgono il progetto durante le ore di lezione, inserendo il materiale all'interno delle materie scolastiche. La formazione prevede lezioni sull'alcol, nello specifico sugli effetti dell'uso, i tassi di prevalenza e i fattori di rischio e di protezione, i motivi per cui le persone bevono, le conseguenze, i danni sociali e personali; la politica sull'alcol, i media e infine i consigli per resistere alla pressione dei pari. Per svolgere le unità degli interventi agli insegnanti sono forniti anche materiali di supporto come CD-ROM e manuali (McKay et al., 2018).

I programmi di prevenzione spesso prevedono metodi di insegnamento che promuovono l'interattività. Ciò avviene attraverso giochi di ruolo, attività di gruppo e discussioni in classe. I programmi di prevenzione dei comportamenti problematici che promuovono il coinvolgimento attivo degli studenti sono generalmente considerati più efficaci dei programmi che si basano su metodi più tradizionali non interattivi (Tobler, 2000). Il fatto che gli insegnanti siano abituati a utilizzare metodi didattici frontali può ostacolare la messa in atto di programmi

più interattivi (Giles et al., 2012). Per questo motivo la formazione degli insegnanti spesso prevede anche un training sulle capacità di comunicazione interattiva. Per esempio, il programma *Unplugged* oltre a fornire i manuali per gli insegnanti come supporto per lo svolgimento delle unità degli interventi, prevede anche una formazione specifica di 3 giorni sulle tecniche di insegnamento interattivo.

Il coinvolgimento degli insegnanti può anche riguardare gli interventi di prevenzione selettiva. Un esempio è l'intervento *Teacher-Delivered Personality-Targeted Interventions for Substance Misuse Trial* (Conrod et al., 2013), basato sul programma *Preventure*. *Preventure* è un intervento attuato nelle scuole superiori che ha come target gli adolescenti con alti livelli di tratti di personalità considerati a rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici e si svolge in due sessioni di gruppo facilitate da counselor qualificati. In questo caso invece i facilitatori sono gli insegnanti precedentemente formati. Gli insegnanti svolgono una formazione specifica sulla prevenzione e sulle abilità di base nel counseling nell'ambito della personalità, insieme alle nozioni della terapia cognitivo-comportamentale e della terapia di potenziamento motivazionale. Gli insegnanti sono sottoposti a 4 ore di supervisione e feedback durante l'esecuzione di un intervento completo. Conrod et al., (2013) mostrano come l'intervento ha benefici a lungo termine sugli esiti del consumo di alcol per gli studenti ad alto rischio selezionati e gestiti per ricevere brevi interventi mirati alla personalità. Gli effetti riguardano tutti gli esiti del consumo di alcol anche a 2 anni dall'intervento, nello specifico una riduzione del 29% delle probabilità di bere, una riduzione del 43% delle probabilità di *binge drinking* e una riduzione del 29% delle probabilità di problemi relativi al bere rispetto agli studenti ad alto rischio nelle scuole di controllo. Questi risultati contribuiscono ad aumentare le prove a sostegno dell'efficacia a lungo termine degli interventi di prevenzione selettiva, confermando l'efficacia del programma *Preventure*. Inoltre, evidenziano come lo svolgimento

del programma da parte del personale scolastico adeguatamente formato mantiene l'efficacia dell'intervento. In un'ottica ideale in cui la scuola svolge un fattore di protezione importante per il consumo, l'importanza del ruolo degli insegnanti nella prevenzione dimostra come l'educazione all'interno della classe può riguardare molto di più dell'insegnamento specifico delle materie.

CAPITOLO 4 – Conclusioni

Sono 155 milioni i ragazzi e le ragazze nel mondo che bevono abitualmente e in Europa circa il 43% degli adolescenti fa uso di alcol abitualmente. Infatti, gli adolescenti europei consumano alcol in misura maggiore rispetto alle altre Regioni del mondo, rispecchiando la distribuzione del fenomeno nella popolazione generale (WHO, 2018). L'esordio del consumo differisce significativamente tra maschi e femmine, dove è più frequente il primo approccio con la sostanza tra gli undici e i tredici anni nei maschi, mentre nei quindicenni la prevalenza è uguale. Il consumo abituale e gli episodi di ubriachezza sembrano essere invece significativamente più frequenti nei maschi, anche se le differenze sono minime (WHO, 2020). Una delle modalità di consumo più utilizzata in letteratura per misurare il livello di consumo di alcol è l'*heavy episodic drinking*, il consumo di almeno 60 grammi di puro alcol (circa 6 drink alcolici standard) in almeno una occasione negli ultimi 30 giorni (WHO, 2018). Nella Regione Europea il fenomeno riguarda il 24% degli adolescenti tra i 15 e 19 anni e sembra aumentare con l'età, con un picco tra i giovani adulti (20-24 anni). Tra i bevitori, più della metà dei ragazzi e giovani adulti utilizzano questo modello di consumo in tutti gli Stati della Regione europea (51,2% e 54,7%) (WHO, 2018), ma è molto frequente in Germania, Danimarca e Austria e negli Stati dell'Europa dell'Est ed è comune anche tra le ragazze. Nonostante le ricerche evidenzino un calo della frequenza del fenomeno sia per i ragazzi che per le ragazze, le conseguenze dell'esordio precoce del consumo si riflettono sulle abitudini di consumo future, aumentando il rischio di incorrere in comportamenti di abuso nel corso della vita (Flory et al., 2004; Grant & Dawson, 1997) e le conseguenze negative fisiche e comportamentali degli adolescenti (Boden & Fergusson, 2011). È importante quindi adottare delle strategie di prevenzione per ridurre il consumo della sostanza in questa fascia d'età. Nonostante le politiche europee e i piani di azione redatti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che riguardano principalmente azioni da

svolgere sul piano normativo legislativo, sono ancora ampi i margini di miglioramento da fare per raggiungere una importante diminuzione del consumo (WHO, 2012; WHO, 2021; WHO 2019).

L'uso di alcol è spesso associato ad altri comportamenti a rischio e la letteratura sostiene che la co-occorrenza di tali comportamenti possa andare a formare dei cluster simili tra i Paesi che comprendono il fumo di sigarette, l'assunzione di cannabis, l'ubriacatezza e l'attività sessuale (de Looze et al., 2014) e ciò può avere delle implicazioni significative nella scrittura e svolgimento dei progetti di intervento di prevenzione (Jackson et al., 2012). Essendo molto spesso trattati insieme, molti programmi prevedono nello stesso intervento la prevenzione di più comportamenti a rischio, in questa tesi invece sono stati considerati principalmente i risultati di efficacia che riguardano la componente relativa all'uso di alcol.

4.1 Discussione sulle evidenze degli interventi *school-based*

La scuola è il luogo dove gli adolescenti passano la maggior parte del loro tempo e gli interventi di prevenzione hanno caratteristiche adatte per essere implementati nelle scuole, in quanto si svolgono durante l'orario scolastico, raggiungendo una vasta popolazione anche appartenente a diversi background socio-culturali (Giannotta et al., 2016). Il ruolo della scuola può essere importante nella protezione dei comportamenti a rischio, insieme all'influenza positiva della famiglia, e in particolare dei genitori, sulla resistenza alle pressioni dei pari tipiche di questa fase dello sviluppo (Moore et al., 2018; Stokete et al., 2013). Nella scuola possono essere attuati sia interventi di prevenzione universale che di prevenzione selettiva ma la letteratura non è ancora in accordo sull'efficacia di questi interventi (Giannotta et al., 2016). Infatti, se alcune *systematic review* suggeriscono la riuscita degli interventi a lungo termine nella prevenzione dell'uso di alcol, sigarette e marijuana (Faggiano et al., 2008; Tobler et al 2000; Catalano et al., 2012), altre non li reputano così efficaci (Cuijpers, 2002; Strøm et al., 2014).

I programmi di prevenzione universale si basano principalmente sull'approccio dell'influenza sociale e del potenziamento delle competenze, attraverso gli aspetti dell'educazione normativa, il training delle capacità di resistenza, l'incremento delle abilità sociali e personali. Anche gli esempi di interventi riportati in questa tesi sono basati su questi (Lima-Serrano et al., 2018; Onrust et al., 2017; Malmberg et al., 2014; Allara et al., 2019; König et al., 2013; Edalati & Conrod, 2019; Lammers et al., 2017; Conrod et al., 2013; Espada et al., 2012; McKay et al., 2018; Giannotta et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2014). In generale, gli studi in letteratura riportano una maggiore efficacia degli interventi che puntano a rafforzare le abilità sociali e personali attraverso tecniche basate sull'approccio dell'influenza sociale e che includono elementi di educazione normativa (Cuijpers, 2003; Faggiano et al., 2008; Tobler et al., 2000). I programmi che si basano sull'approccio dell'influenza sociale completo, come ad esempio *Unplugged*, prevedono dei percorsi interattivi che comprendono l'istruzione sulle capacità di rifiuto, il contrasto alle influenze sociali dirette e altre competenze, come la capacità di comunicazione, l'assertività e la conoscenza degli effetti negativi delle sostanze (Sussman et al., 2004; Vigna-Taglianti et al., 2014). La diminuzione nel tempo del rischio di ubriacature e una costante diminuzione anche del rischio di incorrere in disturbi di dipendenza ottenuti da questi interventi sono mediate da l'atteggiamento verso il consumo, le capacità di rifiuto e la percezione della prevalenza del comportamento tra i coetanei (Giannotta et al., 2014), in linea con la base teorica.

I programmi che si basano sull'approccio delle *life skill* hanno l'obiettivo di prevenire i comportamenti a rischio facilitando le abilità intra ed interpersonali, consentendo ai giovani di affrontare le sfide quotidiane e i compiti evolutivi tipici dell'età. Secondo Faggiano et al., (2008), i programmi che si basano sul potenziamento delle *life skill*, insieme a quelli che riguardano l'influenza sociale, sono i più efficaci nella prevenzione dell'uso di sostanze in

adolescenza, anche se molti degli studi valutati riguardano però programmi implementati negli Stati Uniti (Weichold & Blumenthal, 2016). I programmi possono focalizzarsi su più componenti, come avviene nel programma *Saluda* (Espada & Méndez, 2003), che comprende le componenti di “abilità di *problem solving*” e “abilità sociali”. La prima ha l’obiettivo di far comprendere e ad apprezzare i vantaggi del non consumo applicando prima i metodi di *problem solving* alle situazioni quotidiane e poi in modo specifico al consumo di sostanze affrontando i fattori di rischio legati alle motivazioni (sociali, coping, *enhancement* e inibizione) (Cooper, 1994). La componente di formazione sulle abilità sociali insegna agli studenti le abilità relative al modo di comunicare e di esprimere le proprie emozioni. I cambiamenti nel consumo di alcol possono riguardare a breve termine le abilità e le intenzioni, mentre sembra che per i cambiamenti nel comportamento di consumo sia necessario un periodo di tempo dopo l’intervento (Espada et al., 2012), in linea con la teoria dell’azione ragionata (Ajzen, 1985) che afferma che le intenzioni di impegnarsi in un comportamento (insieme all’atteggiamento e alle aspettative normative) avvengono prima dell’effettivo cambiamento comportamentale.

Gli interventi universali possono comprendere anche il coinvolgimento dei genitori che può avvenire secondo metodi diversi. Quando si rivolgono alla famiglia, gli interventi hanno l’obiettivo di supportare lo sviluppo di *skill* riguardanti il *parenting*, soprattutto nel supporto e nella creazione di regole e monitoraggio. Infatti, le pratiche genitoriali che si sono rilevate fattori determinanti per i comportamenti a rischio dei figli sono la qualità della genitorialità in termini di sostegno di controllo dei comportamenti (Ryan et al., 2010), il modo in cui i genitori considerano l’utilizzo nella fase adolescenziale (Koning et al., 2010), quanto e come si comunica in famiglia sui temi dell’alcol (Miller-Day & Kam, 2010), e infine la presenza di riferimenti chiari su quali sono i comportamenti ritenuti dalla famiglia corretti in merito all’uso in casa e all’esterno (Van Der Vorst et al., 2007). Il coinvolgimento dei genitori può essere

strutturato come una conferenza informativa sulle conseguenze dell'uso di alcol, come avviene nel programma *Fresh Start*, o può riguardare un livello più profondo coinvolgendo i genitori nella costruzione partecipata di un insieme di regole sul consumo, come avviene in PAS – *Prevention Alcohol use in Students* e STAMMP – *Step Towards Alcohol Misuse Prevention Programme*. Non tutti i programmi evidenziano un'efficacia nel consumo di alcol; infatti, non sembrano esserci effetti significativi nel programma che combina training sulle *life skill* in aula e conferenza informativa con i genitori (Onrust et al., 2018). Invece, negli interventi in cui la partecipazione dei genitori è attiva nella costruzione partecipata di regole, si evidenzia una diminuzione del consumo di alcol (McKay et al., 2018; Koning et al., 2013). Sono quindi diversi i metodi in cui i genitori possono venire coinvolti nell'implementazione degli interventi di prevenzione dell'uso di alcol negli adolescenti. In particolare, confrontando qualitativamente gli interventi più recenti in Europa, si evidenzia un'efficacia quando agli interventi in aula si affiancano incontri con i genitori finalizzati alla costruzione di regole in merito ai comportamenti riguardanti il consumo di alcol, rispetto alla sola conferenza informativa sul fenomeno (McKay et al., 2018; Koning et al., 2013).

Oltre al coinvolgimento dei genitori, anche il ruolo attivo degli insegnanti negli interventi può essere importante per la prevenzione dell'uso di alcol negli adolescenti. Negli interventi universali il coinvolgimento può riguardare la messa in atto dell'intervento da parte degli insegnanti attraverso unità inserite durante le ore di lezione curriculare, a seguito di una formazione specifica per gli insegnanti. La formazione può riguardare informazioni sull'alcol, nello specifico sugli effetti dell'uso, la prevalenza e i fattori di rischio e di protezione, i motivi per cui le persone bevono, le conseguenze e le pressioni dei media e dei pari (McKay et al., 2018). La formazione può riguardare anche il metodo didattico interattivo in quanto i programmi di prevenzione dei comportamenti problematici che promuovono il coinvolgimento

attivo degli studenti sono generalmente considerati più efficaci dei programmi che si basano su metodi più tradizionali non interattivi (Tobler, 2000). Gli insegnanti possono avere un ruolo attivo anche negli interventi di prevenzione selettiva, che riguardano direttamente gli adolescenti che rientrano in categorie a rischio, come i profili di personalità di *sensation seeking*, impulsività, sensibilità all'ansia e *negative thinking*. Gli interventi sono svolti durante le ore scolastiche ma riguardano solo il gruppo di adolescenti identificati come a rischio e consistono in sessioni di gruppo caratterizzate da interviste motivazionali e *training* sulle strategie di coping specifici per i quattro profili di personalità. Il programma più presente in letteratura è *Preventure*, che utilizza counselor qualificati come facilitatori, ed il suo adattamento per la formazione degli insegnanti come facilitatori delle sessioni di gruppo *Teacher-Delivered Personality-Targeted Interventions for Substance Misuse Trial* (Conrod et al., 2013). Entrambi gli interventi hanno mostrato benefici a lungo termine sugli esiti del consumo di alcol, sia nella frequenza che nella quantità (Edalati & Conrod, 2019; Conrod et al., 2013). Questi interventi sono esempi di come la scuola possa essere un luogo funzionale non solo alla prevenzione rivolta a tutti gli studenti, ma anche un contesto importante per l'identificazione di adolescenti a rischio e la messa in atto precoce di interventi, per aiutare ragazzi e ragazze a fronteggiare i rischi prima dell'eventuale esordio del comportamento di consumo. Inoltre, mostra come il ruolo attivo degli insegnanti possa essere importante non solo nel coinvolgimento degli interventi universali, ma anche nella prevenzione di comportamenti problematici nei ragazzi che già appartengono alle categorie a rischio.

4.2 Limiti e considerazioni finali

Questa tesi si è posta l'obiettivo di svolgere una ricerca riguardante la letteratura sugli interventi di prevenzione dell'uso di alcol negli adolescenti, prendendo in considerazione gli interventi più recenti svolti e valutati in Europa come esempi concreti dell'attuazione. Gli studi esaminati hanno evidenziato come in letteratura sono presenti interventi di cui è stata valutata l'efficacia caratterizzati da diverse caratteristiche in termini di livelli di prevenzione, basi teoriche, coinvolgimento dei genitori, coinvolgimento della scuola e degli insegnanti. La *narrative review* presenta però alcuni limiti: in primo luogo, non si basa su una *review* sistematica dei risultati degli studi, ma su una loro analisi qualitativa. Ciò ha permesso di approfondire maggiormente le specificità delle diverse tipologie di interventi e le caratteristiche che li compongono ponendo in secondo piano i dati e le procedure statistiche utilizzate. In secondo luogo, gli interventi che sono stati considerati non sono numerosi e non comprendono tutti gli Stati della Regione europea. In conclusione, sebbene attraverso un'analisi qualitativa, alcuni programmi sembrano essere promettenti per la riduzione del consumo di alcol negli adolescenti. L'area di ricerca sull'argomento è ancora vasta e le evidenze tratte dai risultati delle valutazioni degli interventi possono contribuire ad implementare programmi *evidence-based*. Per le ricerche future, la letteratura necessita maggiori studi sull'impatto dell'organizzazione scolastica sul consumo di alcol e i comportamenti problematici associati, ad oggi ancora non chiaro. Inoltre, inserire la componente di valutazione pre e post test in tutti gli interventi svolti, porre attenzione alle modalità di consumo degli adolescenti nel contesto culturale di applicazione e l'attuazione di studi longitudinali di lunga durata potrebbero portare le prove di efficacia di cui la letteratura di oggi ha bisogno.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J., Beckmann, J. (eds) *Action Control*. SSSP Springer Series in Social Psychology. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Allara, E., Angelini, P., Gorini, G., Bosi, S., Carreras, G., Gozzi, C., Martini, A., Tamelli, M., Punreddy, R. R., & Faggiano, F. (2019). Effects of a prevention program on multiple health-compromising behaviours in adolescence: A cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 124, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.04.001>
- Amialchuk, A., & Sapci, O. (2020). The influence of normative misperceptions on alcohol-related problems among school-age adolescents in the U.S. *Review of Economics of the Household*, 19(2), 453–472. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09481-3>
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Grube, J. W., Graham, K., & Pan American Health Organization. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford University Press.
- Baiocco, R., D'Alessio, M., Laghi, F. (2008). *I giovani e l'alcol. Il fenomeno del Binge Drinking*. Carocci, Roma
- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Bannink, R., Broeren, S., Joosten-van Zwanenburg, E., van As, E., van de Looij-Jansen, P., & Raat, H. (2014, May 30). Effectiveness of a Web-Based Tailored Intervention (E-health4Uth) and Consultation to Promote Adolescents' Health: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e143. <https://doi.org/10.2196/jmir.3163>
- Bingham, C. R., Shope, J. T., Parow, J. E., & Raghunathan, T. E. (2009, July). Crash Types: Markers of Increased Risk of Alcohol-Involved Crashes Among Teen Drivers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 528–535. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.528>
- Bo, A., Zhang, L., Lu, W., & Chen, D. G. (2021). Moderating Effects of Positive Parenting on the Perceived Peer Alcohol Use and Adolescent Alcohol Use Relationship: Racial, Ethnic, and Gender Differences. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00780-x>
- Boardman, J. D., Finch, B. K., Ellison, C. G., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001, June). Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use among Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 151. <https://doi.org/10.2307/3090175>

- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., & Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 357. e359–357. e318
- Bonino, S., & Cattellino, E. (2008). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*. Erickson.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools. Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25(6), 887–897. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00119-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00119-2)
- Botvin, G. J. (2000b). Preventing adolescent drug abuse through life skills training: Theory, evidence of effectiveness, and implementation issues. *Improving Prevention Effectiveness*. Greensboro, NC: Tanglewood Research, 141-154.
- Bräker, A. B., Göbel, K., Scheithauer, H., & Soellner, R. (2015, June 9). Adolescent Alcohol Use Patterns From 25 European Countries. *Journal of Drug Issues*, 45(4), 336–350. <https://doi.org/10.1177/0022042615589404>
- Brown S.A., McGue M., Maggs J., Schulenberg J., Hingson R., Swartzwelder S. et al. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. 121(Supp 4):S290–310 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18381495>,
- Capaldi, D.M., Stoolmiller, M., Kim, H.K., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 105, 109-117
- Castellanos-Ryan N., & Conrod P. (2011). Personality correlates of the common and unique variance across conduct disorder and substance misuse symptoms in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 39:563–76. 10.1007/s10802-010-9481-3
- Castellanos-Ryan, N., & Conrod, P. (2012). Personality and Substance Misuse: Evidence for a Four-Factor Model of Vulnerability. *Drug Abuse and Addiction in Medical Illness*, 47–62. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3375-0_4
- Castellanos-Ryan, N., O’Leary-Barrett, M., Sully, L., & Conrod, P. (2012). Sensitivity and Specificity of a Brief Personality Screening Instrument in Predicting Future Substance Use, Emotional, and Behavioral Problems: 18-Month Predictive Validity of the Substance Use Risk Profile Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37, E281–E290. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01931.x>
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Jr, Ross, D. A., & Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet (London, England)*, 379(9826), 1653–1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60238-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60238-4)
- Charrier, L., Canale, N., Dalmaso, P., Vieno, A., Sciannameo, V., Borraccino, A., Lemma, P.,

- Ciardullo, S., & Berchialla, P. (2020). Alcohol use and misuse: a profile of adolescents from 2018 Italian HBSC data. *Istituto Superiore Di Sanità*, 56, 531–537. https://doi.org/10.4415/ANN_20_04_18
- Charrier, L.; Bersia, M.; Vieno, A.; Comoretto, R.I.; Štelemekas, M.; Nardone, P.; Baška, T.; Dalmasso, P.; Berchialla, P. (2022). Forecasting Frequent Alcohol Use among Adolescents in HBSC Countries: A Bayesian Framework for Making Predictions. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2737. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052737>
- Chassin, L., Flora, D. B., & King, K. M. (2004). Trajectories of Alcohol and Drug Use and Dependence From Adolescence to Adulthood: The Effects of Familial Alcoholism and Personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483–498. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.483>
- Ciairano S., Bonino S., Jackson S. e Miceli R., (2001) *Stile educativo genitoriale e benessere psicosociale in adolescenza: una ricerca in due nazioni europee*. Età evolutiva, n 69 pp 61-71
- Cohen J., McCabe L., Michelli N. M., Pickeral T. (2009). School climate: Research, policy, practice, and teacher education. *Teachers College Review*, 111(1), 180–213.
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA psychiatry*, 70(3), 334–342. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.651>
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comea, N., & Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 490–504.
- Conrod, P., & Nikolaou, K. (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 371–394. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12516>
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168–180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168>
- Crosnoe, R. (2006). The Connection Between Academic Failure and Adolescent Drinking in Secondary School. *Sociology of Education*, 79(1), 44–60. <https://doi.org/10.1177/003804070607900103>
- Cuijpers P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive behaviors*, 27(6), 1009–1023. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00295-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00295-2)
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and*

Policy, 10(1), 7–20. doi:[10.1080/0968763021000018900](https://doi.org/10.1080/0968763021000018900).

- Daily, S. M., Mann, M. J., Lilly, C. L., Bias, T. K., Smith, M. L., & Kristjansson, A. L. (2020). School Climate as a Universal Intervention to Prevent Substance Use Initiation in Early Adolescence: A Longitudinal Study. *Health Education & Behavior*, 47(3), 402–411. <https://doi.org/10.1177/1090198120914250>
- de Looze, M., T M F, ter B., Raaijmakers, Q. A. W., Pickett, W., Kuntsche, E., & Vollebergh, W. A. M. (2014). Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *European Journal of Public Health*, 25(1), 50–56. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku083>
- de Vries, H. (2017). An Integrated Approach for Understanding Health Behavior; The I-Change Model as an Example. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 2(2). <https://doi.org/10.19080/pbsij.2017.02.555585>
- DeWit, D. J. (2000). Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745–750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745>
- Edalati H. & Conrod P.J. (2019) A Review of Personality-Targeted Interventions for Prevention of Substance Misuse and Related Harm in Community Samples of Adolescents. *Front. Psychiatry* 9:770. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00770
- ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, *EMCDDA Joint Publications*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M., & García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: contributions of problem solving and social skills training content. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 13(1), 86–95. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0249-y>
- Espada, J. P., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2003). Cuestionario de consumo. In J. P. Espada & F. X. Méndez (Eds.), *Programa Saluda: Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis* [Program Saluda: Prevention of Alcohol Abuse and Synthetic Drugs Use] (pp. 167–168). Madrid, Spain: Pirámide
- Eu-Dap. (2019). *Il tuo quaderno delle attività*. Centro Stampa Regione Piemonte. <https://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Preventive medicine*, 46(5), 385–396. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.012>
- Feldstein Ewing, S. W., Sakhardande, A., & Blakemore, S. J. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth.

NeuroImage: Clinical, 5, 420–437. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.06.011>

- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development and Psychopathology*, 16(01). <https://doi.org/10.1017/s0954579404044475>
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD009307. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009307>
- Giannotta, F., & Weichold, K. (2016). Evaluation of a life skills program to prevent adolescent alcohol use in two European countries: One-year follow-up. *Child & Youth Care Forum*, 45(4), 607–624. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9349-y>
- Giannotta, F., Vigna-Taglianti, F., Rosaria Galanti, M., Scatigna, M., & Faggiano, F. (2014). Short-Term Mediating Factors of a School-Based Intervention to Prevent Youth Substance Use in Europe. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.009>
- Giles, S. M., Pankratz, M. M., Ringwalt, C., Jackson-Newsom, J., Hansen, W. B., Bishop, D., Dusenbury, L., & Gottfredson, N. (2012, December). The Role of Teacher Communicator Style in the Delivery of a Middle School Substance Use Prevention Program. *Journal of Drug Education*, 42(4), 393–411. <https://doi.org/10.2190/de.42.4.b>
- Gillmore, M. R., Butler, S. S., Lohr, M. J., & Gilchrist, L. (1992, November). Substance Use and Other Factors Associated with Risky Sexual Behavior among Pregnant Adolescents. *Family Planning Perspectives*, 24(6), 255. <https://doi.org/10.2307/2135854>
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103–110. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(97\)90009-2](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(97)90009-2)
- Green, M.J.; Leyland, A.H.; Sweeting, H.; Benzeval, M. (2013) Socioeconomic position and adolescent trajectories in smoking, drinking, and psychiatric distress. *J. Adolesc. Health*, 53, 202–208.
- Gruber, E., DiClemente, R. J., Anderson, M. M., & Lodico, M. (1996, May). Early Drinking Onset and Its Association with Alcohol Use and Problem Behavior in Late Adolescence. *Preventive Medicine*, 25(3), 293–300. <https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0059>
- Guo, J., Collins, L. M., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2000, November). Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 799–808. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.799>
- Hill, T. D., & Angel, R. J. (2005, September). Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science & Medicine*, 61(5), 965–975. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.027>
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among u.s. college students ages 18–24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 259–279. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144652>
- Howard, D. E., Griffin, M. A., & Boekeloo, B. O. (2008). Prevalence and psychosocial correlates of

- alcohol-related sexual assault among university students. *Adolescence*, 43(172), 733.
- Inchley, Jo, Currie, Dorothy, Vieno, Alessio, Torsheim, Torbjørn, Ferreira-Borges, Carina. et al. (2018). Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014: observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342239>
- Jaccard, J. (2016). The Prevention of Problem Behaviors in Adolescents and Young Adults: Perspectives on Theory and Practice. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(4), 585–613. <https://doi.org/10.1086/689354>
- Jackson, C., Sweeting, H., & Haw, S. (2012). Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*, 2(1), e000661. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000661>
- Jander, A., Crutzen, R., Mercken, L., & de Vries, H. (2014, October 9). A Web-based computer-tailored game to reduce binge drinking among 16 to 18 year old Dutch adolescents: development and study protocol. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1054>
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*, San Francisco: Academic Press.
- Jessor, R. (Ed.). (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511571138>
- Karriker-Jaffe, K.J.; Liu, H.; Kaplan, L.M. Understanding associations between neighborhood socioeconomic status and negative consequences of drinking: A moderated mediation analysis. *Prev. Sci.* 2016, 17, 513–524
- Koning, I. M., Engels, R. C. M. E., Verdurmen, J. E. E., & Vollebergh, W. A. M. (2010). Alcohol-specific socialization practices and alcohol use in Dutch early adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.05.003>
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J., Verdurmen, J. E., Engels, R. C., & Vollebergh, W. A. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2032–2039. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.013>
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.002>
- Kuntsche, E., Sznitman, S. R., & Kuntsche, S. (2017). Alcohol and other substance use in a cross-cultural perspective. *Drug and Alcohol Review*, 36(6), 717–720. <https://doi.org/10.1111/dar.12625>
- Kuntsche, E., Wicki, M., Windlin, B., Roberts, C., Gabhainn, S. N., van der Sluijs, W., Aasvee, K., Gaspar De Matos, M., Dankulinová, Z., Hublet, A., Tynjälä, J., Välimaa, R., Bendtsen, P., Vieno, A., Mazur, J., Farkas, J., & Demetrovics, Z. (2015). Drinking Motives Mediate Cultural Differences but Not Gender Differences in Adolescent Alcohol Use. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.267>

- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2017). Effectiveness of a selective alcohol prevention program targeting personality risk factors: Results of interaction analyses. *Addictive Behaviors*, 71, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.030>
- Leal-López, E., Moreno-Maldonado, C., Inchley, J., Deforche, B., Van Havere, T., Van Damme, J., Buijs, T., Sánchez-Queija, I., Currie, D., Vieno, A., & De Clercq, B. (2020). Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: A multilevel study in 33 countries and regions. *International Journal of Drug Policy*, 84, 102854. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102854>
- Leung, R. K., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2011). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, 8(4), 426–457. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.587961>
- Lima-Serrano, M., Martínez-Montilla, J. M., Lima-Rodríguez, J. S., Mercken, L., & de Vries, H. (2018). Design, implementation and evaluation of a web-based computer-tailored intervention to prevent binge drinking in adolescents: study protocol. *BMC public health*, 18(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5346-4>
- Luoghi di prevenzione. (n.d.). Retrieved September, 2022, from https://www.luoghidiprevenzione.it/PaesaggiDiPrevenzione/Default.aspx?PG=HP_CoinvolgimentoScolastico
- Lundborg P (2006) Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use. *J Health Econ* 25(2):214–233. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.02.001>
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2005). Children of the affluent - Challenges to wellbeing. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 49–53. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00333.x>
- Mackinnon, S. P., Couture, M. E., Cooper, M. L., Kuntsche, E., O'Connor, R. M., & Stewart, S. H. (2017). Cross-cultural comparisons of drinking motives in 10 countries: Data from the DRINC project. *Drug and Alcohol Review*, 36(6), 721–730. <https://doi.org/10.1111/dar.12464>
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Lammers, J., Monshouwer, K., Vollebergh, W. A., & Engels, R. C. (2015). Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: Results from a latent growth curve approach. *Addictive Behaviors*, 42, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.021>
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A. M., & Engels, R. C. M. E. (2014). Effectiveness of the 'Healthy School and Drugs' prevention programme on adolescents' substance use: a randomized clustered trial. *Addiction*, 109(6), 1031–1040. <https://doi.org/10.1111/add.12526>
- Mares, S. H. W., Lichtwarck-Anschoff, A., Burk, W. J., van der Vorst, H., & Engels, R. C. M. E. (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 798–805
- Martin, G., Inchley, J., & Currie, C. (2019). Do Drinking Motives Mediate the Relationship between Neighborhood Characteristics and Alcohol Use among Adolescents? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 853. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050853>

- Martinez-Montilla, J. M., Mercken, L., de Vries, H., Candel, M., Lima-Rodríguez, J. S., & Lima-Serrano, M. (2020). A Web-Based, Computer-Tailored Intervention to Reduce Alcohol Consumption and Binge Drinking Among Spanish Adolescents: Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(1), e15438. <https://doi.org/10.2196/15438>
- Martino, S. C., Ellickson, P. L., & McCaffrey, D. F. (2009). Multiple trajectories of peer and parental influence and their association with the development of adolescent heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 34(8), 693–700. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.addbeh.2009.04.006>
- McKay, M., Agus, A., Cole, J., Doherty, P., Foxcroft, D., Harvey, S., Murphy, L., Percy, A., & Sumnall, H. (2018, March). Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPP): a school-based and community-based cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(3), e019722. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019722>
- Meeus, W., Iedema, J., Maassen, G., & Engels, R. (2005). Separation–individuation revisited: on the interplay of parent–adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence☆. *Journal of Adolescence*, 28(1), 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.003>
- Miller-Day, M., & Kam, J. A. (2010). More than just openness: Developing and validating a measure of targeted parent-child communication about alcohol. *Health Communication*, 25(4), 293–302. <https://doi.org/10.1080/10410231003698952>
- Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J., Long, S. J., & Murphy, S. (2018). School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: a Cross Sectional Study. *Child Indicators Research*, 11(6), 1951–1965. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9524-1>
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US).
- Newcomb, M. D. (1997). Psychosocial Predictors and Consequences of Drug Use: A Developmental Perspective Within a Prospective Study. *Journal of Addictive Diseases*, 16(1), 51–89. https://doi.org/10.1300/j069v16n01_05
- Noel J., Sammartino C., Rosenthal S.(2020). Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*. Sup 19(Suppl 19):57–67. doi:10.15288/jsads.2020.s19.57
- Onrust, S. A., van der Heijden, A., Zschämis, A. L., & Speetjens, P. A. (2017). Effectiveness of Fresh Start: A Randomized Study of a School-Based Program to Retain a Negative Attitude Toward Substance Use in Secondary School Freshmen. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 921–930. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385082>
- Palmer, R., Young, S., Hopfer, C., Corley, R., Stallings, M., Crowley, T., & Hewitt, J. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1–3), 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012>
- Parks, K. A., Hsieh, Y. P., Collins, R. L., Levonyan-Radloff, K., & King, L. P. (2009). Predictors of Risky Sexual Behavior With New and Regular Partners in a Sample of Women Bar Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(2), 197–205. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.197>

- Peeters, M., Vollebergh, W. A., Wiers, R. W., & Field, M. (2013, October 28). Psychological Changes and Cognitive Impairments in Adolescent Heavy Drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 182–186. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt162>
- Perry, C. L., Kelder, S. H., & Komro, K. A. (1993). The social world of adolescents: Family, peers, schools, and the community. In S. G. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 73–96). Oxford University Press.
- Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(4), 607–621. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9646079.x>
- Prager, S. W., Steinauer, J. E., Foster, D. G., Darney, P. D., & Drey, E. A. (2007, December). Risk factors for repeat elective abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(6), 575.e1–575.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.04.007>
- Public Health England (2019). The range and magnitude of alcohol’s harm to others: a report delivered to the Five Nations Health Improvement Network. London: Public Health England https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/806935/Alcohols_harms_to_others-1.pdf
- Radcliffe, K., & Thorley, N. (2014). Screening for alcohol misuse in sexual health clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 4–5. <https://doi.org/10.1136/sextans-2014-051881>
- Room, R. (2001). Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science & Medicine*, 53(2), 189–198. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00330-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00330-0)
- Ruus V.-R., Veisson M., Leino M., Ots L., Pallas L., Sarv E.-S., Veisson A. (2007). Students’ well-being, coping, academic success, and school climate. *Applied Research in Quality of Life*, 35(7), 919–936. <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.7.919>
- Ryan, S. M., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 774–783.
- Santelli, J. S., Brener, N. D., Lowry, R., Bhatt, A., & Zabin, L. S. (1998). Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. *Family planning perspectives*, 30(6), 271–275.
- Savic, M., Room, R., Mugavin, J., Pennay, A., & Livingston, M. (2016). Defining “drinking culture”: A critical review of its meaning and connotation in social research on alcohol problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(4), 270–282. <https://doi.org/10.3109/09687637.2016.115360>
- Simões, C., Branquinho, C., Santos, A., & Gaspar De Matos, M. (2017). Motives to use alcohol among adolescents according to their neighbourhood characteristics, gender, age, and drinking patterns. *Journal of Substance Use*, 23(1), 43–48. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1348550>
- Spear L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, 19(4), 197–214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Steketee M, Jonkmanh H, Berten H, Vettenburg N. (2013) Alcohol use among adolescents in Europe:

environmental reasearch and preventive actions. *The Netherlands: the Verwey-Jonker Institute*. Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-3257735>.

- Stewart, S. H., Sherry, S. B., Comeau, M. N., Mushquash, C. J., Collins, P., & Van Wilgenburg, H. (2011). Hopelessness and Excessive Drinking among Aboriginal Adolescents: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Drinking to Cope. *Depression research and treatment*, 2011, 970169. <https://doi.org/10.1155/2011/970169>
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., & Degenhardt, L. (2016b, March). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280–296. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00002-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00002-x)
- Strøm, H. K., Adolfsen, F., Fossum, S., Kaiser, S., & Martinussen, M. (2014). Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9, 48. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-48>
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 35–45.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W., & Newcomb, M. D. (2004). The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of “Drug Abuse” Prevention. *Substance Use & Misuse*, 39(10–12), 1971–2016. <https://doi.org/10.1081/ja-200034769>
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P. et al (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention* 20, 275–336 <https://doi.org/10.1023/A:1021314704811>
- Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K. A., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B., & Currie, C. (2015, October 18). Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. *Child Indicators Research*, 9(3), 771–784. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9339-x>
- Van Damme, J., Maes, L., Kuntsche, E., Crutzen, R., De Clercq, B., Van Lippevelde, W., & Hublet, A. (2015). The influence of parental drinking on offspring's drinking motives and drinking: A mediation analysis on 9 year follow-up data. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 63–70
- Van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Dekovic, ' M., Meeus, W., & Vermulst, A. A. (2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents' alcohol use: A longitudinal person–environment study. *Addiction*, 102, 1064–1075.
- Vargas-Martínez, A. M., Trapero-Bertran, M., Lima-Serrano, M., Anokye, N., Pokhrel, S., & Mora, T. (2019). Measuring the effects on quality of life and alcohol consumption of a program to reduce binge drinking in Spanish adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107597. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107597>
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucci, S., & Faggiano, F. (2014). “Unplugged,” a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. *New Directions for Youth Development*, 2014(141), 67–82. <https://doi.org/10.1002/yd.20087>

- Viner, R. M., & Taylor, B. (2007, October 1). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(10), 902–907. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038117>
- Walton, M. A., Chermack, S. T., Shope, J. T., Bingham, C. R., Zimmerman, M. A., Blow, F. C., & Cunningham, R. M. (2010). Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, 304(5), 527–535. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1066>
- Wang M. T., Degol J. L. (2016). School climate: A review of the construct, measurement, and impact on student outcomes. *Educational Psychology Review*, 28(2), 315–352. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9319-1>
- Weichold, K., & Blumenthal, A. (2016). Long-Term Effects of the Life Skills Program IPSY on Substance Use: Results of a 4.5-Year Longitudinal Study. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 17(1), 13–23. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0576-5>
- Whelan, R., Watts, R., Orr, C. A., Althoff, R. R., Artiges, E., Banaschewski, T., Barker, G. J., Bokde, A. L., Büchel, C., Carvalho, F. M., Conrod, P. J., Flor, H., Fauth-Bühler, M., Frouin, V., Gallinat, J., Gan, G., Gowland, P., Heinz, A., Ittermann, B., Lawrence, C., ... IMAGEN Consortium (2014). Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*, 512(7513), 185–189. <https://doi.org/10.1038/nature13402>
- Windle M., Spear L., Fuligni A., Angold A., Brown J., Pine D. et al. (2008). Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*. 121(Suppl 4):S273–89 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18381494>
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042–1055. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.001>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107307>
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018 (V. Poznyak & D. Rekve, Eds.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2019). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346532>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data.. World Health Organization.

Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>.

World Health Organization (2020b). Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-marketing-in-the-who-european-region-updatereport-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-july-2020>)

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340727>

Zakrajsek, J. S., & Shope, J. T. (2006). Longitudinal examination of underage drinking and subsequent drinking and risky driving. *Journal of Safety Research*, 37(5), 443–451. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2006.06.002>